

## Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône

L de Montaigne, Olivier Bernard, D Da Fonseca, Jean Gaudart, A Richardson, M Soffer, B Chabrol, J.-C Dubus, E Bosdure

### ► To cite this version:

L de Montaigne, Olivier Bernard, D Da Fonseca, Jean Gaudart, A Richardson, et al.. Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. Archives de Pédiatrie, Elsevier, 2015, 10.1016/j.arcped.2015.06.018 . hal-01307143

HAL Id: hal-01307143

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01307143>

Submitted on 26 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Reçu le :  
21 octobre 2014  
Accepté le :  
26 juin 2015  
Disponible en ligne  
3 août 2015



CrossMark

# Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône

Are children placed with the Aide sociale à l'enfance registered with the Maison départementale des personnes handicapées in Bouches-du-Rhône: A descriptive study

L. de Montaigne<sup>a</sup>, O. Bernard<sup>b</sup>, D. Da Fonseca<sup>c</sup>, J. Gaudart<sup>d</sup>, A. Richardson<sup>e</sup>, M. Soffer<sup>e</sup>, B. Chabrol<sup>f</sup>, J.-C. Dubus<sup>g</sup>, E. Bosdure<sup>g,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de pédiatrie, centre hospitalier du Pays d'Aix, avenue des Tamaris, 13616 Aix-en-Provence, France

<sup>b</sup> Protection maternelle et infantile, conseil général des Bouches-du-Rhône, 4, quai d'Arenc, 13304 Marseille, France

<sup>c</sup> Unité de pédopsychiatrie, hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

<sup>d</sup> Aix-Marseille université, UMR912 SESSTIM (Inserm-IRD-AMU), 13005 Marseille, France

<sup>e</sup> Maison départementale des personnes handicapées, conseil général des Bouches-du-Rhône, 4, quai d'Arenc, 13304 Marseille, France

<sup>f</sup> Unité de neuropédiatrie, CHU Timone Enfant, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

<sup>g</sup> Unité de médecine infantile, CHU Timone Enfant, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

## Summary

**Introduction.** By the end of 2011, 275,000 children in France were included in the Aide sociale à l'enfance (ASE, Child Welfare System). Half of these children were entrusted to public care. There is limited data on these children. The MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) is an administrative body assisting in the care of disabled children, through material, financial, and human means. Analyzing MDPH medical records can provide medical information about these children. The aim of this study was to describe the characteristics of children left to the ASE with a record at MDPH in Bouches-du-Rhône.

**Methods.** We extracted administrative data from two registers, the ASE register and the MDPH register. The MDPH medical files of each patient were analyzed and their medical information was coded: gestational age, deficiencies, and pathologies.

**Results.** In Bouches-du-Rhône, 2965 children were entrusted, 506 (17%) of whom were known by the MDPH: 30.6% of the entrusted

## Résumé

**Introduction.** Il existe peu d'études concernant les problèmes médicaux rencontrés chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE). L'objectif de notre étude était de décrire la population des mineurs placés à l'ASE et ayant fait l'objet d'une notification à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) des Bouches-du-Rhône au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**Patients et méthodes.** Le registre informatique de l'ASE et celui de la MDPH ont été croisés afin d'en extraire les données administratives. Après une analyse des dossiers médicaux MDPH, les informations sur les enfants placés (âge gestationnel, déficiences, pathologies) ont été codées.

**Résultats.** Parmi les 2965 mineurs placés (0,7 % des mineurs de notre région), 506 (17 %) avaient une notification à la MDPH, contre 2,5 % en population générale. Parmi eux, 80,2 % avaient été confiés suite à une mesure de placement et 50 % des notifications MDPH concernaient les orientations vers un établissement scolaire et

\* Auteur correspondant.

e-mail : emmanuelle.bosdure@ap-hm.fr (E. Bosdure).

children known by MDPH were taken into foster care and 48% were in residential group homes. Half of the MDPH notifications concerned a referral to a school or medico-social institution. By analyzing the medical data, we observed an average of 2.1 deficiencies per child. The types of deficiencies were distributed as follows: 35.9% were psychological deficiencies, 26.4% were speech deficiencies, and 21.6% were intellectual cognitive deficiencies. The most common pathology was mental and behavioral disorder (71% of diagnoses).

**Discussion.** The MDPH notification rate in children entrusted to public care was seven times higher than in the general population. Overall, explaining the relation between child abuse and neglect and disability is difficult. The psychopathology of these children is complex. These results show the importance of specific medical monitoring for these children.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

Par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, le conseil général assure, grâce au service de l'ASE (Aide sociale à l'enfance), la mise en œuvre de mesures de prévention en faveur des familles, le recueil et l'analyse des informations préoccupantes, la prise en charge et la protection des enfants reconnus en danger en lien avec la justice. En France, 275 000 mineurs étaient pris en charge par les services de protection de l'enfance au 31 décembre 2011, soit dans le cadre de mesures éducatives (AEMO [Action éducative en milieu ouvert], AED [Aide éducative à domicile]), soit dans le cadre d'un placement : enfants placés à l'ASE. Près de la moitié de ces 275 000 mineurs, soit 0,9 % des enfants français, étaient placés à l'ASE [1].

Les données de la littérature traitant de la santé des enfants placés à l'ASE, bien que parcellaires, montrent chez ces enfants une prévalence élevée de troubles somatiques et psychiques et une qualité de vie impactée [2-4]. Les informations médicales concernant les enfants placés semblent difficiles d'accès : le manque de suivi, de continuité des soins, les changements fréquents de lieu de vie et les difficultés de communication avec l'entourage entraînent une importante perte d'information [4]. Certaines études laissent penser qu'il existe chez ces enfants placés à l'ASE une sur-représentation du handicap. L'objectif de cette étude était de décrire la population des enfants de 0 à 18 ans placés à l'ASE et ayant une notification à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans les Bouches-du-Rhône.

## 2. Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective transversale, réalisée dans les Bouches-du-Rhône en utilisant deux types de registres informatisés : le registre de l'ASE nommé GENESIS, et celui

médico-social. On a noté 2,1 déficiences par enfant, dont 35,9 % étaient des déficiences du psychisme, 26,4 % des déficiences du langage et de la parole et 21,6 % des déficiences intellectuelles cognitives. Les pathologies rencontrées étaient pour 71 % des troubles mentaux et du comportement. Les enfants les plus jeunes et placés en famille d'accueil présentaient plus de pathologies et de déficiences d'organe et peu d'atteintes du psychisme. Les enfants présentant des troubles du comportement étaient en général plus âgés et placés en foyer.

**Discussion.** Le taux de notification MDPH est 7 fois plus élevé parmi les enfants placés qu'en population générale. Ce lien entre enfance en danger et handicap est difficile à expliquer, et la psychopathologie des enfants placés complexe. Ces résultats illustrent la nécessité d'un suivi adapté aux besoins spécifiques de ces enfants.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

de la MDPH nommé DAPHNEE. Ces registres sont déclarés à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Après anonymisation, nous avons croisé les deux bases de données et extrait les informations concernant le suivi par l'ASE et le suivi par la MDPH, dans une base de données commune temporaire. L'étude a porté sur tous les enfants âgés de moins de 18 ans placés à l'ASE dans le département des Bouches-du-Rhône, et ayant une notification à la MDPH au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Les enfants ont été classés selon leur âge : < 6 ans, tranche d'âge de la petite enfance avant l'entrée en école élémentaire, et période de suivi par le centre de PMI (protection maternelle et infantile) ; 7 à 13 ans, correspondant à la pré-adolescence et 14 à 18 ans, correspondant à l'adolescence.

### 2.1. Recueil des données

Le taux de placement à l'ASE a été calculé en divisant le nombre d'enfants placés à l'ASE des Bouches-du-Rhône par le nombre d'enfants des Bouches-du-Rhône selon le recensement de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) de 2010. Pour chaque enfant nous avons extrait de la base de données GENESIS, l'âge, le sexe, le type de mesure de protection ASE (cadre légal fixant les modalités de prise en charge de l'enfant confié), et le type d'accueil en cours (lieu où était accueilli l'enfant confié). Nous avons regroupé certaines prises en charge en raison de leurs similitudes. Ainsi, les 12 mesures de protection ASE ont été regroupées en quatre types de mesures :

- les mesures intitulées « Placement » incluaient les enfants confiés selon les différentes mesures de placement (placement direct en établissement, placement judiciaire ASE, placement tiers digne de confiance) ;
- le sous-groupe « Tutelle » comprenait les enfants placés selon une mesure entraînant la suspension provisoire ou définitive de l'autorité parentale (délégation d'autorité

parentale à un tiers, délégation d'autorité parentale à l'ASE, tutelle ASE, pupilles) ;

- le sous-groupe « Provisoire » incluait les enfants placés selon des mesures provisoires ou en accueil de jour (accueil de jour administratif, accueil provisoire mineur, ordre de placement provisoire) ;
- le sous-groupe « Surveillance » correspondait aux enfants placés en dehors du département des Bouches-du-Rhône, mais dans le cadre d'un placement pris en charge par l'ASE des Bouches-du-Rhône.

Les 18 lieux d'accueil ont été regroupés en 8 types :

- le sous-groupe « Familial » incluait les enfants accueillis en famille d'accueil : assistante familiale/maternelle et service accueil familial expérimental ;
- le sous-groupe « MECS (Maison d'enfants à caractère social) » incluait les enfants accueillis en foyers : MECS Bouches-du-Rhône, MECS hors 13, lieu de vie, FDE (foyer départemental de l'enfance) ;
- le sous-groupe « Sanitaire et médico-social » correspondait aux enfants accueillis dans un établissement sanitaire ou médico-social : centre hospitalier, établissement sanitaire, ITEP (Institut thérapeutique éducatif et pédagogique), IME (Institut médico-éducatif) ;
- le sous-groupe « Foyers d'urgence » correspondait aux enfants accueillis à la DIMEF (Direction des maisons de l'enfance et de la famille) ;
- le sous-groupe « En attente d'accueil » correspondait aux enfants n'ayant pas encore de lieu de placement : fugue en attente main levée, sans lieu de placement ;
- le sous-groupe « Usager » correspondait aux mineurs accueillis au domicile d'un tiers digne de confiance, ou placés à l'ASE dans le cadre d'un placement à domicile ;
- le sous-groupe « Adoption » correspondait aux enfants accueillis selon un placement en vue d'adoption ;
- le sous-groupe « Autres » incluait de petits effectifs d'enfants accueillis dans les lieux suivants : CHR (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), établissement pénitencier pour mineur, établissement scolaire, foyer de jeunes travailleurs. Le taux de notification MDPH en population générale des Bouches-du-Rhône a été calculé en divisant le nombre d'enfants ayant une notification MDPH par le nombre d'enfants des Bouches-du-Rhône estimé par le recensement INSEE de 2010. Dans la population ASE des Bouches-du-Rhône, il a été calculé en divisant le nombre d'enfants du groupe ASE MDPH par le nombre d'enfants du groupe ASE. Pour chaque enfant de la base DAPHNEE, nous avons extrait l'âge, le sexe, et le type de notification en cours. Les notifications proposées par la MDPH peuvent être :
- le versement d'allocations : PCH (prestation compensatrice du handicap) et AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ;
- une orientation vers un établissement médico-social, vers un établissement scolaire, ou vers un SESSAD (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) ;

- l'obtention de prestations pour l'aide à l'intégration scolaire auxiliaire de vie scolaire (AVS) et matériel pédagogique adapté (MPA) ;
- un financement de transport ou la délivrance d'une carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement.

Pour un même enfant après une étude de la demande en commission, plusieurs notifications d'orientation peuvent être envisagées selon les places disponibles en établissement et sont enregistrées dans la base DAPHNEE. Cette base ne nous a donc pas permis de connaître l'orientation effective de l'enfant. Pour notre étude, nous avons retenu l'orientation qui reflétait au mieux le niveau de prise en charge adapté à l'enfant.

Les données médicales ne sont pas informatisées dans la base de données DAPHNEE. Pour chaque patient, les documents médicaux archivés (certificats médicaux et documents associés : bilans neuropsychologiques, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, comptes rendus d'évaluation scolaire, courriers médicaux) ont été analysés par quatre médecins travaillant en binôme, après formation par le médecin codeur de la MDPH. Cette analyse a permis de préciser pour chaque dossier les déficiences présentées, les diagnostics médicaux et de coder ceux-ci selon la classification de la CNSA (Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie) pour les déficiences et de la 10<sup>e</sup> révision de la CIM-10 (Classification internationale des maladies) pour les pathologies. Le terme de déficience était défini ainsi : « altération d'une structure ou d'une fonction physiologique, psychologique ou anatomique. Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap » [5]. Le terme de pathologie désignait la nature médicale de l'affection étant à l'origine des déficiences de l'enfant. Il n'a pas été possible de convoquer les patients pour une évaluation médicale plus approfondie.

## 2.2. Analyse statistique

Les variables ont été analysées pour chaque enfant. Il s'est agi d'une étude descriptive avec recueil exhaustif de données sur la totalité des enfants étudiés. Ainsi, les résultats sont calculés en pourcentages et sont comparés les uns aux autres. Dans ce contexte, il n'était donc pas adapté de réaliser de test statistique avec calcul du taux de significativité. L'analyse des correspondances multiples a permis d'analyser simultanément pour chaque enfant du groupe ASE MDPH l'ensemble des variables suivantes : âge, sexe, type d'accueil, pathologies, déficiences. Chaque enfant étant représenté par un point, l'ensemble de la population du groupe ASE MDPH formant plusieurs nuages de points. L'étude des nuages de points, associée à la classification hiérarchique ascendante, a permis de distinguer trois groupes de patients. Chaque groupe correspondait à des patients partageant des caractéristiques communes.

### 3. Résultats

Au premier janvier 2014, 2965 mineurs étaient placés à l'ASE, soit 0,7 % des enfants des Bouches-du-Rhône. Parmi eux, 506 (17,1 %) avaient une notification MDPH en cours. La (fig. 1) représente le taux de notification MDPH en population ASE comparé à celui des mineurs des Bouches-du-Rhône. Il s'agissait surtout d'enfants âgés de plus de 6 ans : 59 % âgés de 7 à 13 ans ( $n = 300$ ), 33 % entre 14 et 18 ans ( $n = 166$ ) et 8 % de moins de 6 ans ( $n = 40$ ). Il existait une majorité de garçons ( $n = 349$  ; 69 %) quelle que soit la tranche d'âge.

Les mesures ASE de type « placement » étaient prépondérantes, concernant 80,2 % ( $n = 406$ ) des enfants ASE MDPH. Les mesures de type « tutelle » et « provisoire » représentaient chacune 9,7 % ( $n = 49$ ) des enfants. Le groupe « surveillance » ne concernait que très peu d'enfants ( $n = 2$  ; 0,4 %). La mesure de type « placement » était majoritaire quelle que soit la tranche d'âge étudiée.

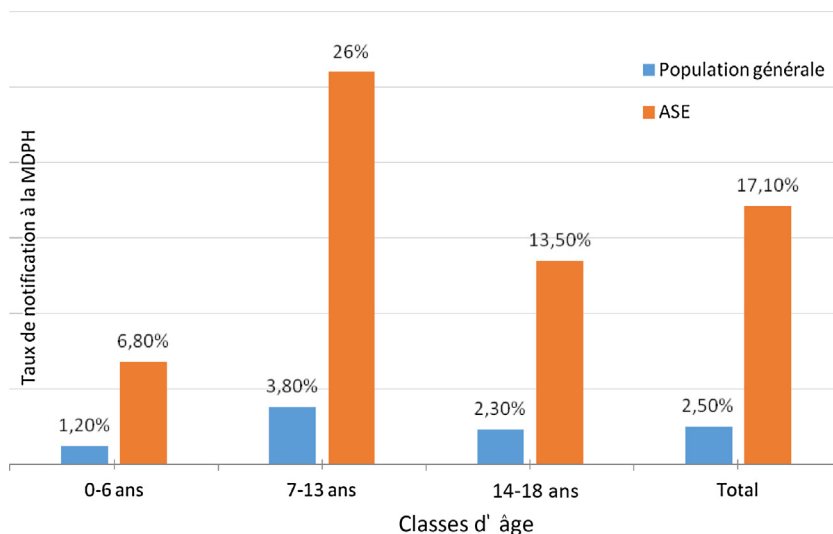
L'accueil de type « familial » concernait 30,6 % des enfants ( $n = 155$ ). Ce mode d'accueil était plus fréquent chez les plus jeunes : 42,5 % ( $n = 17$ ) des 0-6 ans et 32 % ( $n = 96$ ) des 7-13 ans contre 25,3 % ( $n = 42$ ) des 14-18 ans.

Quarante-huit pour cent des mineurs ASE MDPH étaient accueillis en MECS : cela concernait surtout des enfants de plus de 6 ans : 52,3 % ( $n = 157$ ) des 7-13 ans et 43,4 % ( $n = 72$ ) des 14-18 ans contre 30 % ( $n = 12$ ) des 0-6 ans. L'accueil de type « sanitaire/médico-social » représentait 9,5 % des enfants ( $n = 48$ ). L'accueil de type « Foyer d'urgence » était moins fréquent chez ces enfants que chez ceux placés non suivis par la MDPH : 1,6 % ( $n = 8$ ). L'ensemble des caractéristiques de ces mineurs est détaillé dans le [tableau I](#).

L'ensemble des notifications MDPH est précisé dans le [tableau II](#). Pour les enfants du groupe ASE MDPH, 50 % des notifications étaient en lien avec des orientations vers un

établissement scolaire ou médico-social ; 20 % concernaient les attributions d'AVS et 11 % étaient en lien avec des allocations. Les notifications MDPH les plus souvent attribuées aux moins de 6 ans étaient les attributions d'AVS. Pour les 7-13 ans et les 14-18 ans il s'agissait comme pour les enfants non placés à l'ASE de notifications d'orientation vers établissement scolaire ou médico-social. Chez les enfants du groupe ASE MDPH, les orientations vers un ITEP ou un ITEP avec SESSAD étaient les plus fréquentes, représentant 38,6 % des orientations.

Les résultats médicaux n'étaient finalement disponibles que pour 484 des 506 enfants placés à l'ASE et ayant une notification MDPH. Le terme de naissance était renseigné dans 66 % des dossiers ( $n = 319$ ), parmi lesquels le taux de prématurité était de 21,8 %. Chez les enfants nés prématurés ( $n = 69$ ), le type d'accueil ASE le plus fréquent était le type « familial » (40 %,  $n = 27$ ), suivi du placement en MECS (30 %,  $n = 20$ ). En moyenne, 2,1 déficiences étaient notées par enfant soit 1063 déficiences analysées pour les 484 enfants. Les déficiences se répartissaient en déficiences du psychisme pour 35,9 % d'entre elles, déficiences du langage et de la parole pour 26,4 %, déficiences intellectuelles et cognitives pour 21,6 %, déficiences viscérales pour 6,1 %, déficiences visuelles pour 4,5 %, déficiences motrices pour 2,8 %, déficiences auditives pour 1,3 %, et autres pour 1,2 %. Il n'y avait pas de différence en fonction de l'âge. Concernant la répartition des déficiences en fonction du type d'accueil ASE, les déficiences du langage et de la parole concernaient environ un quart des déficiences dans chaque mode d'accueil. Les déficiences du psychisme représentaient 39,5 % des déficiences en MECS et semblaient relativement moins observées en accueil familial et en sanitaire médico-social (respectivement 33,9 % et 26,7 % des déficiences dans ces lieux d'accueil). Dans le groupe « sanitaire et médico-social », les déficiences viscérales (12,6 %), motrices



**Figure 1.** Taux de notification MDPH des mineurs des Bouches-du-Rhône en 2014, en population générale et en population ASE par tranche d'âge. ASE : Aide sociale à l'enfance ; MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

**Tableau I**

**Données concernant le placement à l'ASE (Aide sociale à l'enfance) des 2965 mineurs en 2014 dans les Bouches-du-Rhône selon leur âge et leur prise en charge par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées).**

	0-6 ans		7-13 ans		14-18 ans		Total	
	ASE MDPH n (%)	ASE non MDPH n (%)	ASE MDPH n (%)	ASE non MDPH n (%)	ASE MDPH n (%)	ASE non MDPH n (%)	ASE MDPH n (%)	ASE non MDPH n (%)
<b>Nombre d'enfants</b>	40	547	300	852	166	1060	506	2459
<b>Sexe</b>								
Féminin	14 (35)	264 (48,3)	82 (27,3)	411 (48,2)	61 (36,7)	487 (45,9)	157 (31,0)	1162 (47,3)
Masculin	26 (65)	283 (51,7)	218 (72,7)	441 (51,8)	105 (63,3)	573 (54,1)	349 (69,0)	1297 (52,7)
<b>Type de mesure ASE</b>								
Provisoire	9 (22,5)	98 (17,9)	29 (9,7)	78 (9,2)	11 (6,6)	189 (17,8)	49 (9,7)	365 (14,8)
Placement	28 (70)	400 (73,1)	242 (80,7)	698 (81,9)	136 (81,9)	759 (71,6)	406 (80,2)	1857 (75,5)
Tutelle	3 (7,5)	48 (8,8)	27 (9,0)	74 (8,7)	19 (11,4)	108 (10,2)	49 (9,7)	230 (9,4)
Surveillance	0 (0)	1 (0,2)	2 (0,7)	2 (0,2)	0 (0,0)	4 (0,4)	2 (0,4)	7 (0,3)
<b>Type d'accueil ASE</b>								
Familial	17 (42,5)	222 (40,6)	96 (32,0)	245 (28,8)	42 (25,3)	161 (15,2)	155 (30,6)	628 (25,5)
MECS	12 (30)	173 (31,6)	157 (52,3)	409 (48,0)	72 (43,4)	617 (58,2)	241 (47,6)	1199 (48,8)
Sanitaire/médoco-social	4 (10)	9 (1,6)	20 (6,7)	1 (0,1)	24 (14,5)	6 (0,6)	48 (9,5)	16 (0,7)
Foyer d'urgence	2 (5)	47 (8,6)	3 (1,0)	18 (2,1)	3 (1,8)	38 (3,6)	8 (1,6)	103 (4,2)
En attente d'accueil	2 (5)	13 (2,4)	6 (2,0)	7 (0,8)	9 (5,4)	46 (4,3)	17 (3,4)	66 (2,7)
Adoption	1 (2,5)	20 (3,7)	0 (0,0)	4 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)	24 (1,0)
Usager	1 (2,5)	63 (11,5)	18 (6,0)	168 (19,7)	16 (9,6)	185 (17,5)	35 (6,9)	416 (16,9)
Autre	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (0,7)	1 (0,2)	7 (0,3)

Groupe ASE MDPH : mineurs placés à l'ASE et pris en charge par la MDPH. Groupe ASE non MDPH : mineurs placés à l'ASE et n'ayant pas de notification MDPH. Les 12 mesures de protection ASE étaient réunies en quatre groupes : « Provisoire » (accueil de jour administratif, accueil provisoire mineur, ordre de garde provisoire, ordre de placement provisoire) ; « Placement » (placement direct en établissement, placement judiciaire ASE, placement tiers digne de confiance) ; « Tutelle » (délégation d'autorité parentale à un tiers, délégation d'autorité parentale à l'ASE, tutelle ASE, pupilles) ; « Surveillance », correspondant aux enfants placés à l'ASE des Bouches-du-Rhône, dans un lieu situé en dehors des Bouches-du-Rhône. Les dix-huit types de lieu d'accueil étaient réunis en huit groupes : « Familial » (assistante familiale/maternelle et service accueil familial expérimental) ; « MECS » (Maison d'enfants à caractère social (MECS Bouches-du-Rhône, MECS hors 13)) ; « Sanitaire et médoco-social » (centre hospitalier, établissement sanitaire, ITEP [Institut thérapeutique éducatif et pédagogique], IME [Institut médoco-éducatif]) ; « Foyer d'urgence » : enfants accueillis en DIMEF ; « En attente d'accueil » (fugue en attente de main levée, sans lieu de placement) ; « Usager » (mineurs accueillis au domicile d'un tiers digne de confiance, ou placés à l'ASE dans le cadre d'un placement à domicile) ; « Adoption » (enfants accueillis selon un placement en vue d'adoption) ; « Autres » (CHRS [Centre d'hébergement et de réinsertion sociale], établissement pénitencier pour mineur, établissement scolaire, foyer de jeunes travailleurs).

(8,1 %) et visuelles (8,1 %) étaient plus souvent rapportées que dans les autres groupes. En raison de la petite taille des groupes « Adoption », « Foyer d'urgence » et « En attente d'accueil », la répartition des déficiences dans ces groupes

n'était pas interprétable. L'ensemble de ces résultats est présenté dans le [tableau III](#).

On a pu recenser 626 pathologies pour les 484 dossiers étudiés. Les troubles mentaux et du comportement

**Tableau II**

**Répartition des notifications attribuées par la MDPH en 2014 en fonction de l'âge, chez les mineurs des Bouches-du-Rhône ayant une notification MDPH et étant ou non placés à l'ASE.**

	0-6 ans		7-13 ans		14-18 ans		Total	
	MDPH non ASE n = 1966	MDPH/ASE n = 40	MDPH non ASE n = 5993	MDPH/ASE n = 300	MDPH non ASE n = 2962	MDPH/ASE n = 166	MDPH non ASE n = 10651	MDPH/ASE n = 506
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	39 %	13 %	27 %	8 %	32 %	17 %	30 %	11 %
Prestation compensatrice du handicap (PCH)								
Orientation vers un établissement scolaire ou médoco-social	12 %	31 %	29 %	47 %	33 %	61 %	27 %	50 %
Auxiliaire de vie scolaire (AVS)	33 %	46 %	19 %	25 %	8 %	5 %	19 %	20 %
Transport	2 %	4 %	12 %	15 %	10 %	12 %	10 %	14 %
Matériel pédagogique adapté (MPA)	1 %	0 %	5 %	1 %	5 %	1 %	4 %	1 %
Carte d'invalidité (CI)	14 %	6 %	7 %	3 %	12 %	5 %	9 %	3 %
Carte de stationnement (CS)								
Carte de priorité (CP)								
Total des notifications	411	54	12 959	486	5218	233	22 288	773

ASE : Aide sociale à l'enfance ; MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

**Tableau III**

Répartition des déficiences analysées pour les 484 enfants du groupe ASE MDPH en fonction des tranches d'âges et en fonction du type d'accueil ASE. Il s'agit de pourcentage en fonction du nombre de déficiences et non pas en fonction du nombre d'enfants. Cette analyse concerne 1063 déficiences pour les 484 enfants de ce groupe.

	Total des déficiences %	Âge			Type d'accueil ASE						
		0-6 ans %	7-13 ans %	14-18 ans %	Familial %	MECS %	Sanitaire/ Médico-social %	Foyer d'urgence %	En attente d'accueil %	Usager %	Adoption %
Déficiences auditives	1,3	2,7	0,8	2,0	2,1	0,8	0,7	7,7	0,0	1,4	0,0
Déficiences du langage et de la parole	26,4	29,3	27,4	24,1	25,1	27,8	23,0	23,1	29,0	30,1	0,0
Déficiences du psychisme	35,9	34,7	37,3	33,8	33,9	39,5	26,7	30,8	48,4	35,6	0,0
Déficiences intellectuelles et cognitives	21,6	12,0	20,6	25,6	23,6	22,7	16,3	7,7	9,7	21,9	100,0
Déficiences motrices	2,8	2,7	2,5	3,4	2,7	1,1	8,1	15,4	3,2	2,7	0,0
Déficiences viscérales	6,1	6,7	6	6,3	6,2	5,1	12,6	0,0	3,2	2,7	0,0
Déficiences visuelles	4,5	10,7	4,2	3,7	5,6	2,1	8,1	15,4	6,5	5,5	0,0
Autres	1,2	1,3	1,3	1,1	0,9	0,8	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0

ASE : Aide sociale à l'enfance ; MDPH : Maison départementale des personnes handicapées ; MECS : Maison d'enfants à caractère social.

représentaient 71,7 % de l'ensemble des pathologies précisées, alors que chacune des autres pathologies représentait moins de 10 % de l'ensemble : malformations congénitales et anomalies chromosomiques 7,2 %, maladies du système nerveux 5,1 %, affections périnatales 5 %, retards staturo-pondéraux 5 %, maladies respiratoires 1,8 %, maladies de l'œil et des annexes 1,8 %, maladies de l'oreille et de la mastoïde 1,3 %, maladies endocriniennes nutritionnelles ou métaboliques 0,8 %, maladies ostéo-tendineuses, musculaires ou du tissu conjonctif 0,6 % et maladies hématologiques 0,3 %. Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques représentaient la pathologie principale des enfants de moins de 6 ans (14 %) contre seulement 6,7 % pour les 7 à 13 ans et 6,5 % pour les 14 à 18 ans. Ces malformations congénitales et anomalies chromosomiques concernaient 45 enfants et se répartissaient en 65,2 % de malformations congénitales, 10,9 % de trisomie 21, 10,9 % d'autres anomalies chromosomiques et 13 % de syndromes d'alcoolisme fœtal. Les troubles mentaux et du comportement représentaient 60 % des pathologies des enfants âgés de moins de 6 ans, et étaient plus fréquemment décrits chez les enfants plus grands : 73,1 % des pathologies des 7-13 ans et 70,1 % des 14-18 ans. Les pathologies regroupées dans cette appellation étaient par ordre décroissant des troubles du comportement et troubles émotionnels non spécifiés (28,9 %), des troubles spécifiques des acquisitions scolaires (23,1 %), des retards mentaux (18,3 %), des troubles envahissants du développement (6 %), des troubles des conduites (5,5 %), des troubles hyperkinétiques (3,7 %), des troubles du développement psychologique (3,1 %), des troubles spécifiques du langage (2,9 %), des psychoses et troubles de la personnalité (2,7 %) ou d'autres troubles (3,8 %). Les troubles du développement psychologique, les troubles envahissants du développement et les troubles hyperkinétiques étaient plus décrits chez les enfants de moins de 6 ans. Les troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels touchaient 8,6 % des enfants de 0-6 ans contre 4,8 % et 6,2 % respectivement des 7-13 et 14-18 ans. Le retard mental était surtout précisé dans le groupe des enfants de 14-18 ans et les troubles des apprentissages scolaires concernaient essentiellement les enfants de 7-13 ans. L'analyse détaillée des troubles mentaux et du comportement en fonction des âges et du mode d'accueil ASE est détaillée dans le [tableau IV](#).

Le traitement statistique par analyse des correspondances multiples ([fig. 2](#)) en population ASE MDPH ( $n = 484$  données disponibles) a permis de mettre en évidence trois groupes principaux d'enfants partageant des caractéristiques communes. Les profils de chaque groupe étaient bien distincts les uns des autres :

- un premier groupe ( $n = 267$ , 55,2 %) dont les caractéristiques étaient : âge entre 7 et 13 ans, mesure ASE de type « placement », naissance à terme, pathologie de type troubles mentaux et du comportement dont trouble hyperkinétique,

troubles du développement psychologique et troubles des acquisitions scolaires ;

- un second groupe ( $n = 152$ , 31,4 %) caractérisé par un âge entre 14 et 18 ans, des données périnatales non renseignées, rarement placés en famille d'accueil, déficiences du psychisme, pathologies à type de troubles mentaux et du comportement dont troubles du comportement et émotionnels et troubles de la personnalité ;

- le dernier groupe ( $n = 65$ , 13,4 %) était caractérisé par une mesure ASE de type « tutelle », un lieu d'accueil en sanitaire médico-social et en accueil familial, une prématurité, des déficiences visuelle, motrice, viscérale ou auditive, des pathologies à type de malformations congénitales et anomalies chromosomiques, affections périnatales, maladies neurologiques, maladies de l'œil, trisomie 21.

## 4. Discussion

Notre étude a montré que 0,7 % des mineurs des Bouches-du-Rhône étaient placés à l'ASE et que dans ce groupe d'enfants le taux de notification MDPH était 7 fois supérieur à celui de la population générale du même âge. Les déficiences présentées par ces enfants étaient nombreuses (plus de 2 déficiences par enfant ayant une notification MDPH) et concernaient en majorité des déficiences du psychisme. Enfin, elle a précisé que les enfants accueillis en famille d'accueil étaient principalement des anciens prématurés, porteurs de pathologies organiques ou déficiences d'organe, tandis que les enfants présentant des déficiences du psychisme ou un trouble mental et du comportement étaient plus souvent placés en foyer. Cette étude a permis d'observer une prédominance du sexe masculin chez les enfants placés (52,7 % de garçons pour 47,3 % de filles dans le groupe ASE non MDPH), plus marquée chez les enfants placés et ayant une notification ASE MDPH : 69 % de garçons pour 31 % de filles. Ceci a déjà été observé dans d'autres études portant sur les enfants placés [1,4], cependant la littérature ne fournit pas à ce jour d'explication et notre étude ne permet pas de répondre à cette question. En population générale des mineurs le taux de notification MDPH était de 2,5 %, plus élevé chez les 7-13 ans (3,8 %). En population ASE, ce taux était 7 fois plus élevé (17,1 %). La tranche d'âge des 7-13 ans placés à l'ASE avait aussi le plus fort taux de notification (26 %, soit également 7 fois plus que les enfants du même âge en population générale). Ce taux élevé de notification MDPH chez les enfants placés a aussi été observé en Haute-Savoie, où 21 % des mineurs placés en famille d'accueil et 26 % des mineurs placés en établissement avaient une notification MDPH en cours [4]. Plusieurs études ont montré une prévalence plus élevée de troubles de santé physique et psychique parmi les enfants placés [3,4,6,7]. Le lien entre enfance en danger et troubles de santé physique et psychique est complexe et difficile à expliquer. La définition du handicap inclut également la notion d'environnement [5].

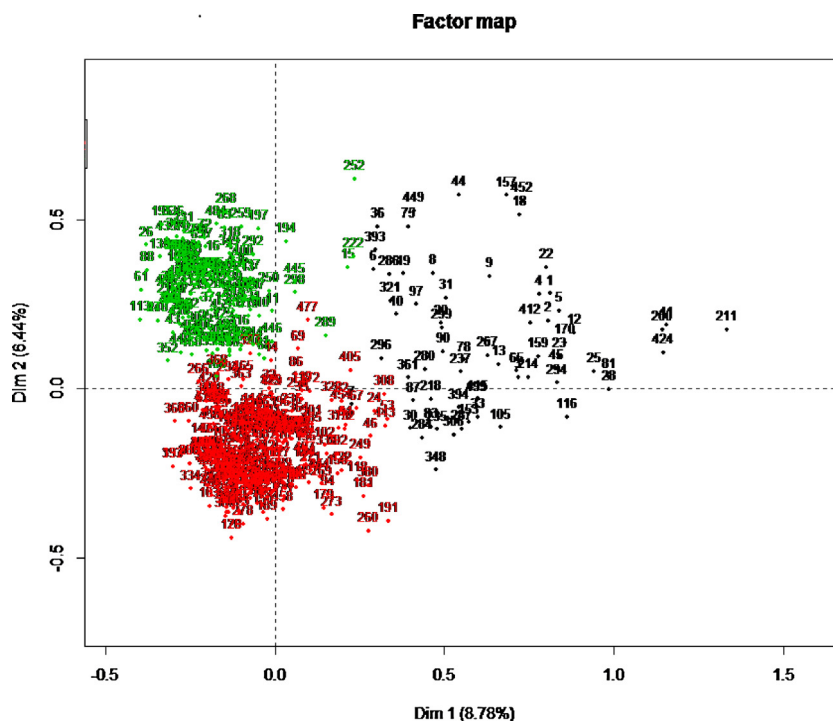


**Tableau IV**

Répartition des troubles mentaux et du comportement chez les 445 enfants du groupe ASE MDPH ayant une pathologie de type « trouble mental et du comportement », selon l'âge et le type d'accueil ASE.

	Total		Âge			Type d'accueil ASE					
	n	%	0-6 ans %	7-13 ans %	14-18 ans %	AF %	MECS %	Sanit/médico-social %	Foyer d'urgence %	Accueil %	Usager %
Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence	158	28,9	20,0	28,8	30,9	20,9	31,5	30,8	40,0	58,8	26,3
Troubles anxieux et troubles de l'humeur	10	1,8	0,0	2,1	1,7	1,3	2,5	0,0	0,0	0,0	2,6
Troubles du développement psychologique	17	3,1	20,0	2,1	1,7	5,1	1,8	3,8	0,0	5,9	2,6
Trouble envahissant du développement	33	6,0	17,1	4,5	6,7	5,1	3,6	19,2	0,0	0,0	13,2
Psychose et trouble de la personnalité	15	2,7	2,9	2,4	3,4	2,5	2,9	5,8	0,0	0,0	0,0
Retard mental	100	18,3	2,9	14,4	28,7	22,2	15,2	25,0	0,0	11,8	21,1
Trouble des conduites	30	5,5	8,6	4,8	6,2	4,4	4,7	5,8	40,0	17,6	5,3
Trouble hyperkinétique	20	3,7	11,4	4,8	0,0	5,7	2,9	1,9	20,0	0,0	2,6
Trouble spécifique du langage	16	2,9	2,9	3,6	1,7	3,8	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Trouble spécifique des acquisitions scolaires	126	23,1	8,6	28,2	16,3	23,4	27,5	5,8	0,0	5,9	23,7
Autres	21	3,8	5,7	4,2	2,8	5,7	3,6	1,9	0,0	0,0	2,6
n total pathologies	546		35	333	178	158	276	52	5	17	38
n enfants	445		30	274	141	134	224	36	4	16	31

ASE : Aide sociale à l'enfance ; MDPH : Maison départementale des personnes handicapées ; MECS : Maison d'enfants à caractère social ; Sanit/médico-social : sanitaire et médico-social ; AF : assistante familiale ; accueil : en attente d'accueil. Dans « Autres » on entend : trouble obsessionnel compulsif, trouble de l'alimentation non organique, trouble du fonctionnement social, trouble émotionnel de l'enfance. Ce tableau montre la répartition des différents types de troubles mentaux et du comportement, de manière générale, et détaillée selon le type d'accueil ASE et selon la tranche d'âge. Aucun enfant ayant un trouble mental ou du comportement n'était accueilli selon le mode « adoption ».



**Figure 2.** Nuage de points obtenu après analyse des correspondances multiples chez les 484 enfants du groupe ASE MPDH. L'analyse des correspondances multiples a été étudiée simultanément pour chaque enfant du groupe ASE MDPH les variables suivantes : âge, terme, mesure ASE, mode d'accueil, pathologies, déficiences. Les axes représentent la combinaison de toutes les variables étudiées. Le point représentant un patient se projette le long de ces axes selon la présence ou l'absence de la caractéristique étudiée (exemple : accueil familial, oui ou non). Sur l'axe horizontal, la variable prépondérante est le type de déficience : vers la gauche, déficience psychique ; vers la droite, déficience somatique. Sur l'axe vertical, il s'agit de l'âge : enfants plus jeunes vers le bas, plus âgés vers le haut. Chaque enfant est représenté par un point. On observe trois nuages de points, représentant trois groupes distincts d'enfants partageant des caractéristiques communes. Nuage rouge ( $n = 267, 55,2 \%$ ) : 7–13 ans, mesure « placement », nés à terme, troubles mentaux et du comportement dont trouble hyperkinétique, trouble du développement psychologique et trouble des acquisitions scolaires. Nuage vert ( $n = 152, 31,4 \%$ ) : 14–18 ans, données périnatales non renseignées, peu placés en famille d'accueil, déficiences du psychisme, troubles mentaux et du comportement dont troubles du comportement et émotionnels et trouble de la personnalité. Nuage noir ( $n = 65, 13,4 \%$ ) : mesure ASE « tutelles », accueil sanitaire médico-social et familial, prématurité, déficiences : visuelle, motrice, viscérale, auditive ; malformation congénitale et anomalie chromosomique, affection périnatale, maladie neurologique, maladie de l'œil, trisomie 21. ASE : Aide sociale à l'enfance ; MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

On peut se demander si la sur-notification MDPH observée n'est pas uniquement en lien avec un environnement défaillant. C'est ce qui est parfois qualifié de sur-handicap « social » : absence de soutien familial pour surmonter les difficultés quotidiennes, moins bon dépistage des troubles sensoriels et des troubles des apprentissages scolaires, difficultés d'instauration d'un suivi psychologique...

L'analyse des données médicales contenues dans les dossiers MDPH avait pour but de faire la part entre ce sur-handicap « social » et les causes « médicales » de handicap. Cependant, notre étude ne nous a pas permis de répondre totalement à la question car les diagnostics médicaux notés n'étaient pas suffisamment précis. Nous avons observé 71 % de « troubles mentaux et du comportement », qui est un code diagnostique très vaste et pouvant regrouper différentes pathologies sans en préciser la cause. Seuls quelques enfants avaient un diagnostic médical expliquant les troubles comme une trisomie 21, un syndrome d'alcoolisation fœtale, ou des séquelles de prématurité ou de traumatisme crânien non accidentel... Ceci constitue une limite de notre étude et de notre

méthodologie. L'utilisation d'un code très général peut refléter l'absence de diagnostic médical précis et notamment l'absence de diagnostic étiologique, mais peut aussi être en lien avec une négligence dans le remplissage des fiches. Par ailleurs, l'utilisation des CIM-10 (Classifications internationale pour les pathologies) et nationale (CNSA) pour les déficiences sont peu adaptées à la pratique clinique et peuvent manquer de pertinence au regard des classifications plus récentes. L'approche diagnostique aurait donc dû associer une consultation médicale systématique. Au vu de nos résultats, le manque d'informativité des dossiers ASE MDPH peut sans doute être attribué aux difficultés du suivi médical de ces enfants. L'impossibilité d'établir un diagnostic précis peut être en lien avec la perte d'information médicale et aussi avec un manque de formation médicale. Le manque de suivi, l'absence de continuité des soins en lien avec les changements fréquents de lieu de vie, l'absence d'adulte référent et les difficultés de communication avec l'entourage entraînent une importante perte d'information sur les origines de l'enfant, sur ses antécédents notamment prénataux et

périnataux, ses antécédents familiaux, sur les expositions aux toxiques qu'il a pu subir, sur les examens déjà entrepris et sur leurs résultats, sur les effets des traitements précédents... [4]. Il est également possible que les parents de ces enfants placés soient porteurs de déficits intellectuels ou de troubles du comportement d'origine génétique pouvant expliquer leurs difficultés de parentalité et donc conduire au placement de leurs enfants. Ces anomalies transmises aux enfants pourraient expliquer en partie certains troubles. Si cette hypothèse n'a pas été explorée par les études récentes, l'existence de troubles psychiques chez les parents d'enfants placés a déjà été décrite et pourrait participer à leur vulnérabilité psychoaffective [8-10].

La MDPH peut et doit être sollicitée chaque fois qu'un enfant se trouve dans une situation de handicap. Les rares études dont on dispose montrent que la part des déficiences « psychiques » est toujours sur-représentée. Ainsi, en 2002, une étude avait porté sur les enfants porteurs d'une demande auprès de la CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale), remplacées depuis 2006 par les CDAPH (Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) des Bouches-du-Rhône [11]. Les données médicales étaient disponibles pour 606 enfants. Dans cette étude, les déficiences du psychisme étaient un peu plus fréquemment notifiées que dans la nôtre (respectivement 46 % et 35,9 % des déficiences). La répartition des déficiences intellectuelles était comparable. En revanche, les déficiences du langage et de la parole (3 % des déficiences) étaient moins souvent observées que dans notre étude (26,4 %). Les données actuelles ne nous permettent pas d'expliquer cette différence : est-ce du fait d'une prévalence plus élevée de ces troubles parmi les enfants placés ou du fait d'un moins bon dépistage et d'une moins bonne prise en charge ? Les diagnostics « psychiques » représentaient 73 % des diagnostics des dossiers MDPH en population générale dans cette étude [11], ce qui est très proche de nos résultats. Cependant, la répartition des troubles psychiques était totalement différente, plus en lien avec des troubles des apprentissages qu'avec des troubles des conduites ou des troubles émotionnels. Il est étonnant de n'avoir pas observé de troubles réactionnels de l'attachement ni de syndromes de stress post-traumatique, et relativement peu de troubles des conduites dans notre étude. Ceci peut être expliqué par une mauvaise connaissance de ces troubles par les médecins, ou par une négligence de renseignement des dossiers. Une étude récente de Bronsard et al., menée en 2006 dans notre région, a montré une répartition particulière des troubles psychiques chez les enfants placés. Ces auteurs ont noté que parmi les adolescents placés à l'ASE et accueillis en foyer, 48 % avaient au moins un trouble mental, parmi lesquels 28,4 % avaient un trouble anxieux, 18,6 % un trouble psychotique et 15,3 % un trouble des conduites [2]. Une autre étude portant sur les raisons des consultations en urgence en psychiatrie infanto-juvénile des adolescents a rapporté une

répartition différente des troubles selon le placement ASE ou non. Ainsi, il était noté une prédominance de pathologies de type *borderline*, de troubles des conduites et du comportement et moins de troubles névrotiques ou de troubles de l'humeur chez les enfants placés à l'ASE par rapport aux autres adolescents [8]. Toutes ces études, la nôtre comprise, montrent qu'il existe une psychopathologie propre aux adolescents placés. Celle-ci est très certainement plurifactorielle. La théorie de l'attachement de Bowlby permet de comprendre les fondements de cette psychopathologie [12]. Les travaux de Berger [9,10] ont décrit la pathologie du lien, observée chez les enfants séparés de leurs parents et posé les bases de cette problématique. On sait que la séparation entre un enfant et ses parents entraîne des répercussions sur le psychisme de l'enfant : déni de la séparation, clivage (co-existence d'idéalisation du parent et de réalisation de l'inadéquation du parent), éléments dépressifs mélancoliques, besoin de maîtrise ou soumission dans la relation à autrui. Chez les enfants placés, la séparation a souvent pour but de protéger l'enfant de son milieu dangereux. Cependant certaines expériences vécues avant le placement peuvent entraîner de profonds troubles psychiques concernant la représentation et l'estime de soi, le contrôle pulsionnel et provoquer la présence d'éléments hallucinatoires, de symptômes psychotiques avec révisivité du traumatisme. Les enfants placés peuvent ainsi faire ressentir à l'autre dans le soin ou dans le lieu d'accueil, les affects vécus autrefois : impuissance, désespoir, rage, honte, extrême violence et envie. Ces troubles spécifiques nécessitent un suivi spécialisé pour éviter qu'ils se pérennisent. Malheureusement l'importance observée des troubles du psychisme nous font craindre que ce suivi soit défaillant chez les enfants placés à l'ASE dans notre région. La prise en compte de ces données doit inciter à un travail partenarial entre les différents professionnels en lien avec ces enfants. Enfin, l'analyse des correspondances multiples montre qu'outre le fait qu'ils soient les plus jeunes, ce sont bien les enfants nécessitant le plus de soins qui sont en famille d'accueil : antécédent de prématurité, présence d'une déficience somatique, existence d'une pathologie comme une malformation congénitale, une anomalie chromosomique, une affection périnatale, une maladie neurologique, une maladie de l'œil. On peut penser que ce mode d'accueil a été privilégié car il est a priori garant d'une prise en charge médicale et paramédicale adaptée (suivi médical régulier, encadrement des traitements et d'une rééducation...), l'adulte responsable se substituant au parent pour établir le lien avec l'enfant malade et l'équipe soignante. C'est également dans ce groupe d'enfants qu'il y avait le moins de troubles du comportement et des conduites. Il est difficile de préciser le lien entre ces deux constats. Il est décrit que ce mode d'accueil permet d'assurer une base plus sûre et plus adaptée aux besoins spécifiques des jeunes enfants selon la théorie déjà citée précédemment [9,10,12], ce qui permettrait de réduire le développement de troubles psychopathologiques. Dans le même temps, l'absence de

troubles du comportement rend moins difficile le maintien d'un enfant dans une famille d'accueil, notre constatation pourrait être donc une conséquence et non une cause. Quelle qu'en soit la raison, ce constat doit inciter à privilégier dès que possible ce mode de placement. On peut noter que dans notre région, l'accueil de type familial concernait seulement 25,5 % de l'ensemble des mineurs placés, et un tiers (30,6 %) des mineurs du groupe ASE MDPH. Ces résultats sont différents des données nationales où en moyenne un enfant confié sur deux et 67 % des moins de 11 ans sont placés en famille d'accueil [13]. Ceci s'explique probablement par la pénurie de familles d'accueil dans les Bouches-du-Rhône [14]. À l'heure actuelle, ce type d'accueil y est donc privilégié pour les enfants les plus jeunes qu'ils aient ou non une notification MDPH. Il semble nécessaire de promouvoir le recrutement d'assistantes familiales. Le conseil général des Bouches-du-Rhône prévoit des mesures en ce sens [14].

## 5. Conclusion

L'observation de besoins beaucoup plus élevés de compensation du handicap et de problèmes de santé plus fréquents parmi les enfants placés signe la spécificité de cette population, et témoigne d'un état de santé global altéré. L'ensemble des corps de métiers concernés par la prise en charge des enfants placés (au niveau judiciaire, administratif, paramédical et médical) doit en permanence se remettre en question et adapter au mieux l'aide proposée, en plaçant l'enfant et son intérêt au cœur des décisions. Ainsi, il serait profitable pour les enfants placés de mettre en place un réseau de soins spécifique afin de lutter contre la perte d'information médicale, d'améliorer le dépistage, la prise en charge et le suivi médical et psychologique. En parallèle il semble nécessaire de poursuivre des études plus approfondies sur la santé de ces enfants.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Observatoire national de l'enfance en danger. Neuvième rapport au gouvernement et au parlement. La documentation française; 2014: 89–90.
- [2] Bronsard G, Lançon C, Loundou A, et al. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child Youth Serv Rev* 2011;33:1886–90.
- [3] Turz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Rev Fr Affaires Soc* 2013;1–2:32–50.
- [4] Bourgeaux I, Guye O, Jacob I, et al. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Rapport final appel d'offre thématique de l'Observatoire national de l'enfance en danger; 2012;80–97.
- [5] Chabrol B, Halbert C, Mancini J. Handicap : définitions et classifications. *Arch Pediatr* 2009;16:912–4.
- [6] Hill KM. The prevalence of youth with disabilities among older youth in out-of-home placement: an analysis of state administrative data. *Child Welfare* 2012;4:61–84.
- [7] Harman JS, Childs GE, Kelleher KJ, et al. Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1114–7.
- [8] Chatagner A, Olliac B, Choquet LH, et al. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ?. *Neuropsychiatr enfance adolesc* 2015;63:124–32.
- [9] Berger M. L'enfant et la souffrance de la séparation : divorce, adoption, placement, 2<sup>e</sup> éd., Paris: Dunod; 2010.
- [10] Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris: Dunod; 2003.
- [11] Jimeno MT. Les enfants en situation de handicap dans les Bouches-du-Rhône, avancer vers un langage commun sur le handicap, données générales et médicales analysées à partir de la base informatisée de la CDES au 1<sup>er</sup> septembre CDES des Bouches-du-Rhône 2002; 2002;36–49.
- [12] Observatoire national de l'enfance en danger. La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance (2010);9–19, 44–58. Disponible sur internet URL : <http://oned.gouv.fr/publications/theorie-lattachement-une-approche-conceptuelle-auservice-protection-lenfance>. Consulté le 06/10/2014
- [13] Borderies F, Trespeux F. Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012. Études et résultats DREES; 2013 [p. 858] <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-beneficiaires-de-l-aide-sociale-departementale-en-2012.11217.html>.
- [14] Conseil général des Bouches-du-Rhône. Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2015–2019;47–60