



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Lettre de cadrage

L'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation

Sommaire

1. Contexte et enjeux	page 4
Une préoccupation des professionnels et des institutions.....	page 6
La littérature française et internationale.....	page 7
Le cadre législatif	page 10
2. Définitions retenues	page 11
3. Périmètre de la recommandation.....	page 13
4. Thématiques traitées dans la recommandation.....	page 16
5. Cadre méthodologique	page 17
6. Calendrier	page 18
7. Premiers éléments de bibliographie	page 19

L'Anesm a pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces recommandations ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les établissements dans leur organisation.

Depuis 2008, les thématiques des recommandations de l'Anesm se définissent selon 7 programmes : les fondamentaux, l'expression et la participation collective, les points de vigilance et la prévention des risques, le soutien aux professionnels, les relations avec l'environnement, les relations avec la famille et les proches, la qualité de vie.

Les recommandations portant sur *l'accompagnement des mineurs avec difficultés psychologiques perturbant gravement le processus de socialisation* sont inscrites au programme de travail 2015-2016 au titre du Programme 7 : qualité de vie

1. Contexte et enjeux

➤ Des mineurs et des institutions en difficultés

Des enfants aux difficultés multi factorielles mettant les institutions en difficulté :

Les études françaises et internationales sur la santé des enfants en protection de l'enfance tendent à montrer que ces enfants sont plus sujets aux souffrances, aux inhibitions, et aux troubles psychiques que la population générale.

Des manifestations de plusieurs ordres sont souvent exprimées, notamment par des troubles anxieux, des plaintes somatiques, des troubles du comportement, des troubles de la relation à l'autre, mais aussi par des mises en danger de soi ou des autres, des violences, des fugues, des consommations de produits psycho actifs, des décrochages scolaires, etc.

Pour certains de ces enfants, l'intensité, l'exacerbation et la réitération de ces expressions est plus importante, et touche gravement les processus de socialisation et les apprentissages.

Souvent cumulatifs et complexes, ces facteurs engendrent des difficultés qui vont des conduites d'échappement (refus d'autorité, d'accompagnement, fugues), de trouble de l'agir (dégradations, destructions). Ces comportements particulièrement intenses se manifestent de manière diverse¹.

Tous ont en commun de porter atteinte gravement à la sécurité de la personne elle-même, et/ou aux droits d'autrui et/ou aux normes sociales.

Dans l'étude « jeunes en grande difficultés : prise en charge concertée des troubles psychiques »², le psychiatre Patrick Alécian signale que ces adolescents présentent les trois difficultés suivantes :

- « ils présentent des signes suffisamment graves pour que leurs parents ou l'institution qui les suit envisagent un nouveau soutien. Les signes peuvent être d'ordre **pédagogique** (échec scolaire, absentéisme scolaire...), d'ordre **médical** (accidents en deux roues, tentatives de suicide, amaigrissement, comportements thérapeutiques inadaptés dans l'évolution d'une maladie chronique comme l'asthme ou le diabète...), d'ordre **éducatif** (déviations, conduites addictives, délinquantes, violences, isolement, troubles sexuels.) ;
- les signes, malgré des réponses des adultes concernés, sont réitérés (aggravation) ;
- les signes provoquent une désorganisation du cadre familial et/ou du cadre institutionnel concerné ».

Ces manifestations hors normes, récurrentes et pas simplement passagères, du mal-être de ces mineurs confrontés à des difficultés multiples les amènent à être exclus des groupes et/ou cellules dans lesquelles ils évoluent : famille, établissements d'enseignement scolaire, établissements d'accueil, établissements spécialisés, etc. La complexité des interactions entre leurs difficultés personnelles, leur comportement et leur environnement fait qu'ils se trouvent en situation ou en risque d'exclusion familiale, scolaire ou sociale, de prise en soins ou de protection.

« Vécus souvent comme « patates chaudes³ » par les professionnels des différents secteurs, ces enfants ou adolescents cumulent ainsi plusieurs difficultés sociales, familiales, scolaires,

¹ « qui vont des crises de colère et de désobéissance répétées de l'enfant difficile aux agressions graves comme le viol, les coups et blessures et le vol du délinquant ». Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, Expertise Collective Inserm, 2005, p XIII.

² Direction générale de la Santé. *Jeunes en grandes difficultés : prise en charge concertée des troubles psychiques*. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de la justice, 2005. p. 56.

³ Se débarrasser de quelqu'un ou de quelque chose de gênant. Cette expression qui date du XIXe siècle est d'origine américaine. « Hot patate » désignait un problème sensible.

psychologiques, parfois psychiatriques ainsi que judiciaires⁴. Leur parcours institutionnel est souvent fait de ruptures et de multiples placements, de renvois de structures ou de mode d'accompagnement, familial ou collectif.

Ils ont comme caractéristique commune celle de « ne pas rentrer dans les cases », de mettre en échec les cadres éducatifs qui leur sont proposés, et « d'user » les professionnels, par une « conduite d'échappement »⁵ plaçant les adultes dans une impuissance éducative, source de souffrance morale pour les familles, les travailleurs sociaux, les enseignants, les médecins, les juges...

En 1989, J-P Chartier⁶ définissait ces adolescents comme « ni vraiment fou, ni simplement délinquants », ne relevant « ni du psychiatrique, ni du judiciaire, ni de l'éducatif ».

Dans l'étude « les jeunes incasables en protection de l'enfance : l'impensé du genre dans les troubles et prises en charge »⁷, Didier Drieu⁸, reprend « souvent, ces jeunes sont amenés à habiter ces différents domaines en les mettant en situation d'échec jusqu'à ce qu'ils soient happés par la mécanique de l'isolement en psychiatrie ou de la détention dans le milieu carcéral ».

Relevant souvent de plusieurs prises en charge, ils évoluent souvent dans un contexte de fragmentation de leur parcours en termes de placements, allant de famille d'accueil en placement collectif ou inversement, pour revenir parfois dans le milieu familial ou à nouveau en famille d'accueil. L'étude Fréchon, Boujut, Drieu et al, 2009⁹ relève que sur 809 dossiers, 25% des enfants et des adolescents ont connu 4 placements et au-delà.

Enfin l'accueil du public des ITEP (Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques)¹⁰ semble recouvrir un public de mineurs qui « préoccupent », plus que d'autres les professionnels et qui souvent bénéficient, au regard de ces difficultés, de mesures en protection de l'enfance ou qui peuvent également faire l'objet d'une mesure pénale.

Le rapport « expérimentation du fonctionnement en dispositif des ITEP »¹¹, fait apparaître une augmentation des jeunes accueillis en ITEP ayant une mesure active de l'ASE (27.5% en 2013 pour 33.3% en 2014), tandis que la part d'enfants suivis en parallèle par la PJJ reste marginale et oscille de 2% à 2.2% entre 2013 et 2014)¹².

Une organisation institutionnelle ne répondant pas ou insuffisamment aux besoins multiples de ces mineurs :

⁴ BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Introduction. In : Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008. p 5.

⁵ « Le comportement d'échappement consiste pour un organisme à fuir une situation aversive ». TRAVIS, C., WADE, C. *Introduction à la psychologie : les grandes perspectives*. Bruxelles : de Boeck, 1999. p. 195. 2^{ème} éd.

⁶ CHARTIER, J.-P. *Les incasables : alibi ou défi*. Paris : Edition Journal du psychologue, 1989.

⁷ DRIEU, D., ECKEMAN, E., PAGES, E. « Les jeunes incasables » en protection de l'enfance : l'impensé du genre dans les troubles et prises en charge. *Interracões*, 2013, n°25.

⁸ Didier Drieu : Maître de conférences HdR psychologie clinique et pathologie. Université de Caen.

⁹ FRECHON, I., BOUJUT, S., DRIEU, D., et al. *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires de prise en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Rapport MIRE-DRESS. Paris : CNRS, INED, 2009.

¹⁰ Redéfinissant les ITEP, le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, a créé l'article D. 312-59-1 du CASF : « Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ».

¹¹ ALCIMED, IPSO FACTO. *Projet d'expérimentation de fonctionnement en dispositif ITEP. Observation du fonctionnement en dispositif des ITEP*. Rapport final. Paris : Alcimed, 2014

¹² ALCIMED, IPSO FACTO. *Projet d'expérimentation de fonctionnement en dispositif ITEP. Observation du fonctionnement en dispositif des ITEP*. Rapport final. Paris : Alcimed, 2014, p. 45.

Public aux « multiples qualificatifs » ces enfants présentent « des caractéristiques et des besoins spécifiques, qui relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) ».¹³

A la croisée de l'éducatif et du soin, du handicap et parfois de la justice, les mineurs en difficultés psychologiques perturbant les processus de socialisation ne sont pas en grand nombre, mais représentent en revanche un enjeu éducatif fort, aussi bien pour les politiques publiques que pour les professionnels. L'étude « une souffrance maltraitée, parcours et situations de vie des jeunes dits incasables »¹⁴ identifie en 2008, pour le département du Val- d'Oise, 42 jeunes sur 1839 jeunes soit 2.3% de jeunes suivis en protection de l'enfance (y compris les jeunes majeurs) ; et dans le Val-de-Marne, 38 jeunes pour 1800 jeunes suivis par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), soit 2.1% des jeunes suivis, ce qui représente 0.011 % des moins de 20 ans en population générale dans ce département.

Tandis que l'accompagnement individualisé de la personne accompagnée doit être de qualité et favoriser son développement, son autonomie et son insertion, ces mineurs mettent aussi à mal les réponses éducatives, et renvoient les équipes à un échec des prises en charge. Ils mettent en contradiction toute forme d'accompagnement proposé et renvoient en miroir les professionnels et les institutions à un échec.

L'organisation des établissements/services en « tuyaux d'orgues »¹⁵ constitue un autre facteur environnemental qui produit des prises en charge « à entrée unique » et contribue à provoquer un effet réactionnel de certains de ces enfants à leur prise en charge.

« Le 10^{ème} rapport au Gouvernement et au Parlement. Mai 2015 »¹⁶ publié par l'ONED consacre son premier chapitre aux schémas départementaux, à leurs caractéristiques, leurs pratiques d'élaboration, de suivi et de mise en œuvre. La thématique de l'accompagnement des jeunes confrontés à des problèmes plurifactoriels y est étudiée. S'agissant de ce public d'enfants, le rapport indique : « ...les logiques et les objectifs intra-organisationnels de ces services et les principes techniques et éthiques des professionnels de ces différents secteurs sont divers et variés et leur ajustement ne va pas nécessairement de soi. Face à ces situations qui appellent à une réponse pluridimensionnelle, les professionnels doivent mettre en œuvre un ensemble d'opérations de coordination entre les différents acteurs, afin de mieux connaître les besoins du public et de lui proposer un ensemble d'actions qui se complètent plus qu'elles ne se chevauchent ou concurrencent ».

➤ Une préoccupation des professionnels et des institutions

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé la place des usagers en termes d'exercice de leurs droits individuels, et de leur participation à leur projet d'accompagnement. Ces enjeux des secteurs sociaux et médico-sociaux rendent d'autant plus aiguës les difficultés que peuvent rencontrer les équipes professionnelles.

¹³ BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008.

¹⁴ BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008.

¹⁵ Organisation en tuyaux d'orgue est une métaphore qui signifie « une organisation en systèmes cloisonnés ». Cette expression est utilisée dans le rapport d'information de l'Assemblée nationale n°697. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, enregistré à la Présidence le 06.02.2008. Page 25. « le système territorial de santé est organisé en tuyaux d'orgue »

¹⁶ ONED. « 10^{ème} rapport au Gouvernement et au Parlement ». Mai 2015. Pages. 251

A travers l'étude déjà citée sur les schémas départementaux, l'ONED fait apparaître la préoccupation des Conseils départementaux qui intègrent dans leurs schémas (pour 85 % des CD participant à l'enquête) la thématique concernant l'accompagnement des enfants confrontés à des difficultés plurifactorielles.

*« Les enfants et les jeunes bénéficiant d'une mesure de protection (administrative ou judiciaire) présentent des caractéristiques sociales, psychologiques et sanitaires particulières qui ne permettent pas de les penser comme relevant d'un groupe homogène. Pourtant, les actions et les interventions éducatives qui leur sont proposées doivent prendre en considération leurs particularités et spécificités individuelles. Pour un certain nombre d'entre eux, leurs difficultés sont multifactorielles ...»*¹⁷

L'intrication des difficultés du mineur à son fonctionnement en matière d'interactions sociales, d'apprentissage et de communication doit servir d'appui à la construction du projet personnalisé ; que ces difficultés soient multiples et/ou réactionnelles à une réponse d'accompagnement inadaptée. Ce qui apparaît à travers ces formes de « réponse paroxystique » doit être pleinement intégré à l'accompagnement, afin de permettre au mineur d'évoluer, de grandir, de devenir autonome et de créer des relations suffisamment satisfaisantes pour lui-même et son entourage.

Cela nécessite d'une part de mieux comprendre la situation de vie de ces mineurs et d'autre part de s'intéresser à leur état de santé mentale, en analysant l'interaction entre leurs caractéristiques personnelles et les facteurs environnementaux : qu'ils soient d'ordre matériel, lié à un handicap, à une maladie, qu'ils soient d'ordre relationnel, familial, ou de relations avec les services sociaux, médico-sociaux, sanitaires, et d'autres acteurs).

Nul doute non plus pour les professionnels du secteur social, médico-social, sanitaire, de l'éducation et de la justice des mineurs, que la réponse d'accompagnement nécessite la mise en œuvre de nouvelles approches de repérage et de méthodes, au-delà de l'accompagnement classique qu'offre chaque structure à un moment de la vie du mineur.

Un certain nombre d'initiatives ont d'ailleurs vu le jour, avec la mise en place de dispositifs transversaux et départementaux (commissions des enfants difficiles, cellule départementale des situations difficiles, situations complexes de handicap, etc.) et la création de structures expérimentales d'accompagnement comme les ISEMA (Internats Socio-Educatif Médicalisés pour Adolescents)¹⁸.

L'analyse affinée des axes de travail choisis par les Conseils départementaux pour répondre à ce public permet d'identifier trois modalités de réponses : « le développement de partenariats via la mise en place de dispositifs de coordination interprofessionnels et inter-organisationnels, la diversification des modes d'accueil avec la proposition de nouveaux dispositifs innovants, l'accompagnement vers une montée en compétences des professionnels de l'ASE sur des questions relatives aux troubles psychologiques ou la reconnaissance d'une situation de handicap »¹⁹.

➤ La littérature française et internationale

¹⁷ ONED. « 10^{ème} rapport au Gouvernement et au Parlement ». Mai 2015. Page 110

¹⁸ « Les ISEMA sont des structures médico-sociales prévues par l'article 312-1 alinéa 12 du CASF. Ils ont été mis en place « pour faire face aux difficultés des établissements de protection de l'enfance à prendre en charge des adolescents présentant des difficultés cumulées sur les plans psychologique, psychiatrique, éducatif, scolaire, familial, social et parfois judiciaire, sous-tendues par des organisation psychologiques diverses et qui mettent en échec l'ensemble des dispositifs de prise en charge ». ONED. Analyse du dispositif ISEMA du département 28. 5 octobre 2012. Page 2.

¹⁹ ¹⁹ ONED. « 10^{ème} rapport au Gouvernement et au Parlement ». Mai 2015. Page 109.

✓ La littérature française

Plusieurs vocables ont servi au fil des décennies pour caractériser ces mineurs: « population à la limite des institutions », « publics frontières », « incasables », « enfants à difficultés multiples », « adolescents difficiles », etc.

S'agissant de la littérature française, celle-ci donne un important corpus de connaissances des jeunes en grandes difficultés. Il existe une abondante littérature sur les « incasables » (analyses de sociologues, mémoires de professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire, témoignages d'acteurs de terrain, etc.), mais celle-ci est éparse, souvent peu chiffrée et s'appuie sur une définition « à géométrie variable » de ce public.

Le terme d'« incasables » est apparu dans les années 1980 puis en réaction à cette terminologie, cristallisante et catégorisante, elle a fait place à celle d'« enfants à difficultés multiples »²⁰.

Concernant l'identification des causes, **les études récentes se rejoignent sur leurs multiplicités**, référées à une souffrance psychique souvent manifestée dans la prime enfance, liées à des carences éducatives ou à des maltraitements favorisant le développement d'un attachement « insécure ».

L'étude « Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits incasables »²¹ avait pour but de « connaître et comprendre les situations d'« incasabilité » afin d'améliorer les pratiques de prévention et de prise en charge permettant de maîtriser, si ce n'est d'éviter ces phénomènes ».²² Cette étude se fonde sur un travail d'observations et d'enquêtes dans deux départements (Val-de-Marne et Val d'Oise) et porte sur 87 situations de jeunes pris en charge par les services de l'ASE.

« La grande majorité des jeunes incasables ont vécu des traumatismes, sources de grande souffrance (décès des parents, rejet des parents, violence conjugale, violence sexuelle, maltraitance).²³

Le rapport final « démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne »²⁴ identifie à travers la population identifiée sur son territoire « des adolescents qui cumulent un certain nombre de difficultés concernant les dimensions sociales, familiales, scolaires, psychologiques, voire psychiatriques et parfois judiciaires mais pas forcément toutes »... « Dans le département de la Haute-Garonne, leur profil se caractérise, principalement sur les éléments suivants : des âges précoces entre 12 et 20 ans, un placement précoce dans une famille d'accueil, des placements multiples, une notification MDPH, des troubles de la conduite et du comportement, suivis ou ayant été suivis sur le plan psychiatrique, en rupture de scolarité ou en échec scolaire, avec des passages à l'acte, de mise en danger, parfois de délinquance ».

D'autres causes ont pu être identifiées notamment liées à un handicap, à des troubles de la cognition, à des troubles anxieux ou des troubles comportementaux. 25% environ de mineurs et

²⁰ f. Oned. (Journées de l'Oned, Paris, 12/12/2008). *Les jeunes en difficultés multiples. Questions e recherche et réponses pratiques*. Paris : Oned, 2008.

²¹ BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008.

²² BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008.

²³ BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008. p 76.

²⁴ CREAI-ORS-Languedoc-Roussillon, ANCREAI. *Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne*. Montpellier : CREAI-ORS-Languedoc-Roussillon, 2015. p. 5

de jeunes majeurs ont une notification MDPH. Cependant les travaux de référence ne précisent pas qu'il s'agisse de troubles psychiques. (cf. travaux de Catherine Sellenet et Eliane Corbet)²⁵.

Par ailleurs ces données sont certainement sous évaluées car des pratiques d'autocensure existent dans les départements dès lors que les professionnels ne disposent pas de dispositif susceptibles d'assurer la prise en charge de ces mineurs, et donc ne saisissent pas la CDAPH pour une orientation au regard des listes d'attente en ITEP voire même de critères restrictifs de certains de ces établissements.

L'étude « évaluation en santé mentale chez les adolescents placés dans des foyers sociaux des Bouches du Rhône »²⁶ fait apparaître la prévalence de troubles mentaux, de 2 à 3.5 fois plus élevés qu'en population générale.

Les troubles du comportement (notamment les troubles des conduites) n'en constituent qu'une faible part. Les troubles anxieux et la dépression majeure sont très fréquents ainsi que les tentatives de suicide. Le taux élevé des comorbidités est inquiétant, incluant notamment les symptômes psychotiques, retrouvés dans 18.6% des cas. Les filles présentent beaucoup plus de troubles que les garçons avec une augmentation des troubles internalisés (troubles anxieux et dépression majeure) mais aussi des troubles externalisés.

✓ La littérature internationale

S'agissant de l'épidémiologie psychiatrique auprès des enfants impliqués dans la protection de l'enfance le docteur Guillaume Bronsard résume au regard de la littérature internationale :

« Cette population est décrite très régulièrement comme étant à haut ou très haut risque de pathologie mentale et de souffrance psychique (Frechon et Dumaret²⁷, 2008 ; Oswald et al, 2010²⁸ ; Pilowski et Wu, 2006²⁹ ; Rutter, 2000³⁰ ; Schmidt et al., 2008³¹ ; Ford et al., 2007³²), ayant de surcroît un accès insuffisant aux soins et une utilisation peu appropriée des dispositifs spécialisés (Burns et al., 2004³³ ; Janssens et Deboutte, 2009³⁴). Ils sont de la même façon peu étudiés en épidémiologie, d'autant plus qu'ils bougent beaucoup d'un lieu de vie à l'autre et que leurs parents sont peu accessibles pour informer les enquêteurs (Ford et al., 2007). Wolkind et Rutter³⁵ ont cependant publié dès 1973 l'article Children who have been in care-an

²⁵ CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes. *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*. Lyon : CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, 2012.

²⁶ BRONSSARD, G. *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés. L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger*. Thèse : Doctorat Recherche clinique et santé publique : Marseille : Université Aix-Marseille, 2012.

²⁷ FRECHON I, DUMARET AC (2008) : Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56,135-147.

²⁸ OSWALD S, HEIL K, GOLDBECK L (2010), History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 462-472

²⁹ PILOWSKY DJ, WU LT (2006) Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of american adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*.38, 351-358

³⁰ RUTTER M (2000) Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 685-703

³¹ SCHMID M, GOLDBECK L, NUETZEL J, FEGERT JM (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2.

³² FORD T, VOSTANIS P, MELTZER H, GOODMAN R (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325

³³ BURNS BJ, PHILLIPS SD, WAGNER HR (2004) Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960 -970.

³⁴ JANSSENS A, DEBOUTTE D (2009) Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.

³⁵ WOLKIND S, RUTTER M (1973) Children who have been in care. An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 97-105.

epidemiological study (Etude épidémiologique auprès des enfants impliqués dans la protection de l'enfance) (Wolkind et Rutter, 1973).

Aux Etats-Unis, Pilowsky et Wu (2006) ont estimé que la plupart des enfants entrant dans un système de placement ont été abusés ou négligés, et qu'ils se sont souvent manifestés par des comportements problématiques avant d'y entrer »... Ces auteurs mettent en évidence, ainsi qu'un certain nombre d'autres chercheurs, des taux très élevés de troubles psychologiques, ou de symptômes psychiatriques chez ces enfants et adolescents, dépassant régulièrement 50%. « Les auteurs veulent voir dans le placement d'enfants un marqueur de haut risque psychopathologique, en plus d'être en soi une expérience particulièrement stressante. Certains auteurs vont même jusqu'à considérer que le système de protection de l'enfance devrait être de facto un « système de soin comportemental » (behavioral care system), tellement le nombre d'enfants et d'adolescents ayant des problèmes émotionnels et comportementaux cliniquement significatifs est important. (Burns et al. 2004 ; Lyons et Rogers, 2004³⁶) ».

Les relations parents/enfants conflictuelles sont rapportées comme source de problèmes psychologiques pour les enfants, notamment pour l'anxiété et la dépression (Dadds et Barret, 1996³⁷); les maltraitances (Kessler et Magee, 1994³⁸), les carences éducatives ou plus directement une perturbation des liens d'attachement précoces sont des facteurs majeurs associés aux troubles dépressifs de l'enfant (Cicchetti et Toth 1998³⁹).

Enfin si l'on met en perspective des travaux étudiant les troubles du comportement dans la population générale des jeunes, le rapport annuel des centres de jeunesse du Québec (1999)⁴⁰ ainsi qu'une étude finlandaise (citée dans le rapport Debarbieux⁴¹) montrent que 19% des troubles du comportement sont à l'origine des saisines⁴² des mineurs en danger.

De même les travaux de l'observatoire canadien pour la prévention de la violence à l'école, ou les travaux de L. Fortin, professeure à l'université de Sherbrooke, spécialiste des enfants ayant des troubles du comportement, confirment l'importance de cette prévalence.

✓ Une littérature basée sur des données probantes

L'approche de la recommandation par l'angle de la compréhension des difficultés psychologiques, et de la recherche de leurs origines et de leur nature, nécessite de s'appuyer d'une part sur des données épidémiologiques mais aussi sur des données quantitatives et qualitatives permettant d'avoir une vision globale de cette population d'enfants relevant de la Protection de l'enfance ainsi que leur parcours et selon qu'ils bénéficient d'un ou de plusieurs accompagnements du secteur social, médico-social, scolaire, sanitaire et parfois judiciaire pénal.

³⁶ LYONS JS, ROGERS L (2004) The U.S. child welfare system: A de facto public behavioral health care system. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(8), 971-973.

³⁷ DADDS MR, BARRETT PM (1996) Family processes in child and adolescent anxiety and depression. Behavior Change. 13, 231-239.

³⁸ KESSLER RC, MAGEE WJ (1994) Childhood family violence and adult recurrent depression. Journal of Health and Social Behavior, 35 : 13-27.

³⁹ CICHETTI D, TOTH, SL (1998) The development of depression in children and adolescents. American Psychology. 53:221-241.

⁴⁰ VALLA JP, BRETON JJ, BERGERON L et al. (1994). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Montréal: Hôpital Rivière-des-Prairies, en collaboration avec le ministère Santé et Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

⁴¹ Pr. Eric Debarbieux. « Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école ». Rapport au ministre de l'Éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative. Observatoire International de la Violence à l'Ecole- Université de Bordeaux. Segalen. 12 Avril 2011.

⁴² Corollaire à la saisine du juge des enfants en France.

La CIM 10⁴³ et la CFTMEA R-2012 serviront de référence pour éclairer notamment la nature des difficultés et leur risque d'aggravation vers une pathologie mentale. LA CFTMEA⁴⁴ prend en compte des repères catégoriels mais aussi des repères dimensionnels, utiles à l'élaboration de la recommandation.

La revue internationale de littérature veillera aussi à intégrer l'environnement global de l'enfant (environnement familial, social et institutionnel...) et son impact dans le processus de construction et d'individuation.

Une première approche des études nationales françaises montre l'existence de démarches en ce sens, au plan départemental et régional.

L'étude commanditée par l'ARS Midi-Pyrénées⁴⁵ sur son territoire a pour objectif de formaliser des pistes de travail opérationnelles.

Enfin, les travaux de la Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) commanditée par le Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes apporteront également une vision globale du nombre d'enfants concernés sur le territoire national, de leurs parcours de vie, à travers une étude actuellement en cours, qui devraient alimenter des propositions d'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement de ces publics.

Dans ce contexte, la recommandation sera centrée sur les bonnes pratiques professionnelles en matière d'interventions interdisciplinaires (éducatives, sociales, scolaires, thérapeutiques et psychologiques) et interinstitutionnelles auprès de ce public d'enfants.

➤ Le cadre législatif

Tel qu'inscrit dans l'article 1 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, « *l'enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans* ».

Le cadre juridique national et supranational garantit à tout mineur les mêmes droits fondamentaux.

L'ensemble de ses besoins devront être pris en compte au regard de son développement et de sa santé.

✓ En droit international :

- La Convention internationale des droits de l'enfant⁴⁶, considère dès son préambule « *qu'il est important de préparer l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, de la nécessité d'accorder une place spéciale à l'enfant ; qu'en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, il a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, ainsi qu'une protection juridique appropriée* ». ⁴⁷ Un certain nombre d'articles étayent spécifiquement ses besoins; en premier lieu l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3) et

⁴³ La classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS)

⁴⁴ Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2012. Sous la direction du professeur Roger Misès. Presses de l'EHESP.

⁴⁵ CREAI-ORS-Languedoc-Roussillon, ANCREAI. *Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne*. Montpellier : CREAI-ORS-Languedoc-Roussillon, 2015.

⁴⁶ Adoptée le 20 novembre 1989 a été ratifiée par la France le 7 août 1990.

⁴⁷ Cf. préambule de la Convention internationale des droits de l'enfant.

la non discrimination (article 2) comme grands principes de la Convention, éclairés en second lieu et notamment par les articles 24, 27, 29, 40 etc.

- La Convention relative aux droits des personnes handicapées,⁴⁸ qui reconnaît dans son préambule : *« que la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».*
- Les directives européennes :
 - Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un
 - Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) – JO n° L 271 du 09.10.2002
 - Résolution du Conseil du 18 novembre 1999 concernant la promotion de la santé mentale – JO C 086 du 24.03.2000, pp. 0001-0002 ; recommandation du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents – JO n° L 161 du 16.06.2001, pp. 38-41.
 - Conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool – JO C 175 du 20.06.2001, pp. 0001-0002
 - Conclusions du Conseil du 15 novembre 2001 relatives à la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression – JO C 006 du 09.01.2002, pp. 0001 - 0002
 - Conclusions du Conseil du 2 juin 2003 sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale – JO C 141 du 17.06.2003, pp. 0001-0002
 - Conclusions du Conseil du 3 juin 2005 sur une action communautaire relative à la santé mentale.

✓ **En droit français :**

- L'Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante,
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance,
- La loi du 05 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance,
- Le décret n° 2005-11 du 6 janvier a créé l'article D. 312-59-1 du CASF.

La prise en compte de ces difficultés ont fait l'objet de circulaires, de création de dispositifs innovants, ou d'expérimentation. Il s'agit notamment de :

- ✓ La circulaire du 03 mai 2002 DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté
- ✓ La création de dispositifs de soutien à la jeunesse, comme les maisons des adolescents,
- ✓ La création de dispositifs innovants : ex ISEMA, DERPAD
- ✓ L'expérimentation ITEP lancée par la CNSA en 2013 avec 6 régions parties-prenantes

⁴⁸ Adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York et a été ouverte à la signature le 30 mars 2007. On a compté 82 signataires pour ce qui est de la Convention, 44 signataires pour le Protocole facultatif et 1 ratification de la Convention

- ✓ La réflexion interministérielle et partenariale sur la prévention, le repérage et la prise en charge des jeunes dits « incasables », et outillage des acteurs professionnels confrontés aux multiples difficultés de ce public de 2014-2015 donnant lieu à des préconisations.

2. Définitions retenues

• Qu'est ce que le processus de socialisation ?

Le processus de socialisation est le processus par lequel l'être humain apprend, intègre et fait siens, les éléments socioculturels de son milieu, de manière à s'adapter à l'environnement social dans lequel il évolue, à agir selon les normes et valeurs du groupe auquel il appartient. Ce processus est continu, démarrant dès l'enfance et se poursuivant tout au long de la vie.

Durant les premières années de vie, la socialisation de l'enfant se fait essentiellement au travers de la famille (première influence essentielle sur la formation de l'individu, avec une connotation affective) et de l'école (la socialisation réalisée par l'école vient renforcer le rôle éducatif des parents et est créatrice d'échanges et de liens sociaux). A noter que la socialisation s'effectue également via les pairs et, de plus en plus, via les médias.

A l'âge adulte, la socialisation se poursuit via le milieu professionnel, via le conjoint et les pairs.

La socialisation n'est pas un état acquis une fois pour toute. Elle est évolutive, d'autant que l'individu dispose d'une relative autonomie lui permettant d'adopter des stratégies pour quitter son groupe d'appartenance et rejoindre un groupe auquel il aspire (groupe de référence).

• Qu'entend-on par difficultés psychologiques du mineur ?

Tout enfant connaît des difficultés dans son développement psychique. Certaines sont normales (manifestations bénignes d'anxiété, d'émotivité, etc.), d'autres sont propres à engendrer des difficultés majeures dans le présent de l'enfant ou pour son avenir. En effet, les enfants et les adolescents ne sont pas tous en bonne santé physique et mentale.

Au titre de ces difficultés, on trouve donc⁴⁹ :

les difficultés qui se voient : c'est le cas de l'enfant ou de l'adolescent perturbateur, voire violent (envers lui-même ou envers autrui), de l'adolescent qui a des conduites alimentaires particulières (régimes diététiques successifs, anarchie de l'alimentation, restrictions alimentaires massives, conduites boulimiques, etc.), de l'adolescent consommateur de produits psycho actifs (alcool, tabac, cannabis, etc.), de l'adolescent cyberdépendant.

- Les difficultés qui ne se voient pas, mais qui peuvent entraîner un repli sur soi, un absentéisme important à l'école (lui-même source de désocialisation et de décrochage scolaire), etc.
- Les difficultés qui surgissent : notamment à certains âges correspondant à des périodes plus critiques du développement, lors de certains événements de la vie de l'enfant, etc
- Enfin les difficultés qui sont le reflet d'une souffrance psychique susceptible de s'inscrire dans une pathologie.

Leurs causes:

- D'origine multifactorielle, les difficultés psychologiques peuvent être liées à des carences éducatives, des carences affectives, des relations familiales compliquées ou perturbées,

⁴⁹ Ministère des Affaires sociales et de la santé, Fédération française de psychiatrie, Ministère de l'éducation nationale. *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent – Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale*. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2013.

des difficultés vécues au sein de l'école, des événements graves de la vie, voire traumatiques, à des épisodes de maltraitance subie (dont maltraitance sexuelle), à des troubles dépressifs (pouvant aller jusqu'au suicide).

- Elles peuvent être liées à une situation évolutive du handicap, à une aggravation d'une pathologie ou aux effets secondaires de celle-ci.
- Elles peuvent être liées également à des situations de migration (cf. travaux ultérieurs de l'Anesm).

3. Périmètre des recommandations

Dans le cadre de son programme de travail, l'Anesm a prévu d'élaborer une recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « l'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation ».

➤ Destinataires

Elle est destinée aux professionnels des établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs dans le cadre de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse, mettant en œuvre des mesures éducatives en application de l'article L312-1 alinéas 1er et 4^{ème} du Code de l'action sociale et des familles, ainsi que des professionnels des établissements/services relevant de l'article L312-1 alinéa 2 et les professionnels des établissements/services relevant de l'article L 312-1 III du CASF.

✓ Dans le champ de la protection de l'enfance et de la justice pénale des mineurs

Les établissements et services auxquels la présente recommandation est destinée concourent à la mission de protection de l'enfance telle qu'elle est définie par la loi n°2007-973 du 5 mars 2007 rénovant la protection de l'enfance⁵⁰ et dans le respect des principes de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, en mettant en œuvre des interventions éducatives.

- Il s'agit précisément des établissements et services visés à l'art. L 312-1 (1er et 4^{ème} alinéas du CASF):
 - « 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement (...) des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt-et-un ans relevant des articles L.221-1, L.222-3 et L.222-5 ;
 Et
 - 4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt-et-un ans (...). »

✓ Dans le champ du handicap

⁵⁰ « Celle-ci a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

La recommandation s'adresse prioritairement :

- aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et aux services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ;
- aux instituts médico-éducatifs (IME) hors les établissements relevant de l'annexe 24 ter.

➤ Objectifs

Les recommandations de l'Anesm sont légalement les références utiles à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services. Elles constituent des repères propres à guider les professionnels dans leurs pratiques liées à l'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant le processus de socialisation accueillis dans leurs services.

Les recommandations donneront ainsi des pistes de réflexion et d'action concernant :

- La compréhension des difficultés psychologiques de ces mineurs, perturbant gravement les processus de socialisation ;
- Le repérage précoce et une meilleure évaluation des besoins et des ressources de l'enfant et de sa famille afin de prévenir les difficultés de socialisation qui se répercutent sur le projet de vie du mineur ;
- La prévention des risques de rupture par le mineur lui-même ou par l'usure des familles ou des travailleurs sociaux ;
- L'inclusion de façon systémique de l'environnement du mineur: famille, école, quartier, médecin généraliste, pairs⁵¹ ;
- La prise en compte de la période d'âge du mineur et des âges frontières.

Afin de :

- Offrir aux enfants et aux adolescents ayant des difficultés psychologiques perturbant les processus de socialisation ainsi qu'à leur famille des interventions interdisciplinaires et inter institutionnelles, à temps plein (thérapeutiques, psychologiques sociale, éducative, scolaires judiciaire) ;
- Définir et mettre en place une « chaine éducative » pour assurer ces interventions en intégrant la problématique de la mise en rupture comme phénomène interactionnel de l'enfant au dispositif proposé ;
- Soutenir les parents et valoriser leurs compétences ;
- Assurer la cohérence des différentes interventions entre elles (en interne à l'établissement/service, à l'externe avec les partenaires extérieurs, et dans les différentes structures impliquées au cours du parcours institutionnel du mineur) ;
- Former les professionnels à faire face à et « prévenir » leur usure

⁵¹ cette analyse systémique est déjà sous-tendue dans le dispositif ITEP, la circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux ITEP et à la prise en charge des enfants accueillis disposant que les difficultés des enfants et adolescents pouvant être accueillis en ITEP « nécessitent en effet de prendre en compte l'ensemble des interactions avec l'environnement familial, scolaire et social, et requièrent des réponses au cas par cas, ponctuelles ou prolongées, pouvant mobiliser des dispositifs de champs variés : éducatif, pédagogique, sanitaire, médico-social, voire un accompagnement social et/ou judiciaire. »

Les recommandations sont à relier directement à l'ensemble des recommandations publiées par l'Anesm, et plus particulièrement :



4. Thématiques traitées dans les recommandations

Les thématiques traitées dans les recommandations s'appuieront sur les publications françaises et internationales ;

Quelles sont les difficultés psychologiques susceptibles de remettre en cause la socialisation du mineur ?

- ✓ Comment repérer les signes de difficultés psychologiques qui perturbent ou risquent d'entraver les processus de socialisation, qui font augurer des besoins spécifiques du mineur ? De manière préventive, quelles sont les tranches d'âge dont il faut tenir compte au regard du développement de ces acquisitions et d'éventuels risques ou difficultés ? (Enfance, période de latence, période préadolescent et adolescente) ?
- ✓ Au-delà des manifestations comportementales, plus ou moins « bruyantes » du mineur, y-a-t-il des signes moins visibles auxquels les professionnels doivent attacher une attention particulière ? Quelles sont les réitérations de comportements qui doivent alerter les professionnels ?

➤ Quelles interventions et quels dispositifs proposer au mineur et dans quelles disciplines afin de rétablir ou stabiliser les processus de socialisation, en fonction de son âge ?

- ✓ Quels sont les objectifs de l'acquisition de la socialisation dans les accompagnements et/ou les prises en charge ?
- ✓ De manière individuelle, à partir des trois niveaux de repérage que sont l'âge d'apparition chez le mineur de perturbations des processus de socialisation, l'institution dans laquelle celles-ci apparaissent et contextuellement le moment où elles se manifestent, quelles sont les interventions et les dispositifs qui doivent être mis en œuvre pour rétablir les processus de socialisation ? Comment stabiliser les comportements inadaptés ou asociaux et favoriser la relance des apprentissages ?
- ✓ Quelles interventions et quels dispositifs doivent être prévus dans les situations critiques et pour répondre aux modalités d'échappement ou de rupture du mineur à son projet ?
- ✓ Comment permettre au mineur de se repérer dans son projet personnalisé coordonné et rechercher son adhésion, notamment quand le projet est conçu en inter-dispositifs ? Comment permettre un ancrage relationnel soutenant et suffisant, pour le mineur (particulièrement à l'adolescence) ?
- ✓ Comment rechercher l'adhésion des parents ou les titulaires de l'autorité parentale les impliquer et les soutenir dans le projet personnalisé coordonné de leur enfant ?

➤ Quelles articulations doivent être organisées entre les institutions pour la mise en œuvre des différentes interventions ?

Pour les acteurs institutionnels :

- ✓ Quelles sont les modalités, les protocoles, les conventions à impulser par les acteurs des différentes institutions sur le territoire, et nécessaires aux professionnels des

établissements/service pour faciliter la mise en place des interventions et leurs articulations? Quelle seraient alors les modalités d'évaluation à mettre en œuvre sur le territoire ?

Pour les établissements /services :

- ✓ Comment établir des méthodes de travail partagées : repérage, évaluation et suivi ? Comment organiser les interventions interdisciplinaires pour assurer la complémentarité des interventions et leur cohérence? Comment évaluer l'évolution favorable du mineur et la possibilité d'une réinscription dans son parcours ?
- ✓ Comment évaluer la coordination des interventions des différents partenaires impliqués dans l'accompagnement du mineur?
- ✓ Quel soutien et quelle formation apporter aux professionnels des différents établissements/services ?
- ✓ Comment identifier les facteurs favorables à la mise en place d'interventions interdisciplinaires et également interinstitutionnelles dans le cadre de l'évaluation interne ?
- ✓ .../...

5. Cadre méthodologique

Cette recommandation sera élaborée sur la base :

- d'une analyse de la littérature internationale portant sur les interventions, dispositifs et organisations spécifiques pour l'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation (en France et dans cinq pays étrangers) ;
- d'auditions de personnes ressources et de rencontres institutionnelles ;
- de visites d'établissements et services accompagnant ces adolescents ;
- d'auditions de jeunes concernés par la recommandation (en entretiens individuels ou en groupe).

Un groupe de travail, constitué de professionnels et d'experts suivra l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité de points de vue.

Un groupe de représentants des institutions sera sollicité alternativement au groupe de travail.

La recommandation sera finalisée après avis d'un groupe de lecture et d'un expert juridique, puis soumise aux instances de l'Agence.

La composition des groupes de travail et de lecture tiendra compte de la diversité des établissements et services concernés et de la variété des disciplines professionnelles impliquées dans les secteurs du social, du médico-social, sanitaire, scolaire et judiciaire.

La méthodologie envisagée est celle du consensus simple. En cas de difficulté à parvenir à un consensus sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, un groupe de cotation pourrait toutefois être organisé.

6. Calendrier

Validation de la lettre de cadrage	Bureau du Comité d'Orientation Stratégique (BCOS) : 8 septembre 2015 Comité d'Orientation Stratégique (COS) : 30 septembre 2015 Conseil Scientifique (CS) : 6 octobre 2015
Analyse de la littérature	Novembre-décembre 2015
Recueil des données de terrain (visites, etc.)	Septembre 2015 à février 2016
Groupe de travail	Groupe d'experts, professionnels, représentant d'utilisateurs : 25 janvier 2016 ; 1 ^{er} mars 2016 ; 5 avril 2016 ; 17 mai 2016 Groupe des représentants des institutions : 10 avril 2016, 10 mai 2016.
Groupe de lecture Analyse juridique	Mi-mai à mi-juillet 2016
Finalisation	Juillet 2016
Validation par les instances (BCOS, COS et CS)	Septembre 2016

7. Premiers éléments bibliographiques

1. Mots clés

- Accompagnement / Absentéisme scolaire / Adolescent /Age / Agitation / Agressivité/ Agression sexuelle / Alcool/ Anxiété/ Asocialisation/ Attachement / Attentes / Autorité / Autorité parentale / Automutilation / Besoins / Comportements inadaptés/ Comportements asociaux/ Conduites à risque / Comportements hétéro-agressif / Consommation de produits psycho actifs / Crises/ Dangereusité / Déscolarisation / Décrochage scolaire/ Délinquance des mineurs /Délit /Désinstitutionnalisation /Diagnostic / Difficulté psychique / Difficulté psychologique / Difficultés scolaires / Drogues/ Educateur / Enfant / Equipe mobile /Facteurs de risques/ Famille/Parents / Formation professionnelle /Genre /guidance parentale/ Fratrie / Fugue / Handicap social/ Hyperactivité/ Interactions coercitives/ Intervention thérapeutique / Instabilité/ Institution sociale ou médico-sociale/ Parcours/ Parcours de soins / Parentalité / Partenariat / Passage à l'acte / Pathologie psychiatrique des parents / Pédopsychiatrie / Processus de socialisation / Psychiatrie / Psychopathologie / Placement / Prise en charge / Problèmes relationnels / Projet personnel/personnalisé/de vie/individuel /éducatif/ d'établissement /Protection de l'Enfance /Prostitution / Refus d'autorité / Refus d'accompagnement / Règlement intérieur et de fonctionnement /Relation fusionnelle avec un parent / Responsabilité civile et pénale de l'enfant, du directeur d'établissement/ Risques psychosociaux/ Rupture de liens /Problèmes familiaux / Qualité de vie / Santé mentale / Santé physique et psychique / Scolarisation / Signalement / Suicide / Socialisation / Tentative de suicide / traumatisme / Travailleur social / Troubles anxieux/ Troubles émotionnels/ Trouble psychiatrique / Trouble psychique / Trouble de la conduite/ Trouble de l'humeur/ Victimization / Violence physique, Psychologique, sexuelle/ Résolution de problèmes/ Vulnérabilité / Maltraitance / Vie collective /Vie quotidienne / Vie sociale.

Personalized assistance/school absenteeism/Teenager/Age/ agitation/sexual abuse/ alcohol/anxiety/asocialization/attachment/emotional/attachment /expectations/ authority / parental authority/ needs/ complex cases / violent behaviour/ risk behaviour/ challenging behaviour / use of active drugs/ crisis/ dangerousness /school disenrollment/ school dropout/ crime / juvenile crimes /diagnosis/ psychological difficulty/ academic difficulties/ drugs/ educator/ Child/ mobile team/Social and medico-social institutions / risk factors/ Family /Relatives (s'il s'agit des parents autre que la mère ou le père) sinon parents / gender/ siblings/ runaway/ psychological disability/ intellectual disability/ developmental disability/ social disability/ hyperactivity/therapeutic intervention/ Instability/ lack of socialization/ parent-child interactions/ Local Disabled persons helping administration/ Threats / Traumatic brain injuries due to violence/ minor child/ teen/ path/ care pathway / Parenthood/partnership/ Acting out/Psychiatric pathology of the parents/ Child and adolescent psychiatry/ Socialization process/ Psychiatry/ psychopathology/ placement/ taking over / Relationship issues/ personalized plan – personal project/ Children Protection / prostitution/Authority rejection /accompanying refusal/ fusional relationship with a parent / breakdown ties / family problems/ life quality/ mental health/ physical and mental health/ schooling/ medico-social establishment/ reporting/ Suicide/ socialization/ suicide attempt / almighty power/ trauma/ social worker/ anxiety disorders/ behaviour disorders/ emotional disorders/ psychiatric disorders/ mental disorders/ Conduct disorder/ Mood disorder / victimization/ sexual abuse -physical abuse/Problem solving/vulnerability/ abuse or mistreatment / community life/ Daily life / social life / Parental guidance/ self-harm/ liable (ou responsible) under both civil and criminal law/ psychosocial risks/ the pain

2. Premiers éléments de bibliographie

Etudes :

- BARREYRE, J.-Y., FIACRE, P., JOSEPH, V., et al. Une souffrance maltraitée. *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris : CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2008.
- BURNS, B.J., PHILLIPS, S.D., WAGNER, H.R. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, vol. 43, pp. 960-970.
- CICHETTI, D., TOTTH, S.L. The development of depression in children and adolescents. *American Psychology*, 1998, vol. 53, pp. 221-241.
- CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes. *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*. Lyon : CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, 2012.
- DADD, M.R., BARRETT, P.M. Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behavior Change*, 1996, vol. 13, n°4, pp. 231-239.
- DAYAN, J., SELLENET, C., BAPT-CAZALET, N., et al. *Prévalence et caractéristiques de la maltraitance parmi les enfants placés en foyer de l'enfance*. Marchiennes : ANPASE, 2000.
- FORD, T., VOSTANIS, P., MELTZER, H., et al. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 2007, n°190, 319-325.
- FRECHON, I., DUMARET, A.-C. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, vol. 56, n°3, pp. 135-147.
- JANSSENS, A., DEBOUTTE, D. Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2009, vol. 18, pp. 691-700.
- KESSLER, R.C., MAGEE, W.J. Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 1994, vol. 35, n°1, pp. 13-27.
- LIBEAU MOUSSET, L., WINTER, A. *Les mineurs dits « incasables ». Une analyse des facteurs de risques de vulnérabilité des adolescents, à travers leur parcours de vie et les prises en charge institutionnelles*. Rapport final de recherche. Rennes : Institut de Criminologie et des Sciences Humaines, 2008.
- LYONS, J.S., ROGERS, L. The U.S. child welfare system: A de facto public behavioral health care system. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004, vol. 43, n°8, pp. 971-973.
- Oned. (Journées de l'Oned, Paris, 12/12/2008). *Les jeunes en difficultés multiples. Questions et réponses pratiques*. Paris : Oned, 2008.
- OSWALD, S., HEIL, K., GOLDBECK, L. History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010, vol. 35, n°5, pp. 462-472.
- PILOWSKY, D.J., WU, L.T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of american adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 2006, vol. 38, n°4, pp. 351-358.
- RUTTER, M. Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 2000, vol. 22, n°9-10, pp. 685-703.
- SAVARD, N., ZAUCHE-GAUDRON, C. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010, vol. 58, n°8, pp. 513-522.
- SCHMID, M., GOLDBECK, L., NUETZEL, J., et al. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2008, vol. 2, n°2.
- WOLKIND, S., RUTTER, M. Children who have been in care. An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1973, vol. 14, n°2, pp. 97-105.

Thèses/mémoires :

- AUDUBERT, N. *Un dispositif d'accueil diversifié à destination des jeunes à difficultés multiples placés à L'Aide Sociale à l'Enfance La maison d'enfants à caractère social F.*

Constant. Mémoire : Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico Social : Rennes : EHESP, 2014.

- BONNEVILLE, E. *Pathologie des traumatismes relationnels précoces. Comprendre et accueillir les liens de souffrance*. Thèse : Doctorat en psychologie : Lyon : Université Lumière, 2008.
- BRONSSARD, G. *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés. L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger*. Thèse : Doctorat Recherche clinique et santé publique : Marseille : Université Aix-Marseille, 2012.
- LACOSTE, B. *Une coopération sociale et sanitaire pour décroiser les modes d'accompagnement dans le champ de la protection de l'enfance*. Mémoire : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale : Rennes : EHESP, 2010.
- SEILLER, S. *L'accueil des mineurs à l'ASE : perceptions et perspectives d'accompagnement. Témoignages d'adultes sur leur vie d'enfants placés*. Mémoire : DSTS : Nantes : Université de Nantes, 2008.

Rapports :

- Direction générale de la Santé. *Jeunes en grandes difficultés : prise en charge concertée des troubles psychiques*. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de la justice, 2005. p. 56.
- ALCIMED, IPSO FACTO. *Projet d'expérimentation de fonctionnement en dispositif ITEP. Observation du fonctionnement en dispositif des ITEP*. Rapport final. Paris : Alcimed, 2014.
- CREA-ORS-Languedoc-Roussillon, ANCREAI. *Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne*. Montpellier : CREA-ORS-Languedoc-Roussillon, 2015.
- FRECHON, I., BOUJUT, S., DRIEU, D., et al. *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires de prise en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Rapport MIRE-DRESS. Paris : CNRS, INED, 2009.
- INSERM. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Expertise collective. Paris : Inserm, 2005.
- Direction générale Santé & protection des consommateurs – Commission européenne. *Le livre vert : améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*. Bruxelles : Commission européenne, 2005.
- NAVES, P., CATHALA, B., DEPARIS, J.-M. *Accueil provisoires et placements d'enfants : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille*. Rapport au ministère de l'emploi et de la solidarité. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.
- PIVETEAU, D., ACEF, S., DEBRABANT, F.-X., et al. *"Zéro sans solution". Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014.
- Oned. *Septième rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger*. Paris : ONED, 2011.
- Pr. Eric Debarbieux. « Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école ». Rapport au ministre de l'Education nationale de la jeunesse et de la vie associative ». Observatoire International de la Violence à l'Ecole- Université de Bordeaux. Segalen. 12 Avril 20
- VERSINI, D. *Adolescent en souffrance : plaider pour une véritable prise en charge*. Paris : Défenseur des enfants, 2007.

Ouvrage(s) :

- TOMKIEWICZ, S. *L'adolescence volée*. Paris : Editions Calmann-Lévy, 1999.
- TRAVIS, C., WADE, C. *Introduction à la psychologie. Les grandes perspectives*. Bruxelles : De Boeck, 1999. 2^{ème} éd.

Article(s) :

- MARCELLI, D. Nouvelles violences à l'adolescence...Quelles limites ? *Enfances & Psy*, 2010, n°48.

Colloque(s):

- MIPES, ASE, PJJ. (Colloque, 12/01/2006, Paris). *Enfants et adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en Ile-de-France : Regards pluriels d'un département à l'autre*. Paris : MIPES, ASE, PJJ, 2006.

Guides/Recommandation(s) :

- Classification internationale des maladies, 10^e révision.
- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2012. Sous la direction du professeur Roger Misès. Presses de l'EHESP.
- Ministère des Affaires sociales et de la santé, Fédération française de psychiatrie, Ministère de l'éducation nationale. *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent – Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale*. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2013.