



HAL
open science

Recherche-action pour l'évaluation des difficultés psychologiques des enfants de 3 à 6 ans placés en urgence)à l'Aide Sociale à l' Enfance

Yoram Mouchenik, Marie-Odile Pérouse Demonclos Suryana Monge Valérie
Gaboulaud

► **To cite this version:**

Yoram Mouchenik, Marie-Odile Pérouse Demonclos Suryana Monge Valérie Gaboulaud. Recherche-action pour l'évaluation des difficultés psychologiques des enfants de 3 à 6 ans placés en urgence)à l'Aide Sociale à l' Enfance. Département de Paris, Centre hospitalier Sainte-Anne. 2006. hal-03905178

HAL Id: hal-03905178

<https://hal.science/hal-03905178>

Submitted on 17 Dec 2022

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.



DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES
DES ENFANTS DE 3 À 6 ANS
PLACÉS EN URGENCE

PUBLICATION DE LA DIRECTION
DE L'ACTION SOCIALE
DE L'ENFANCE ET DE LA SANTÉ

cahier de Chaligny

juin 2007

DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DES ENFANTS DE 3 À 6 ANS PLACÉS EN URGENCE

**YORAM MOUCHENIK, DOCTEUR MARIE-ODILE PÉROUSE DE MONTCLOS
SURYANA MONGE, DOCTEUR VALÉRIE GABOULAUD**

*Étude réalisée en 2004-2006 par l'Unité médicale de recherche
du Service de Psychologie et de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
6^e secteur de psychiatrie infanto-juvénile
Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris*

Les propos ci-après n'engagent pas la responsabilité du Service des Études, des Recherches et de la Documentation

ISSN : 1263-2198

Centre de Chaligny - 15, rue de Chaligny 75012 PARIS
Tél 01 44 67 21 50

L'Aide Sociale à l'Enfance de Paris doit admettre en urgence chaque année plus de 900 enfants et adolescents. Ils sont alors pris en charge par plusieurs structures d'accueil, établissement collectif ou accueil familial, plus spécifiquement orientées vers ce type d'accueil d'urgence. Une petite moitié d'entre eux sont accueillis au Centre d'accueil d'urgence Saint-Vincent de Paul, qui se voit ainsi confier en urgence chaque année environ 500 enfants et adolescents. Les 3-6 ans représentent de l'ordre de 20 % de cette population.

Un nombre non négligeable de ces enfants présente des troubles psychiques, manifestes ou latents, et les professionnels se trouvent parfois confrontés à des situations problématiques, dans l'attente d'une prise en charge plus adaptée aux troubles présentés. Jusqu'ici, aucune évaluation n'avait pu en être faite, l'étude effectuée par le Careps en 2003-2004 ayant cependant attiré l'attention des professionnels sur la fréquence inattendue (20 %) des troubles du comportement observés chez les 5-6 ans.

Le schéma départemental conjoint de prévention et d'aide aux familles et de protection de l'enfance prévoyant de développer des études épidémiologiques en collaboration avec nos partenaires, le Département de Paris a décidé de lancer une recherche-action visant à évaluer la nature des troubles psychologiques observés chez ces enfants, à faciliter leur repérage, si possible en amont des situations de crise, et à identifier les moyens d'une prise en charge adaptée.

Le partenariat important entre les professionnels socio-éducatifs des structures d'accueil d'urgence et l'équipe du 6^e secteur de psychiatrie infanto-juvénile a ainsi pu mettre en évidence un certain nombre de constats méconnus, notamment en ce qui concerne les troubles de type psycho-traumatiques, et les risques, à cet âge, d'un délai de prise en charge trop tardif. Malgré le caractère relativement limité du nombre d'enfants sur lequel a porté l'étude, ces conclusions conservent tout leur intérêt, au même titre que la méthodologie employée. L'étude a également débouché sur quelques recommandations proposées dans un objectif d'amélioration de la prise en charge, en terme de formation et de soutien aux professionnels comme en terme de partenariat avec les structures de soin de proximité.

Les résultats de cette recherche-action ont déjà été communiqués aux professionnels comme aux partenaires médico-sociaux et sanitaires et sa publication en permettra une plus large diffusion.

Patricia Orsini

Sous-directrice des Actions Familiales et Éducatives

Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance
et de la Santé

SOMMAIRE

Editorial	3
Chapitre 1 - Demande initiale du Département de Paris	7
Chapitre 2 - Résumé de la recherche	11
Chapitre 3 - Introduction de la recherche	13
Chapitre 4 - Objectifs de la recherche	17
Chapitre 5 - Résultats de la recherche	27
Chapitre 6 - Conclusions de la recherche	53
Chapitre 7 - Recommandations	57
Annexes de la recherche	59
■ <i>Questionnaire Guide d'Évaluation (QGE)</i>	60
■ <i>Liste des Comportements de l'Enfant (LCE)</i>	64
■ <i>Courrier - Demande d'accord des parents</i>	66
Bibliographie	67

Demande initiale du Département de Paris

Selon le Cahier des clauses techniques particulières, N° SERD - 2004 / 06 / T du 13 septembre 2004

Recherche-action visant à l'évaluation de la prévalence des troubles psychiques des 3-6 ans confiés en urgence à l'Aide Sociale à l'Enfance

➤ ARTICLE 1 - CONTEXTE

Dans le cadre des responsabilités légales du Département de Paris, environ 500 enfants et adolescents sont confiés chaque année en urgence à l'Aide Sociale à l'Enfance. Ceux-ci sont plus particulièrement accueillis dans deux foyers départementaux (le Centre d'Accueil d'Urgence de Saint-Vincent de Paul et, à un moindre degré, le Foyer de l'Enfance Michelet). Parmi eux, une part significative appartient à la classe d'âge des 3-6 ans (environ 20 %).

Un certain nombre de ces enfants accueillis en urgence présentent des troubles psychiques - connus ou latents : aucune évaluation précise n'en a été effectuée à ce jour, une étude (réalisée par le Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire - CAREPS, 2003-2004) effectuée à la demande du département en 2003 ayant cependant attiré l'attention de l'ASE sur la fréquence inattendue (20 %) des troubles du comportement des 5-6 ans.

➤ ARTICLE 2 - PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX

La prise en charge de ces enfants est difficile dans des foyers éducatifs, peu médicalisés. Le caractère d'urgence de l'accueil ne facilite pas non plus l'organisation d'un suivi spécialisé, dès lors que l'accès aux structures de soin ne peut que rarement être effectif dans un délai rapide. À défaut de solution plus adaptée, ces foyers sont ainsi amenés à envisager le recrutement périodique et coûteux de professionnels spécialisés (infirmiers compétents en psychiatrie), pendant la période d'attente d'accueil en structure plus médicalisée.

Dans ce contexte, il est nécessaire de prendre la mesure de ces situations de troubles du comportement ainsi que de l'ampleur des besoins de prise en charge spécialisée dans le cadre de l'accueil d'urgence. Une telle recherche tendra à élaborer des réponses mieux ajustées autour de la réalité du nouveau besoin à satisfaire et impliquera notamment de :

- construire les bases d'un repérage de ces troubles, si possible en amont des situations de crise pour contribuer à une meilleure évaluation / orientation ;
- sensibiliser / former les professionnels socio-éducatifs à cette démarche, les soutenir davantage en lien avec des structures de soin, les impliquer dans l'étude pour dégager avec eux des recommandations ;
- définir des pratiques et filières de prise en charge devant permettre aux enfants présentant des troubles psychiques de trouver une solution plus rapide et mieux adaptée à l'évaluation de leur situation, que ce soit dans l'institution (par adaptation des moyens internes) ou dans les réseaux déjà existants (par élargissement du partenariat).

➤ ARTICLE 3 - OBJECTIFS DÉCISIONNELS

L'étude confiée au prestataire devra :

- évaluer la prévalence et le type de troubles psychiques présentés par les enfants de 3-6 ans accueillis en urgence ;
- faire participer les professionnels socio-éducatifs au repérage de ces troubles, et caractériser le soutien à leur apporter pour répondre à leurs attentes d'accompagnement et de formation, compte tenu de leurs pratiques actuelles.

Elle pourra, le cas échéant, l'amener à faire des observations sur une adaptation éventuelle des possibilités d'accueil d'urgence, voire de prise en charge spécialisée transitoire dans les foyers, ainsi que sur l'efficacité des partenariats avec les structures de soin (formation et soutien des professionnels) et sur l'opportunité de réactualiser le champ des responsabilités conventionnelles (suivi des enfants en interne et / ou en externe).

➤ ARTICLE 4 - MÉTHODE ET ATTENDUS

Le prestataire exécutera la prestation selon la méthodologie, le calendrier de travail, et la décomposition du coût global forfaitaire spécifiés dans l'offre, en fonction des phases techniques ci-dessous décrites.

1 - La prestation

La prestation consiste en une recherche-action devant réaliser une analyse à la fois quantitative et qualitative.

L'étude sera conduite sous forme d'entretiens menés sur la base d'un questionnaire d'évaluation des troubles psychiques qu'il appartiendra au prestataire de proposer (grille d'entretien ou questionnaire adapté et validé pour la classe d'âge choisie). Elle donnera lieu à un recueil de données et à une exploitation épidémiologique ainsi qu'à un rapport final et des recommandations.

2 - Le prestataire

Le prestataire devra encadrer la conduite de l'étude sur un double plan :

- clinique (compétence nécessaire en psychiatrie de l'enfant) ;
- épidémiologique.

(L'expérience préalable de travail qu'il pourrait avoir acquise en lien avec les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance constituerait un atout appréciable, notamment pour favoriser l'implication des professionnels socio-éducatifs).

Le prestataire prendra à sa charge la totalité des actions figurant dans la prestation décrite ci-dessus. Il constituera et supervisera l'équipe qui lui paraîtra nécessaire (notamment la collaboration d'un professionnel, formé en psychologie de l'enfant, pour mener les examens psychologiques et entretiens avec l'éducateur de l'enfant).

3 - Le Comité de pilotage

L'étude sera lancée et son avancement sera suivi, sur un rythme au moins semestriel, par un "Comité de Pilotage" réunissant autour du prestataire les représentants de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) concernés par cette étude, la Sous-Direction des Actions Familiales et Éducatives (SDAFE / DASES) [...] et le Service des Études, des Recherches et de la Documentation (SERD / DASES).

4 - Organisation technique de l'étude

■ Taille de la population :

La population ciblée est celle des 3-6 ans, accueillis en urgence dans des foyers départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance : Saint-Vincent de Paul (14^e) et Michelet (13^e).

■ Critères d'inclusion :

L'étude tendra à inclure un effectif de 100 enfants de cette classe d'âge accueillis en urgence.

Les parents seront prévenus et leur accord sollicité pour l'inclusion de leur enfant dans cette étude. (Le lien avec eux sera assuré par le Département, en collaboration avec le prestataire).

Devront être écartés du champ de l'étude les enfants ne restant que quelques jours, compte tenu du temps nécessaire (quelques semaines) à la fois pour avertir les parents et permettre une observation de l'enfant (durée limite à fixer en comité de pilotage).

■ Durée et déroulement de l'étude :

L'étude se déroulera en deux phases techniques sur une durée maximale de 15 mois selon les délais d'exécution proposés par le prestataire dans la limite des délais indiqués à l'article 4 du CCAP.

Dès son démarrage, le prestataire (psychiatre encadrant) prendra les dispositions utiles pour impliquer directement ou indirectement les directeurs des foyers concernés ainsi que les éducateurs accompagnant au quotidien ces enfants (présentation de l'étude ; soutien et formation des professionnels les plus impliqués, le cas échéant avec l'aide d'un partenaire identifié - psychologue ou psychiatre).

Il proposera un instrument d'évaluation adéquat (protocole d'enquête) qu'il soumettra à la validation (Comité de pilotage). Il aura préalablement sélectionné, adapté et testé cet outil pour la classe d'âge choisie, de sorte qu'il puisse servir de grille de repérage des troubles psychiques des enfants accueillis en urgence.

Afin que ce questionnaire puisse être mis en œuvre conformément à la réglementation (protection des données nominatives et médicales), et que le recueil de données puisse commencer dans le trimestre suivant la notification, il préparera préalablement le dossier de déclaration devant permettre au Département de Paris de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les entretiens avec l'éducateur de l'enfant seront menés, sur la base d'1 à 5 entretiens, par un professionnel formé en psychologie de l'enfant. La conduite de ces échanges s'effectue sous le contrôle scientifique du prestataire conduisant l'étude.

Les informations collectées feront l'objet d'une analyse de résultats et d'une exploitation épidémiologique dont les conclusions seront rendues dans un rapport final, assorties de recommandations argumentées.

En toute hypothèse, les enfants pour lesquels des troubles psychiques seraient mis en évidence dans le cadre de l'étude devront bénéficier d'une consultation spécialisée.

L'ensemble de l'étude devra être achevé dans les 18 mois suivant la notification (exploitation des données, rédaction des conclusions et recommandations, délais de réception compris). [Un avenant signé fin 2005 a prolongé cette durée de 6 mois]. Les données demeureront propriété du Département de Paris.

Le Département de Paris est le promoteur de l'étude au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance. La prestation demandée couvrira, autour de deux phases techniques, l'ensemble des prescriptions suivantes.

1^{ère} phase technique

- Recherche / exploitation des matériaux bibliographiques et documentaires :
- Cadrage méthodologique / supervision scientifique
- Présentation de l'étude et sensibilisation des professionnels (engagement d'un travail interactif)
- Participation au Comité de Pilotage
- Mise au point du protocole d'enquête et test du questionnaire
- Préparation du dossier CNIL

2^{ème} phase technique

- Information / formation des professionnels des centres d'accueil / analyse des pratiques
- Rencontre avec médecins et structures médicales (observation des pratiques, liens en réseaux, stratégies)
- Lettre aux parents
- Entretiens / recueil des informations individuelles
- Dépouillement / saisie
- Exploitation épidémiologique
- Rédaction d'un rapport (trentaine de pages, en 3 exemplaires) de conclusions et recommandations (+ synthèse des propositions d'amélioration relevant du Département de Paris).

Résumé de la recherche

Entre 3 et 6 ans, l'enfant en développement présente une période de vulnérabilité psychologique importante, tout en étant particulièrement mobilisable pour bénéficier d'une aide éducative et psychologique. La rapidité de l'évaluation des difficultés psychologiques de l'enfant par les acteurs de terrain conditionne la mise en place des actions de prévention, d'orientation et de soins indispensables pour éviter l'installation de troubles durables de la personnalité et du développement.

Avec la collaboration des professionnels prenant en charge au quotidien des enfants confiés en urgence à l'aide sociale à l'enfance, cette étude a cherché à évaluer et analyser la prévalence des troubles psychiques pouvant être observés chez ces enfants, avec plusieurs objectifs :

- Mieux connaître les difficultés psychologiques des enfants de 3 à 6 ans confiés en urgence ;
- Former et informer le personnel éducatif de première ligne dans une sensibilisation permettant un meilleur repérage de ces difficultés psychologiques ;
- Faire mieux connaître et développer des outils d'aide au recueil d'informations ;
- Développer la coopération avec les professionnels du soin psychologique.

Ces différents axes ont été abordés dans la recherche :

- d'une part à partir de deux questionnaires auxquels ont répondu les référents éducatifs de l'enfant, la « Liste des Comportements de l'Enfant » (LCE) et le « Questionnaire Guide d'Evaluation » (QGE) ;
- d'autre part dans un parcours accompagné des professionnels de première ligne par l'équipe de recherche, en amont, en aval et au moment du remplissage de ces questionnaires.

➤ RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les différentes variables socio-démographiques prises en compte dans l'étude soulignent le cumul des difficultés dans les familles des enfants ; difficultés socio-économiques, familles monoparentales, troubles psychiatriques des parents, statut d'étranger, habitat dans les quartiers défavorisés de Paris, etc.

Les suivis sociaux antérieurs au placement sont particulièrement importants, mais n'ont pu faire la preuve de leur efficacité, et les liens avec les structures médico-sociales d'aide à la parentalité et de soins psychiatriques semblent insuffisants.

Les enfants dont les familles sont d'origine étrangère sont sur-représentés, soulignant la vulnérabilité psycho-sociale des familles migrantes mais aussi certains « malentendus culturels » qui nécessiteraient un recours plus important aux consultations transculturelles et ethno-psychiatriques.

Le score de perturbation psychologique (LCE) dans la population d'enfants étudiés est important et largement supérieur à la moyenne de la norme des enfants du même âge. Un

nombre élevé d'enfants (40 %) sont en difficulté psychologique et une minorité importante de ces enfants (29 %) ont des difficultés et une souffrance psychologiques aiguës, qui relèveraient d'un recours aux soins, en interne et en externe auprès des structures de type CMP ou CMPP. Les domaines où les enfants obtiennent les scores de perturbation les plus importants se révèlent par des comportements d'agressivité, associée à une demande affective intense, d'anxiété/dépression, de retrait et à des problèmes d'attention.

Le Questionnaire Guide d'Evaluation (QGE) met en relief la fréquence des troubles de type psycho-traumatique, souvent sous-estimés. Plus des deux tiers des enfants ont été victimes ou témoins d'un événement potentiellement traumatogène et pour ces derniers le score de perturbation psychologique pour ce domaine est élevé.

La recherche-action a ainsi mis en relief, d'une part, les difficultés psychologiques d'un grand nombre d'enfants et les potentialités des professionnels de première ligne pour participer à ces repérages, avec le développement d'outils adaptés et une meilleure formation/sensibilisation à ces enjeux. Par contre les structures de soins en externe sont trop peu partie prenante, eu égard aux difficultés des enfants et de leur famille. Les diverses contraintes institutionnelles des structures d'accueil pourraient être l'objet d'une réflexion partagée dans l'intérêt de la santé mentale des enfants accueillis en urgence, et aboutir au développement d'un partenariat plus important.

► RECOMMANDATIONS

Soutenir les professionnels : développer des formations complémentaires en psychologie de l'enfant, inclure dans la formation permanente les questions relatives à l'attachement, à la parentalité, aux psychopathologies du groupe familial et aux spécificités culturelles des familles migrantes, favoriser la possibilité de supervision pour les professionnels assurant l'accueil d'enfants confiés en urgence, eu égard à la spécificité de ce type d'accueil.

Porter une attention plus systématique au repérage des difficultés psychologiques des enfants accueillis en urgence, en intégrant la dimension des troubles psycho-traumatiques, harmoniser les fonctions et le type d'intervention des psychologues présents dans les structures d'accueil d'urgence, envisager au sein des structures d'accueil d'urgence la collaboration d'un pédopsychiatre ou d'un psychiatre, au moins à temps partiel, eu égard aux difficultés des enfants et des équipes, et au travail possible avec les parents.

La dimension transculturelle, très présente chez les familles migrantes, devrait faire l'objet d'une attention particulière dans les structures d'accueil d'urgence, le nombre d'enfants issus de ces familles y étant important. Le recours aux consultations transculturelles devrait être renforcé dans les situations familiales difficiles où les malentendus culturels sont prédominants.

Intégrer davantage la dimension psychologique au contenu des mesures de prévention et de protection, en termes d'objectifs comme en terme de moyens d'y répondre, et développer le partenariat avec les réseaux de pédopsychiatrie.

Introduction de la recherche

Le placement d'un enfant souligne souvent les difficultés ou l'échec de l'aide à la parentalité¹, comme celui de la prévention. Dans un nombre assez réduit de situations, la séparation d'avec un milieu familial dangereux et toxique s'avère indispensable tout en étant problématique². Dans les années 1970-80 un certain nombre de travaux ont souligné la prédictibilité des carences et défaillances de la fonction parentale (Léon Kreisler, 1981) et des répercussions sur le développement psychologique du jeune enfant. Des expériences novatrices ont été mises en œuvre notamment à Paris. Le Professeur Michel Soulé (1977) avait, dès cette époque, mis en relief des coopérations médico-psycho-sociales pertinentes et efficaces à travers l'expérience du « Secteur Unifié de l'Enfance » du 14^e arrondissement de Paris. Pendant la durée de cette expérimentation les placements³ d'enfants avaient largement diminué, sans doute en lien avec le développement important des structures de soins infanto-juvéniles, et des différentes formes de soutien précoce aux troubles et difficultés de la parentalité.

Plus récemment une étude du CERMES⁴ mettait en relief les effets bénéfiques d'un soutien massif à la parentalité défaillante, ce qui implique une intervention très précoce (de préférence prénatale), durable et pluridisciplinaire, selon des modalités souples, permettant une amélioration des compétences parentales. Les chercheurs soulignaient également le manque de travaux de recherche en France dans ces domaines et le manque d'outils d'évaluation et l'intérêt des collaborations acteurs de terrains/chercheurs.

► CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Les lois de décentralisation ont confié aux départements les missions de protection de l'enfance, missions qu'ils partagent avec le ministère de la Justice, et par délégation avec des structures associatives. La multiplicité des acteurs et des intervenants a souvent rendu difficiles l'évaluation, la concertation et la prise de décision.

L'accueil d'urgence, et le statut de l'enfant séparé de sa famille et pris en charge dans les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance, sont régis par un certain nombre de textes réglementaires issus de la législation concernant la protection de l'enfance. Cette protection est étroitement associée à la prévention. Le placement de l'enfant en urgence est, dans la majorité des situations, consécutif à un échec ou aux difficultés de la prévention et de l'aide à la parentalité.

1 - La complexité de l'aide à la parentalité a été bien développée d'un point de vue sociologique par David Pioli dans « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle » in *Société et Jeunesse en difficulté* (n°1) 2005.

2 - À ce sujet on pourra consulter le travail de recherche de Francis Mouhot (2003).

3 - Le débat sur les questions de placements d'enfants a été évoqué à l'occasion d'un colloque, voir *Lien Social*, n°669, juin 2003. On pourra utilement se reporter à l'article de Michel Soulé et Jeannine Noël (1971) dont les travaux restent d'une grande actualité.

4 - Dossier « les Journées de l'INPES 2005 ; partage d'expériences. Soutien à la parentalité : une évaluation commune chercheurs/praticiens » in *La Santé de l'homme*, n°378, juillet/août 2005.

Jusqu'à ces dernières années, la protection de l'enfant s'articulait principalement autour du travail en milieu ouvert (AEMO/AED) ou/et la prise en charge physique en famille d'accueil ou en établissement. Des modalités alternatives d'intervention se sont mises en place, mais restent encore souvent marginales.

De nombreux travaux, rapports, enquêtes, propositions législatives et associatives mettent en question les modalités de cette protection de l'enfant en danger ou en risque dans ces différents aspects :

- Les modalités de signalement ;
- L'articulation entre les différents acteurs et institutions de la protection de l'enfant dans les doubles aspects administratif et judiciaire ;
- L'innovation tant dans l'aide à la parentalité que dans le développement de possibilités d'accueil diversifiées et beaucoup plus souples.

Cependant, malgré des tentatives anciennes dans ce domaine⁵, trop peu de travaux ont pris en compte, à ce jour, la santé psychologique des enfants placés et en particulier des jeunes enfants. Les différents travaux et les réflexions se sont souvent davantage intéressés aux alternatives aux placements. Cette réflexion en amont est consécutive aux différents rapports qui ont pu souligner que si le placement à l'Aide Sociale à l'Enfance se révèle quelquefois indispensable, il peut aussi être un facteur de risque pour la santé psychologique de l'enfant⁶, déjà en situation de risque ou de danger dans sa famille. Ces constats soulignent la nécessité d'une prévention précoce qui reste difficile à organiser et à exercer.

En 2004, plus de 268 000 enfants et adolescents ont été pris en charge au titre de la protection de l'enfance, dont plus de la moitié en placement hors du domicile familial (en particulier en famille d'accueil ou en établissement collectif). Ainsi le recours au placement de l'enfant reste fréquent, malgré les différents rapports, études et expérimentations successifs⁷ qui remettent quelquefois en cause ses modalités.

Plusieurs évolutions importantes jalonnent ces dernières décennies, dont on peut citer quelques repères :

- Le développement de l'assistance éducative ;
- La réforme de l'autorité parentale et du droit des familles, l'accent mis sur la place des parents en tant qu'interlocuteurs et usagers ;
- La convention internationale des droits de l'enfant ;
- La création de l'institution du Défenseur des Enfants⁸ ;
- La création de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED)⁹ ;
- La professionnalisation accrue des différents professionnels qui concourent aux missions de l'ASE.

Cependant ces développements ne répondent encore qu'insuffisamment aux préoccupations quotidiennes des professionnels des structures d'accueil d'urgence, confrontés aux malaises et aux difficultés psychologiques perçus empiriquement chez les enfants.

Par ailleurs, la récente expertise collective de l'INSERM (2005) sur les troubles des conduites de l'enfant a généré un débat passionné autour de la mesure de la personnalité et de la place

5 - Notamment la consultation médico-psychologique du Dr Michel Soulé à L'Hospice dépositaire de Denfert-Rochereau à Paris à partir de 1953.

6 - À ce sujet on pourra consulter le travail de recherche de Michel Giraud (2005).

7 - Le rapport Dupont-Fauville de 1972 mettant l'accent sur la prévention et l'action sociale globale déconcentrée, qui a donné lieu à plusieurs expériences pilotes dont celle du « Service Unifié de l'Enfance » dans le 14^e arrondissement. Le Rapport Bianco-Lamy de 1980.

8 - C'est une autorité de l'Etat, indépendante, créée par la loi du 6 mars 2000 pour les moins de 18 ans. Cette autorité présente un rapport annuel. Elle a pour mission de régler des cas individuels, d'identifier des dysfonctionnements collectifs, de proposer des réformes, de former et informer.

9 - L'Observatoire national de l'enfance en danger a été créé par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. Il conduit et favorise des études et des recommandations pour les différents acteurs de la protection de l'enfance. Son premier rapport annuel a été publié en septembre 2005.

du sujet, mais également sur les risques d'instrumentalisation de telles études sur le plan politique, en particulier dans le projet de loi sur la prévention de la délinquance, qui, loin de viser à renforcer les moyens nécessaires au travail de prévention, a bien davantage un point de vue répressif (Golse, 2006).

L'équipe de recherche et le conseil scientifique, composés de psychiatres, psychologues, et psychothérapeutes de formation psychanalytique, a tenté d'éviter ces écueils sans pour autant réfuter, *a priori*, les différents outils qui nous semblent pouvoir être utilisés dans le cadre de cette recherche.

► ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES

Les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance du département de Paris ont reçu, en 2004, 5 279¹⁰ enfants et adolescents. Près de 10 % ont été accueillis en urgence dans les structures parisiennes assurant ce type d'accueil¹¹. Les jeunes enfants de 3 à 6 ans représentent environ 20 % des enfants accueillis en urgence.

Une étude du CAREPS¹² (juillet 2003) soulignait la forte proportion des troubles du comportement pour les enfants de 5-6 ans. On peut inférer à partir de cette étude que les jeunes enfants accueillis en urgence présentent des difficultés psychologiques qui peuvent, à ce jour, être insuffisamment prises en compte pour différentes raisons :

- Il n'y a pas eu, à notre connaissance, d'étude spécifique à ce sujet.
- Les outils sont souvent insuffisants pour systématiser les perceptions empiriques des professionnels de première ligne et leur permettre d'orienter rapidement, en interne et en externe, les enfants en difficulté vers les professionnels spécialisés et les services de soins.
- Les professionnels de première ligne manquent de formation et d'information sur le repérage possible de ces difficultés, et la durée souvent très courte des séjours des enfants en structure d'accueil d'urgence rend ce repérage difficile sans outils spécifiques.

Ainsi confrontés à un nombre non négligeable de placements en urgence d'enfants à l'Aide Sociale à l'Enfance du Département de Paris, la sous-direction des actions familiales et éducatives (SDAFE), en collaboration avec le Service des Études, des Recherches et de la Documentation (SERD) a souhaité développer une recherche-action avec plusieurs objectifs :

- Mieux cerner les difficultés psychologiques des enfants accueillis et notamment des jeunes enfants de 3 à 6 ans inclus, qui représentent une population importante dont il peut être difficile d'évaluer les difficultés et la souffrance psychique.
- Former et informer le personnel éducatif de première ligne dans une sensibilisation permettant un meilleur repérage des difficultés psychologiques.
- Faire mieux connaître et développer des outils d'aide au recueil d'informations.
- Développer la coopération avec les professionnels du soin psychologique.

10 - Rapport d'activité 2004 de l'Aide Sociale à Paris, Département de Paris, DASES, SDAFE.

11 - Ce sont au total 877 enfants et adolescents accueillis en urgence pour l'année 2003-2004.

12 - Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Rapport n°395 B, Juillet 2003.

Objectifs de la recherche

Cette recherche-action renvoie à plusieurs axes de travail :

- sensibiliser, informer et fédérer les professionnels de première ligne autour de la recherche et de ses implications pratiques dans le repérage et l'orientation des enfants en difficulté psychologique ;
- tester et valider des outils indicatifs d'évaluation qui soient simples, accessibles et utilisables pour systématiser le recueil des informations empiriques et contribuer à une plus juste appréciation de la situation de l'enfant. Cet aspect est déjà abordé dans les réunions de synthèse pluridisciplinaire¹³ concernant les enfants accueillis dans les établissements ;
- mieux cerner les caractéristiques sociologiques des familles des enfants accueillis ainsi que les différentes propositions d'aide éducatives ou médico-psychologiques qui avaient pu être envisagées et exercées antérieurement ;
- évaluer la prévalence des troubles psychologiques observés chez les 3-6 ans accueillis en urgence et les besoins correspondants de prise en charge spécialisée.

Ces différents axes ont été abordés dans la recherche :

- d'une part à partir de deux questionnaires d'hétéro-évaluation, la LCE et le QGE, auxquels ont répondu les référents éducatifs de l'enfant ;
- d'autre part dans un parcours accompagné des professionnels de première ligne par l'équipe de recherche, en amont, en aval et au moment du remplissage de ces questionnaires.

Ce protocole fait une très large place à la sensibilisation et à la formation des professionnels de première ligne et donne à la recherche-action une perspective plus qualitative que quantitative pour remplir ses différents objectifs.

► SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS ET FACILITER UN PREMIER REPÉRAGE DES TROUBLES PSYCHIQUES DES ENFANTS DE 3-6 ANS QU'ILS ACCUEILLEN

Cette recherche a nécessité un partenariat important avec les professionnels de première ligne, permettant également une meilleure évaluation de leurs besoins en termes de formation, soutien et supervision, eu égard à l'importance des difficultés psychologiques des enfants accueillis.

Le plus souvent ces professionnels perçoivent bien le malaise global de l'enfant, principalement à partir de son comportement dans une situation de séparation quelquefois brutale du milieu familial. Cependant le recueil de cette information est rarement systématisé en vue d'aboutir rapidement à une prise de décision et à la mobilisation des professionnels spécialisés en interne et en externe.

13 - Le rapport d'activité 2004 de l'Aide Sociale à l'Enfance à Paris ne mentionne pas le nombre et les temps d'activité des psychologues et pédopsychiatres à l'ASE. Les psychologues semblent présents dans de nombreux établissements, par contre les psychiatres ou pédopsychiatres sont absents ou bien présents sur des temps très limités.

La recherche-action a visé à améliorer l'évaluation des difficultés psychiques des enfants par les professionnels de première ligne, souvent les seuls au contact de l'enfant, avec l'aide d'outils d'évaluation simples et adaptés, et à faciliter si nécessaire la mise en œuvre d'une prise en charge spécifique en interne et en externe.

➤ ÉVALUER LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIQVES DES ENFANTS DE 3-6 ANS CONFIÉS EN URGENGE

La recherche-action présentée ici avait également pour objectif une évaluation de la prévalence des difficultés psychologiques d'une population d'enfants de 3-6 ans inclus accueillis dans une structure d'accueil d'urgence, à une ou plusieurs reprises.

Entre 3 et 6 ans, l'enfant en développement présente une période de vulnérabilité psychologique importante qui va souvent conditionner la qualité de sa structuration affective, relationnelle et cognitive. Les événements et les conditions de vie de l'enfant dans sa famille ont déjà mis à mal cette structuration, qui va aussi se trouver bouleversée par la situation de séparation (Pérouse de Montclos, 2006) d'avec la famille et l'environnement habituel. Le jeune enfant peut être particulièrement mobilisable pour bénéficier d'une aide éducative et psychologique. La rapidité de l'évaluation des difficultés psychologiques de l'enfant par les acteurs de terrain conditionne la mise en place des actions de prévention, d'orientation et de soins indispensables pour éviter l'installation de troubles durables de la personnalité et du développement.

La prévalence des troubles psychiques des enfants accueillis dans les structures d'accueil d'urgence de la Ville de Paris n'a pas été étudiée jusqu'ici de manière systématisée. Nous faisons l'hypothèse qu'elle peut être sous-évaluée et que les personnels de première ligne manquent d'outils simples qui permettraient un repérage précoce, facteur d'une prise en charge spécialisée, rapide et adaptée.

➤ ÉVALUER LES BESOINS DE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE ET LES MOYENS D'Y RÉPONDRE

Cette recherche vise également à évaluer les besoins de prise en charge psychologique dans le cadre de l'accueil d'urgence, accueil dont la durée est rarement prévisible, et à faciliter le développement des partenariats pour adapter les réponses adéquates aux difficultés des enfants, en interne comme en externe avec les structures de soins.

Méthodologie de la recherche

► LES STRUCTURES PARTENAIRES DE LA RECHERCHE-ACTION

Trois structures départementales ont été partie prenante de cette recherche : le Centre d'Accueil d'Urgence Saint-Vincent de Paul, le foyer Michelet et le service d'accueil familial parisien. Deux autres foyers auraient pu être concernés (foyer de l'enfance Mélingue et foyer de l'enfance de Forges-les-Bains), mais le nombre d'enfants de 3-6 ans accueillis en urgence dans ces établissements s'est révélé nul pendant la période considérée.

1 - Le Centre d'Accueil d'Urgence Saint-Vincent de Paul

L'ASE de Paris dispose de 17 établissements d'accueil dont un établissement d'accueil d'urgence, le Centre d'Accueil d'Urgence de Saint-Vincent de Paul, mais il existe aussi des places d'accueil en urgence dans d'autres structures. Ce centre peut accueillir jusqu'à 75 enfants de 0 à 18 ans. En 2004, Saint-Vincent de Paul a accueilli 344 enfants et en 2005, 461 enfants dont 116 admissions d'enfants de 3 à 6 ans.

L'étude concernant le premier échantillon de 20 enfants s'est principalement déroulée auprès des équipes éducatives des 3 à 6 ans du CAU de Saint-Vincent de Paul.

Le groupe des 3 à 6 ans dispose de 16 lits. L'organisation des liens de l'enfant avec ses parents se réalise suivant différentes modalités, selon la situation de l'enfant et l'avis du juge des enfants :

- visites médiatisées ;
- visites libres ;
- sorties chez les parents dans la journée ;
- sortie avec hébergement dans la famille.

L'équipe éducative auprès des 3 à 6 ans est composée d'une responsable, d'une puéricultrice, de 8 éducateurs de jeunes enfants, d'une éducatrice adjointe et de 8 auxiliaires. Cette équipe travaille en collaboration avec le médecin vacataire affecté à l'établissement.

L'ensemble de l'établissement bénéficie de l'équivalent de 3 psychologues-cliniciens à temps plein. Il n'y a pas de temps de psychiatre ou de pédopsychiatre.

2 - Le Foyer Michelet

Le foyer Michelet est l'un des établissements départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance à Paris. Il regroupe un foyer de l'enfance, une pouponnière et un centre maternel. Outre le directeur, l'équipe du foyer de l'enfance est composée de 10 travailleurs sociaux à plein temps, de l'équivalent d'un mi-temps de psychologue et d'un médecin généraliste 8 h par semaine.

Le foyer de l'enfance de Michelet peut recevoir 15 enfants. L'équipe éducative travaille en réseau avec le Centre Médico-Psychologique de l'intersecteur 6 et le service de guidance infantile du même intersecteur. Jusqu'ici, le centre Alfred Binet qui dessert le secteur n'acceptait de prendre en charge les enfants accueillis qu'avec la garantie d'un placement de longue durée (rarement prévisible).

3 - Le service d'accueil familial de Paris

Le service d'accueil familial de Paris (ouvert en 2003) est le seul service de placement familial départemental, relevant de l'ASE de Paris, qui dispose d'un réseau de familles d'accueil dans Paris intra-muros. Ce service peut organiser quelques accueils familiaux en urgence si nécessaire.

Le placement familial reçoit 80 enfants dans 55 familles. Outre l'équipe de direction et les travailleurs sociaux, le service dispose d'une psychologue-clinicienne à temps plein, mais pas de temps de psychiatre ou de pédopsychiatre.

► LES PARENTS

Ils ont été informés du projet de recherche envisagé et leur accord explicite pour inclusion de leur enfant dans l'étude leur a été demandé (cf Annexes). Les modalités et les objectifs de l'étude leur ont été présentés oralement et par écrit. Le cas échéant, ils ont été informés de leur droit de demander à tout moment que leur enfant ne soit plus inclus dans l'étude. Leur droit d'accès aux données recueillies concernant leur enfant leur a été assuré auprès du médecin-conseil de la SDAFE, en référence à l'accord donné par la CNIL pour cette recherche-action.

► LA DÉMARCHÉ

La recherche-action est plus qualitative que quantitative, même si la prévalence des troubles observés a fait également l'objet d'une évaluation. La démarche a été affinée et discutée par le comité de pilotage qui s'est réuni régulièrement. Elle a porté sur un groupe d'une cinquantaine d'enfants de 3 à 6 ans révolus, accueillis dans un centre d'accueil d'urgence, un foyer d'accueil et un service de placement familial, et pour lesquels les autorisations parentales avaient été recueillies.

L'échantillon n'a pas été constitué par tirage au sort, mais par inclusion systématique des enfants accueillis, au fur et à mesure de leur arrivée et de l'accord de leurs parents pour inclure leur enfant dans l'étude.

Les questionnaires utilisés ont été complétés, après un séjour minimum de deux semaines, par les deux référents socio-éducatifs de l'enfant, ou par la famille d'accueil pour les enfants se trouvant en placement familial.

Les données recueillies ont ensuite été anonymisées pour l'exploitation statistique.

Remarque

Contrairement à ce qui avait été envisagé initialement, il n'a pas été possible d'avoir un échantillon de 80 à 100 enfants. Il est apparu nettement que le nombre des enfants de 3-6 ans accueillis en urgence pendant cette période a été largement inférieur aux prévisions évaluées à partir du rapport d'activité 2003. Par ailleurs, pour un nombre réduit d'enfants, il a également été difficile d'obtenir en temps et en heure les autorisations parentales indispensables à leur inclusion dans l'étude.

En 2005, le centre d'accueil d'urgence Saint-Vincent de Paul a accueilli en urgence 91 enfants de trois à 6 ans révolus, dont 47 sont restés au moins 15 jours, durée nécessaire pour pou-

voir inclure un enfant dans la recherche-action. Pour ce centre d'accueil d'urgence, 43 enfants ont pu être inclus. Les 9 autres enfants inclus dans la recherche étaient accueillis par le foyer de l'enfance (7) ou en famille d'accueil (2).

En conséquence, le comité de pilotage a validé le nombre final d'enfants retenus (52), qui reste malgré tout très significatif par rapport au nombre d'enfants de 3-6 ans admis en urgence pendant cette période, avec pour chaque enfant la participation de ses deux éducateurs référents et un recueil d'information basé sur quatre questionnaires.

➤ LES OUTILS D'ÉVALUATION

L'évaluation psychologique¹⁴ du jeune enfant est une tâche difficile et complexe. Elle est le plus souvent structurée autour de l'entretien clinique familial, de l'entretien en relation duelle avec l'enfant quand cela est possible, et de l'utilisation d'un certain nombre d'outils et de procédures, standardisés ou non : l'entretien verbal, le support du jeu ou du dessin, les tests dont les méthodes projectives, et les échelles d'hétéro-évaluation pour les jeunes enfants.

Les échelles d'évaluation sont nombreuses, le plus souvent d'origine anglo-saxonne et surtout utilisées en France pour la recherche. Elles se sont plus particulièrement développées depuis les années 1950, mais très peu d'outils ont été validés en langue française.

Il ne faut cependant pas attendre d'un questionnaire d'évaluation psychologique un diagnostic qui viendrait faire l'économie d'une véritable évaluation clinique (Myers, Winters, 2002).

On parle d'échelle d'hétéro-évaluation quand c'est un tiers qui connaît bien l'enfant (parent, substitut parental, éducateur) qui répond aux questions, ce qui est principalement le cas quand les enfants sont trop jeunes pour répondre de façon autonome et fiable.

Ont été utilisés ici le Questionnaire Guide d'Évaluation (Mouchenik, 2001, 2003) et la Liste des Comportements de l'Enfant (Achenbach, 1978, 1991, 2003, Fombonne, 1988, 1997). Ces deux questionnaires d'hétéro-évaluation ont été soumis aux professionnels de première ligne (en général les deux référents éducatifs de l'enfant) ou à la famille d'accueil pour les enfants en placement familial.

1 - Le Questionnaire Guide d'Évaluation (QGE)

Présentation du QGE

Dans le cadre de cette recherche, la pertinence du QGE, outil indicatif des difficultés psychologiques des jeunes enfants, a fait parallèlement l'objet d'une évaluation : cet outil a en effet l'avantage de prendre en compte les troubles psycho-traumatiques dans les situations où un événement traumatogène est repérable dans le vécu antérieur de l'enfant, ce que peu d'échelles existantes prennent en compte.

Les propriétés qui ont été étudiées à cet effet sont la fiabilité de l'instrument, ce qui inclut la cohérence interne, la reproductibilité, et la validité sur critère, tous éléments définis ci-après.

14 - On peut se référer au remarquable ouvrage de D. Petot, 2003.

La cohérence interne reflète l'homogénéité des items qui constituent chaque dimension de l'instrument. Elle est déterminée, pour chaque dimension qui contient plusieurs items, par le coefficient alpha de Cronbach. Celui-ci est d'autant plus grand que les items sont corrélés entre eux et il varie de 0 à 1. Un coefficient alpha de Cronbach de 1 correspondrait à une redondance des items. La cohérence interne d'une dimension est considérée comme bonne quand le coefficient est supérieur à 0,6.

La reproductibilité test-retest a été estimée par deux administrations successives chez des patients en état stable. Le questionnaire est considéré comme reproductible si ces deux mesures fournissent des résultats proches, ce qui s'apprécie par le calcul du coefficient de corrélation intraclasse (CCI). Ce coefficient mesure pour chaque sujet la corrélation entre ses deux réponses. Ici encore, la reproductibilité est considérée comme bonne lorsque le CCI est supérieur à 0,6.

La validité sur critère d'un questionnaire est la conformité de son résultat avec ceux de mesures plus traditionnelles ou ceux d'autres instruments validés dans le même domaine. Ceci est étudié par la mesure des corrélations entre les scores observés à partir des deux instruments par le calcul du coefficient de corrélation des rangs de Spearman.

Le QGE est un outil de recension systématisée des informations empiriquement observables par les professionnels de première ligne. C'est un outil indicatif, au service des équipes pluridisciplinaires, et non pas diagnostique. Cet outil en voie de validation a été construit et amélioré depuis 1999, une première passation avait concerné 300 enfants de 3 à 6 ans.

Les données recueillies à partir du QGE permettent d'inférer la prévalence de difficultés psychologiques et les registres principaux de leur expression : dépression, phobie, anxiété, angoisse, régression, troubles psychosomatiques, troubles fonctionnels, troubles post-traumatiques, etc.

Le QGE comporte trois parties principales :

- La première inclut des renseignements sur l'état civil de l'enfant, le lieu de l'habitat, ses antécédents sociaux, sa fratrie, sa scolarité, la situation familiale, les contacts avec la famille durant le placement, la situation particulière des parents avec les paramètres médico-sociaux et socioculturels.
- La deuxième partie est le questionnaire des comportements observables autour de 42 questions dont l'intensité peut être cotée de 0 à 2.
- La troisième partie complète le questionnaire avec des informations :
 - d'une part sur les aspects de troubles psychologiques post-traumatiques éventuels ;
 - d'autre part sur le suivi social et psychologique antérieur et actuel de l'enfant.

L'ensemble du QGE doit permettre de mettre en relief les difficultés psychologiques dominantes de l'enfant quand elles existent, mais aussi d'établir des corrélations qui peuvent être une bonne source d'information et d'ouvrir sur d'autres pistes de recherches et de réflexions.

L'intérêt du QGE réside dans sa facilité d'emploi et l'utilisation des observations empiriques des professionnels de première ligne, qui couvrent les champs des comportements observables dans les grandes catégories de la vie quotidienne de l'enfant autour du sommeil, de l'alimentation, de la qualité des relations, de la vie sociale et du comportement, de la sphère psycho-corporelle, de la cognition, et des questions relatives aux troubles psychologiques post-traumatiques souvent peu investigués.

QGE et troubles psycho-traumatiques

Les troubles psycho-traumatiques ont été décrits dès le XIX^e siècle (Barrois, 1988). Cependant, hormis de rares auteurs, ces troubles n'ont été reconnus chez l'enfant, et en particulier chez le jeune enfant, que depuis moins d'une vingtaine d'années.

Les troubles psycho-traumatiques sont déclenchés par un ou des événements particulièrement inattendus et effrayants et particulièrement désorganisateur sur le plan psychique. L'événement traumatique peut être unique ou répété (trauma cumulatif, trauma séquentiel, etc.).

Chez l'enfant, juste après l'événement traumatique ou de façon différée, on peut observer soit une absence de réactivité, soit des réminiscences/reviviscences incontrôlables de l'événement, un état d'hypervigilance anxieuse, des troubles du sommeil, des cauchemars à répétition, une irritabilité, des difficultés de concentration, de l'agitation motrice, des jeux post-traumatiques répétitifs qui ne calment pas l'anxiété (Baillly, 1996).

Ces troubles sont souvent sous-évalués alors que les enfants accueillis par l'ASE, au moins pour certains d'entre eux, ont été victimes ou témoins de graves violences familiales ou conjugales, de toutes formes de maltraitance, d'abus sexuel, etc.

2 - La Liste des Comportements de l'Enfant (LCE)

Le QGE est couplé avec la LCE pour une meilleure fiabilité et comme outil comparatif.

La LCE (adaptation française d'Eric Fombonne) est dérivée de la Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach (1991, 2003) qui est l'échelle générale d'hétéro-évaluation la plus utilisée et validée par le plus grand nombre de pays avec leurs différences linguistiques et culturelles¹⁵.

Elle porte sur 118 items, destinés à recueillir, selon un format standardisé, l'appréciation des parents sur le comportement de leurs enfants et adolescents (de 4 à 18 ans) ou celle des personnes qui en ont la charge au quotidien (Doyle S, McCarty C, 2002). Le questionnaire peut être facilement rempli par les personnes connaissant bien l'enfant.

La LCE présente une grande fiabilité, attestée par de nombreux travaux de recherche pour discriminer, suivant leur situation psychologique, les enfants relevant d'une aide psychologique et ceux qui n'ont pas de difficultés particulières. Nous avons utilisé seulement la seconde partie de cet instrument.

La LCE regroupe les questions posées et leurs réponses sur 8 échelles syndromiques, portant sur divers champs, les notes obtenues permettant de calculer un score pour chaque échelle :

- Echelle « Retrait » : vie relationnelle
- Echelle « Plaintes somatiques » : santé physique
- Echelle « Anxiété-Dépression » : anxiété, dépressivité
- Echelle « Problèmes sociaux » : sociabilité
- Echelle « Problèmes de pensée » : santé mentale, vie psychique
- Echelle « Problèmes d'attention » : attention, vigilance
- Echelle « Comportement agressif » : agressivité
- Echelle « Comportement déviant » : conduites à risque

La LCE propose également deux catégories :

- une catégorie d'internalisation, utilisant les scores des échelles « Retrait », « Anxiété-dépression » et « Plaintes somatiques », qui correspondent aux signes de malaise psychologique intériorisé ;
- une catégorie d'externalisation, utilisant les scores des échelles « Comportement déviant » et « comportement agressif », qui correspondent aux troubles extériorisés et observables.

L'ensemble des notes obtenues donnent un score global de perturbation qui peut être comparé aux résultats statistiques des enfants du même groupe d'âge, avec la discrimination d'en-

15 - La CBCL dont la LCE est la traduction a été validée pour des cultures différentes, Alfons et coll. (1999).

fants dans la norme, d'enfants à la limite, et d'enfants rentrant dans la catégorie des difficultés psychologiques.

La LCE présente l'avantage de permettre de recueillir un grand nombre d'informations sur les éventuels troubles psychologiques. Cependant, si le nombre de questions est élevé, la symptomatologie liée aux traumatismes psychiques¹⁶ n'est pas prise en compte : en effet la LCE n'a pas d'item spécifique correspondant, mais on remarque cependant, dans les cas de psycho-traumatisme, une augmentation des troubles d'internalisation et des troubles du comportement (Petot, 2003).

Les notes totales au QGE et à la LCE donnent un indice global de perturbation qui peut être corrélé avec une ou plusieurs sous-échelles.

➤ PROCÉDURE

1 - Phase préparatoire

Dans ce premier temps, les directions et les cadres des trois structures concernées ont été rencontrés par l'équipe de recherche, pour leur présenter le projet de recherche-action et ses implications concrètes dans sa réalisation. Des contacts plus informels et de très bonne qualité se sont poursuivis, tout au long de la recherche, avec les directions et les cadres socio-éducatifs, pour gérer au fur et à mesure les difficultés rencontrées et mettre en œuvre les ajustements indispensables.

Ces premiers contacts étaient également destinés à la préparation et à la mise en place des rencontres de l'équipe de recherche avec les équipes éducatives et les personnes référentes des enfants au quotidien, qui ont été nos interlocuteurs réguliers tout au long de l'étude. Ces différentes rencontres et présentations de la recherche-action dans les trois structures d'accueil ont permis de présenter l'ensemble de la démarche, son déroulement, sa portée et ses limites, et de mettre en place les modalités pratiques de réalisation de l'enquête avec les équipes éducatives (liste des référents, enfants concernés par l'étude, prise de rendez-vous dans les structures d'accueil avec les éducateurs et éducatrices ou les familles d'accueil pour le placement familial, etc.).

Dans un même temps, les modalités de faisabilité de l'étude ont été approfondies par des rencontres avec le centre d'épidémiologie Epicentre. La construction de la recherche et son déroulement logique ont été ré-interrogés. Les questions annexes et les réponses sur les comportements observables dans les deux questionnaires ont été organisées au sein d'un masque de saisie permettant leur analyse quantitative et statistique et ont été d'autre part le support d'une analyse qualitative par l'équipe de recherche.

2 - Déroulement

Contrairement à d'autres études, il ne s'agissait pas ici d'un recueil d'informations dont les supports sont envoyés aux établissements afin qu'ils soient distribués, remplis et renvoyés aux équipes de recherche avec un taux de non-réponse souvent important.

Dans la phase d'enquête et d'investigation, pour chaque enfant inclus dans l'enquête, les deux questionnaires d'hétéro-évaluation (QGE et LCE) ont été soumis aux professionnels de l'établissement en contact régulier avec l'enfant (professionnels de première ligne), par l'investigateur désigné par l'équipe de recherche (psychologue clinicien). Le QGE a été à nouveau

16 - La CBCL-PTSD de Wolfe et al (1989) destinée à investiguer les traumatismes psychologiques avec un outil dérivé de la CBCL (dont la LCE est la version française) ne s'est pas révélée valide (Kenneth et al, 2000).

soumis deux à quatre semaines plus tard à un des référents de l'enfant pour évaluer la stabilité de l'outil, mais aussi les modifications des réponses dans le comportement observable de l'enfant.

Cette phase de la recherche-action a été la plus longue, mais aussi la plus riche. Car tout le travail de réponse aux questionnaires a été accompagné par la psychologue chargée de recherche. Elle a répondu ainsi aux nombreuses questions des personnels éducatifs sur les items des questionnaires et autres interrogations. Ce temps d'information et de formation, informel, a été particulièrement investi par les personnels éducatifs. Cette phase de la recherche a demandé un temps considérable car le remplissage du questionnaire et l'interactivité avec un référent peut prendre de 45 minutes à deux heures pour une phase d'investigation avec un référent concernant un enfant.

3 - Saisie

Les données recueillies à partir des questionnaires ont été anonymisées et saisies au fur et à mesure, dès réception du consentement écrit des parents, pour donner lieu à une exploitation épidémiologique et à une analyse quantitative et qualitative.

4 - Exploitation des données

L'évaluation psychologique chez le jeune enfant n'a pas l'impact de la définition des troubles psychiatriques de l'adulte, qui ont souvent valeur de diagnostic fixé. Chez l'enfant les catégories ne sont pas les mêmes. Ce sont souvent des signes discrets, dont la superposition et l'accumulation soulignent la gravité.

Dans un premier temps la saisie des données a permis de mesurer les troubles dans les différents registres de la vie quotidienne. Dans un second temps, l'analyse des résultats a visé à mesurer la prévalence des troubles et difficultés psychiques, et au-delà, leur mode d'expression symptomatique.

5 - Résultats attendus

La recherche dans son ensemble, et dans le partenariat qu'elle a instauré avec les professionnels de première ligne a déjà été un facteur d'information et de formation, qui au-delà de ses résultats devrait permettre une appropriation par ces professionnels des outils et des concepts utilisés dans le cadre de la recherche. Cette appropriation, en lien avec les autres professionnels en interne et en externe, devrait être un facteur de meilleure détection des enfants en difficulté.

Si les résultats attendus concernaient principalement l'évaluation de la prévalence des troubles psychiques chez les enfants accueillis de 3-6 ans inclus, nous attendions également que la recherche permette d'affiner des facteurs de vulnérabilité psychique plus spécifiques selon le sexe de l'enfant, l'âge, la place dans la fratrie, et des corrélations qui pourraient ouvrir sur de nouvelles pistes de recherche et de réflexion.

6 - Temps de restitution aux équipes

Les derniers temps de la recherche-action vont prendre la forme de réunions de restitution et de réévaluation de la recherche-action dans ses modalités et son déroulement avec les différents partenaires de cette recherche. Ce temps de restitution permettra une réflexion sur le cheminement commun et des résultats de la recherche.

➤ EN CONCLUSION

Nous avons fait plusieurs choix méthodologiques spécifiques, que l'on peut résumer ici, pour favoriser une démarche de recherche-action auprès des équipes.

PHASE 1

C'est une démarche préliminaire de concertation et de faisabilité d'une part auprès des équipes de direction et d'autre part avec les équipes éducatives de première ligne pour présenter à plusieurs reprises et dans les trois structures concernées, la finalité de l'étude, ses outils et son déroulement.

Dans cette phase ont été présentés les deux questionnaires, outils d'investigation pour l'étude de la prévalence des difficultés psychologiques des enfants accueillis de 3 à 6 ans inclus :

- la LCE, outil largement validé sur le plan international et présentant une grande fiabilité ;
- le QGE, outil en cours de validation, permettant un recueil d'informations importantes autour de la famille et de ses nombreuses caractéristiques, et présentant la spécificité d'inclure les difficultés psychologiques consécutives à des événements potentiellement traumatogènes. Le QGE comporte un nombre de questions plus réduit que la LCE et a été adapté au contexte des enfants accueillis hors du domicile familial.

PHASE 2

Cette phase, la plus exigeante en temps et en disponibilité, a été celle du remplissage « accompagné » des questionnaires par les éducateurs référents de l'enfant, avec pour l'un d'entre eux, la re-passation deux à quatre semaines plus tard du QGE pour mesurer sa stabilité.

Dans cette étude avant tout qualitative, la procédure d'accompagnement par la psychologue chargée de recherche nous a paru la plus adaptée, en privilégiant l'information et la formation des professionnels de première ligne, leur appropriation des outils et leur bonne compréhension des items.

La phase 2 a donné lieu à un premier sondage et une analyse statistique par le centre d'épidémiologie sur un échantillon anonyme de 20 enfants.

PHASE 3

Elle a permis une analyse quantitative et qualitative approfondie de l'ensemble des données recueillies, à partir des 4 questionnaires remplis pour chaque enfant.

PHASE 4

C'est le temps de restitution aux équipes. Ce temps doit permettre de finaliser le projet de recherche-action et d'ouvrir sur d'autres pistes.

Résultats de la recherche

Ces résultats concernent les 52 enfants inclus dans l'étude et placés entre le 29 juillet 2003 et le 20 septembre 2006. Les questionnaires utilisés dans le cadre de cette étude ont été remplis entre le 22 mars 2005 et le 11 octobre 2006. Les données ont été traitées par le centre épidémiologique Epicentre.

► CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Ces données proviennent de la première partie du questionnaire QGE.

Les enfants inclus dans l'étude ont été accueillis pour leur grande majorité (43 sur 52) dans la structure d'accueil d'urgence de Saint-Vincent de Paul, 7 autres au foyer de l'enfance de Michelet et 2 autres dans le service d'accueil familial de Paris. Les principales caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1. La comparaison pour les caractéristiques suivantes : âge, sexe, antécédent de placement, type de placement, enfant vivant avec ses deux parents et durée du placement, ne montre pas de différence entre Saint-Vincent de Paul et Michelet, sauf en ce qui concerne la durée du placement, qui est plus longue au moment de la passation des questionnaires pour les enfants accueillis au foyer de l'enfance de Michelet. Tous les enfants accueillis au foyer Michelet et inclus dans notre étude ont une durée de placement supérieure à 8 semaines.

1 - Domicile des parents

Le domicile des parents est situé à Paris pour 83 % (47/52) des enfants, en Île-de-France pour 15 % (8/52) et dans un autre département français (Charente) pour 2 % (1/52). Concernant les 47 enfants dont le domicile des parents est à Paris, il est à noter que presque la moitié habite dans le XVIII^e arrondissement. Pour les parents habitant en Île-de-France, les deux tiers concernent la Seine-Saint-Denis.

La majorité des enfants de notre échantillon accueillis hors du domicile des parents, soit par décision de justice, soit avec le consentement des parents, sont issus de l'arrondissement de Paris ou du département d'Île-de-France où la pauvreté et la précarité sont les plus importantes. Plusieurs études soulignent le lien entre pauvreté/précarité et difficultés psychologiques des adultes. Il y a donc un lien dont l'impact reste à déterminer entre lieu d'habitat et placement des enfants. Cette sur-représentation de l'arrondissement et du département les plus défavorisés en région Île-de-France est cohérente avec le rapport 2004 de la Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives de Paris (Aide Sociale à l'Enfance), mais dans des proportions particulièrement élevées.

2 - Lieu de naissance des enfants

Le lieu de naissance des enfants est situé à Paris pour 56 % (29/52), en Île-de-France pour 25 % (13/52), dans un pays étranger pour 17 % (9/52). Pour un des enfants inclus dans l'étude,

le lieu de naissance est « la France » sans autre précision. Pour les 9 enfants nés dans un pays étranger, 4 viennent des pays de l'Afrique sub-saharienne francophone. Pour les naissances en Île-de-France, les deux tiers ont eu lieu en Seine-Saint-Denis.

Les enfants nés à l'étranger sont sur-représentés dans notre échantillon, ce qui interroge sur les conditions de vie et d'accueil des familles migrantes en région parisienne, mais peut-être aussi sur leur impact possible sur les décisions de placement ?

3 - Âge, sex-ratio, fratrie et scolarité

Tableau I - Principales caractéristiques socio-démographiques Enfants accueillis en urgence (N=52) - juillet 2003 - septembre 2006		
Principales caractéristiques		
Âge (année) ; moyenne \pm SD	4,6	\pm 1,1
Âge (année) ; médiane [extrêmes]	4,4	[3 ; 6,9]
Sex-ratio (M/M+F)	0,48	(25/52)
Durée du placement actuel (sem) ; moyenne \pm SD	17	\pm 20,4
< 4 semaines	12	(23 %)
4 à 8 semaines	9	(17 %)
> 8 semaines	31	(60 %)
Antécédent de placement	12	(23 %)
Type de placement		
Individuel	18	(35 %)
Fratrie	34	(65 %)
Nombre d'enfants dans la fratrie actuelle		
1 à 2 enfants	28	(54 %)
3 à 4 enfants	21	(41 %)
5 enfants et plus	3	(6 %)
Scolarisation		
Oui, en interne	30	(58 %)
Oui, en externe	12	(23 %)
Non	10	(19 %)

La moyenne d'âge des enfants inclus dans notre échantillon était de 4,6 ans. Le sexe ratio (M/M+F) étant de 0,48, filles et garçons sont donc également représentés.

Dans 65 % des cas, le placement concerne une fratrie. Concernant le nombre d'enfants dans la fratrie actuelle, dans plus de la moitié des cas il y a 1 à 2 enfants. Un tiers des placements concernent l'aîné de la fratrie actuelle et un tiers concernent les puînés.

Pour les enfants inclus dans notre échantillon, 42 étaient scolarisés. Parmi eux, 50 % (21/42) étaient scolarisés au jardin d'enfants et 29 % (12/42) en grande section de maternelle.

4 - Contexte social et motifs du placement

L'enfant est élevé par ses deux parents dans 48 % (25/52) des cas. Pour les enfants non élevés par les deux parents, dans 78 % (21/27) des cas les enfants sont élevés par la mère seule (40 % de l'ensemble de l'échantillon). Dans 42 % (22/52) des cas les parents sont séparés. Ces chiffres sont à comparer avec les 25 % d'enfants qui vivent dans une famille monoparentale (source INSEE, juin 2003).

Les motifs du placement sont connus par l'établissement ou la famille d'accueil, sauf dans un cas. Les motifs du placement sont détaillés dans le tableau 2. Dans 75 % des cas, les enfants connaissent les motifs de leur placement. Les motifs du placement sont principalement secondaires à de la maltraitance ou à des violences intra familiales, à l'hospitalisation de la mère, le plus souvent en psychiatrie, à des troubles médico-psychologiques sous forme d'addictions de l'un ou des deux parents, et pour une large part à des difficultés sociales économiques.

Tableau 2 - Motifs du placement
Enfants accueillis en urgence (N=52) - juillet 2003 - septembre 2006

Motif du placement	N	(%)
Maltraitance et/ou violence intra familiale	12	(24)
Hospitalisation de la mère (principalement en psychiatrie)	10	(19)
Dépendance alcoolique ou toxicomanie mère et/ou père	9	(17)
Carence éducative et/ou logement insalubre	8	(15)
Mère en grande difficulté	8	(15)
Enfant(s) laissé(s) seul(s) sans adulte	4	(8)
Inconnu	1	(2)

Si la maltraitance et/ou la violence intra familiale sont retrouvées dans 24 % des situations, les pourcentages cumulés font apparaître que les problèmes psychiatriques et les addictions sont largement prépondérants (alcoolisme/toxicomanie) à 36 %, avec une large intrication des problèmes socio-économiques.

5 - Situation des parents

22 pères et 22 mères sont dans des situations « particulières », mais l'importance des données manquantes rend l'exploitation des données difficiles. Ces situations particulières peuvent être détaillées comme suit :

- Sur les 22 pères : 1 est en prison, 2 sont SDF, 2 sont décédés, 8 en situation « inconnue » et 8 en situation « autre ». Le terme « autre » recouvre les situations suivantes du père : 3 vivent à l'étranger, 2 sont en retraite, 2 sont sous contrôle judiciaire, pour 1 il n'y a eu aucun contact.
- Sur les 22 mères : 6 sont SDF, 8 sont hospitalisées, 4 décédées, 4 en situation "autre". Le terme « autre » recouvre les situations suivantes de la mère : 1 mère présentant une toxicomanie, 1 mère bloquée en Afrique pour des problèmes de papiers, 1 mère faisant l'objet d'une procédure judiciaire en cours, 1 mère partie en ex-Yougoslavie.

Pour les pères, en ce qui concerne la situation administrative, il y a 38 données manquantes. En ce qui concerne l'activité : 27 sont en activité, 10 au chômage, et il y a 15 données manquantes.

Du côté des mères, en ce qui concerne la situation administrative, on a 33 données manquantes. En ce qui concerne l'activité de la mère : 13 sont en activité, 20 au chômage, 9 sont en longue maladie ou invalidité, et il y a 10 données non renseignées. Les problèmes de santé (en particulier de santé mentale) et les difficultés d'accès à l'emploi paraissent très problématiques.

6 - Contact avec la famille

Dans tous les cas sauf trois, l'enfant est en contact avec sa famille.

Le mode de contact avec la famille est variable :

- visites médiatisées au centre d'hébergement avec les deux parents séparément dans la majorité des cas (31),

- visites à la maison avec hébergement (13),
- visite à la maison dans la journée (17),
- autres modes de contact (16) : visites libres au foyer, visites médiatisées à l'hôpital et appel téléphonique médiatisé.

7 - Suivi social

Pour 73 % (38/52) des enfants, il existait un suivi social avant le placement, et pour 23 % des enfants de l'échantillon ce n'était pas le premier placement, ce qui est un signe d'alerte important.

Aucun de ces enfants ne semble avoir bénéficié des structures d'accueil séquentielles permettant des alternatives suffisamment souples.

L'impuissance des suivis sociaux antérieurs à soutenir ou rétablir une situation familiale psycho-socio-éducative sans risque important pour l'enfant, oblige à poser la question du contenu de ces suivis, notamment au regard du travail en réseau avec les structures médico-psychologiques d'aide à la parentalité et de soins psychiatriques.

La prévention psycho-sociale précoce ne semble pas utiliser les outils, les partenariats et le travail en réseau dont l'efficacité et l'utilité avaient été démontrés dans le 14^e arrondissement de Paris dans l'expérience du « Service Unifié de l'Enfance » développée par le Pr M.Soulé.

8 - Suivi psychologique

Dans 12 % (6/51), il existait un suivi psychologique antérieur au placement.

Dans 15 % (8/52) des cas l'enfant avait pu bénéficier au moins une fois d'un entretien avec un psychologue depuis son admission dans l'établissement.

Pour 9 enfants, une aide psychologique est poursuivie à l'extérieur de l'établissement. La durée moyenne du suivi était de 6 mois.

Pour 5 enfants, le type de suivi était une psychothérapie associée à un suivi orthophonique dans 3 cas, dans un cas il s'agissait d'un suivi orthophonique seul et dans un autre cas d'un suivi en psychomotricité seul.

À ce propos, il est important de souligner qu'en psychiatrie infanto-juvénile, l'aide psychologique doit être négociée avec la famille, de même que l'indication thérapeutique peut quelquefois porter davantage sur le groupe familial que sur l'enfant. Si cette négociation avec la famille peut être rendue plus difficile dans les situations de placement, elle reste cependant très souhaitable.

À partir de ces données, le suivi psychologique mis en place dans les structures d'urgence paraît insuffisant pour concourir avec les équipes éducatives à l'accompagnement de l'enfant. C'est dans certaines institutions un choix de travail indirect qui passe par la parole de l'équipe éducative sur l'enfant.

9 - Origine des parents

Dans plus de la moitié des cas, les deux parents sont d'origine étrangère. Les origines du père et de la mère sont décrites par les figures 1 et 2. La langue parlée à la maison est le français dans 58 % des cas (30/52), une langue étrangère dans 13 % des cas (7/52), une association du français et d'une langue étrangère dans 8 % des cas (7/52). Pour le reste des enfants cette information est non connue ou non documentée.

Migration et vulnérabilité psychique familiale

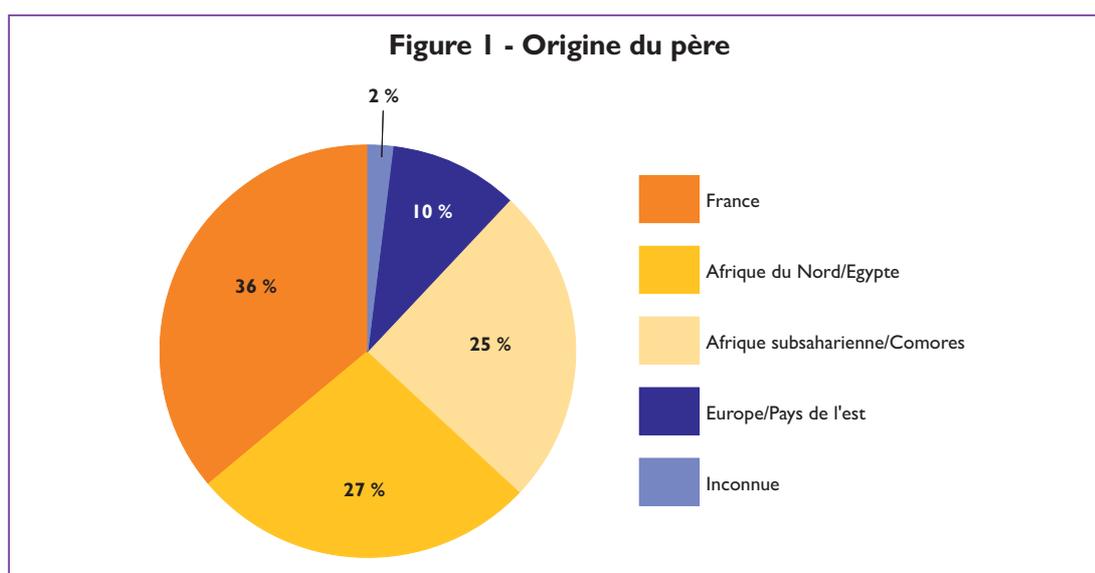
Plus de 50 % des enfants inclus dans l'étude ont leurs deux parents étrangers : cette proportion est largement au-dessus de la moyenne nationale qui est de 5,5 % environ (estimation Insee, 1999)¹⁷.

Ce constat renvoie à la vulnérabilité psycho-sociale des familles migrantes, et au manque de moyens dévolus par le pays d'accueil en terme de prévention et d'accompagnement psycho-social. Il renvoie aussi aux « malentendus culturels » qui nécessiteraient de faire davantage appel aux consultations transculturelles, elles-mêmes en nombre et en moyens insuffisants.

L'accroissement de la vulnérabilité psychique des parents en situation migratoire a été largement documentée (Moro, 1994, Baubet T., Moro M. R. 2003). Si la migration en elle-même ne semble pas accroître le risque psychiatrique (Rousseau, Nadeau, 2003), malgré l'avis divergent de certains chercheurs, il est avéré que le cumul des paramètres de difficultés entraîne des situations de détresse, facteurs de risques psychiatriques accrus, favorisés par l'isolement, la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale.

Près de 50 % des familles de notre échantillon sont monoparentales : on peut en inférer l'absence d'un père, mais aussi souvent l'absence d'un soutien familial et d'une présence jouant un rôle important de guidance parentale pour la mère de l'enfant surtout si elle est primipare. L'enfant qui naît dans une situation migratoire difficile va cumuler des difficultés qui entravent son bon développement et favorisent des liens d'attachement de mauvaise qualité. La situation statutaire des parents n'a pas pu être définie par manque d'informations précises, en particulier la proportion de parents étrangers sans titre de séjour, ce qui est un facteur de vulnérabilité sociale et psychologique certain.

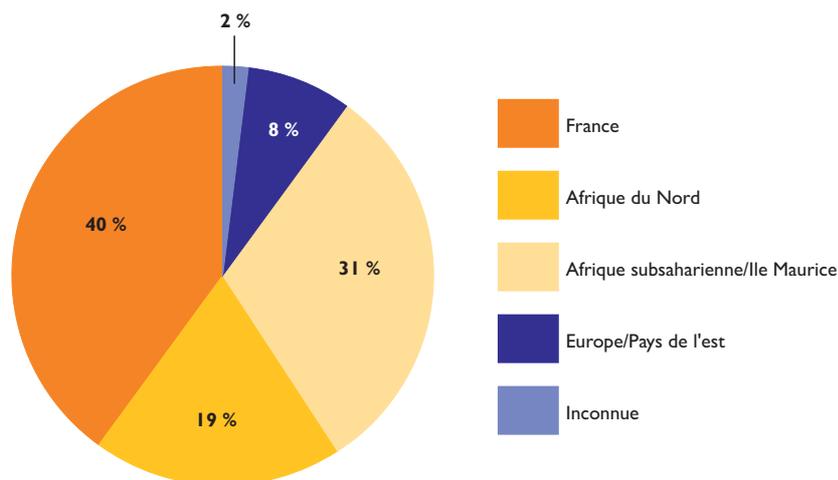
Par ailleurs, avec des familles de langue et de culture différentes, un certain nombre de décisions de placement peuvent être induites par des situations de « malentendu culturel » encore peu investiguées¹⁸. Le recours à l'évaluation dans une consultation ethno-psychiatrique ou transculturelle est encore trop peu utilisé avant une décision de placement par les magistrats, les travailleurs sociaux, les psychiatres ou les psychologues. Ces recours sont davantage utilisés *a posteriori*, quand le placement se révèle très problématique et constitue une impasse supplémentaire dans un dialogue très difficile, voire impossible sans médiation culturelle avec la famille de l'enfant.



17 - Les statistiques sur la population d'origine immigrée (incluant les naturalisations et les enfants de nationalité française : un immigré sur trois est français) donne des chiffres différents avec 15 % en région parisienne et 7 % pour le reste du territoire. La région parisienne reçoit 40 % de l'ensemble de la population immigrée (informations consultables sur le site de l'ANCSEC, Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances).

18 - À ce sujet on pourra consulter Legault, Lafrenière (1992).

Figure 2 - Origine de la mère



SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Le **domicile des familles** des enfants placés en urgence se situe principalement dans des zones urbaines de Paris ou d'Ile-de-France, où la pauvreté/précarité/exclusion sociale a été mise particulièrement en relief.

Plus de la moitié des enfants de notre échantillon grandissent dans des **familles monoparentales** et sont le plus souvent élevés par la mère seule (40 %). Les familles monoparentales sont sur-représentées dans notre échantillon par rapport à leur pourcentage dans la population générale (25 %).

Malgré le grand nombre de données manquantes, la situation des parents, et en particulier celle de la mère, paraît particulièrement difficile sur les plans économiques, de la santé mentale et de l'accès à l'emploi.

Les motifs de placements relevant de la maltraitance et/ou la violence intra familiale sont fréquents (24 %), mais, en pourcentage cumulé, **les troubles psychiatriques et les addictions sont prépondérants (36 %)** intriqués avec des difficultés socio-économiques.

Les deux tiers des enfants placés dans une structure d'accueil d'urgence ont fait l'objet d'un **suivi social antérieur au placement**, avec pour près du quart d'entre eux un précédent placement. L'impuissance des suivis sociaux antérieurs à établir ou rétablir une situation familiale sans risque important pour l'enfant, oblige à poser la question du contenu de ces suivis, notamment au regard du travail en réseau avec les structures médico-psychologiques d'aide à la parentalité et de soins psychiatriques.

Les enfants de familles d'origine étrangère sont sur-représentés dans notre échantillon, ce qui renvoie à la **vulnérabilité psycho-sociale des familles migrantes et aux moyens spécifiques à développer auprès de ces familles** : prévention et accompagnement psycho-social, mais aussi prise en compte de la dimension transculturelle. La situation statutaire des parents n'a pu être définie par manque d'informations précises.

On constate pour 12 % des enfants un **suivi psychologique** déjà mis en œuvre sous différentes formes, **antérieur au placement**.

Les **orientations vers les structures de soins** en cours de placement d'urgence sont peu fréquentes et certainement insuffisantes au regard des difficultés des enfants et du groupe familial.

15 % seulement des enfants ont été reçus au moins une fois par le ou la psychologue des structures d'accueil d'urgence ce qui paraît insuffisant pour concourir avec les équipes éducatives à l'accompagnement de l'enfant.

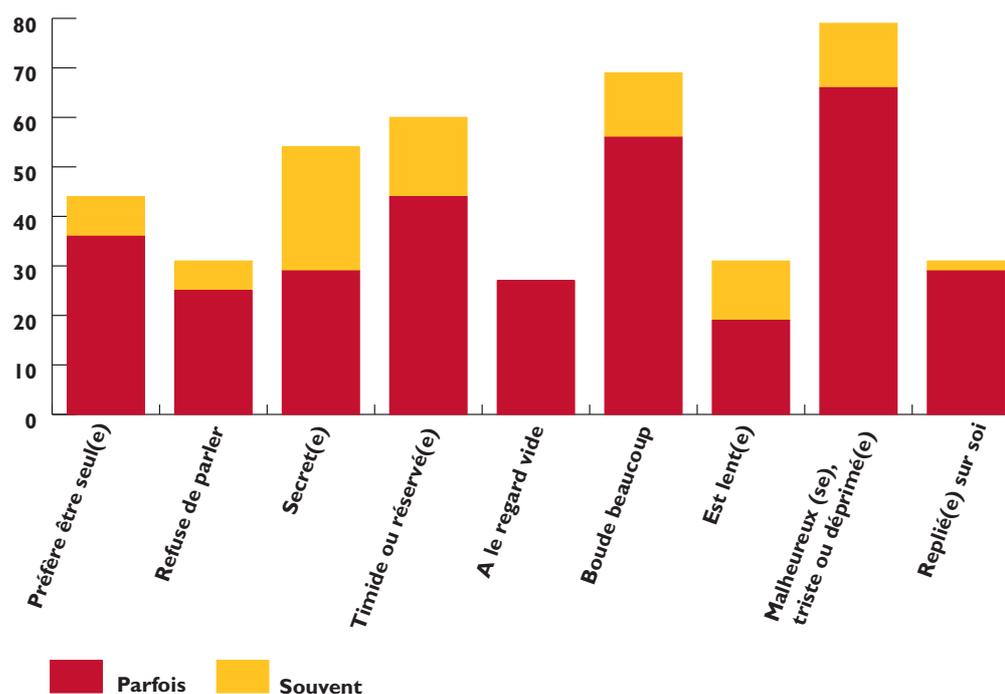
LISTE DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT OU LCE (CHILD BEHAVIOR CHECKLIST OU CBCL)

1 - Résultats observés pour les différentes échelles

Tableau 3 - Items explorant l'échelle "retrait"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006

Items	Retrait	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
42	Préfère être seul plutôt qu'en compagnie des autres	29	(56)	19	(36)	4	(8)
65	Refuse de parler	36	(69)	13	(25)	3	(6)
69	Secret, garde les choses pour lui-même	24	(46)	15	(29)	13	(25)
75	Timide ou réservé	21	(40)	23	(44)	8	(16)
80	A le regard vide, sans expression	38	(73)	14	(27)	0	
88	Boude beaucoup	16	(31)	29	(56)	7	(13)
102	Est lent ou manque d'énergie ou de tonus	36	(69)	10	(19)	6	(12)
103	Malheureux, triste ou déprimé	11	(21)	34	(66)	7	(13)
111	Replié sur lui-même, ne se mêle pas aux autres	36	(69)	15	(29)	1	(2)

Figure 3 - Items explorant l'échelle "retrait"



La majorité des enfants sont perçus comme malheureux et déprimés, et une minorité importante montre des signes plus accusés dans le retrait : solitaire, boudeur, réservé, repli sur soi.

**Tableau 4 - Items explorant l'échelle "Plaintes somatiques"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Plaintes somatiques	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
51	A des vertiges	52	(100)	0		0	
54	Est épuisé(e) de fatigue	37	(71)	12	(23)	3	(6)
56.a	Douleurs diverses	42	(81)	6	(12)	4	(7)
56.b	Maux de têtes	44	(85)	7	(13)	1	(2)
56.c	Nausées, envie de vomir	50	(96)	2	(4)	0	
56.d	Problèmes visuels	50	(96)	1	(2)	1	(2)
56.e	Éruptions ou autres problèmes dermatologiques	39	(75)	9	(17)	4	(8)
56.f	Douleurs abdominales ou crampes	44	(85)	8	(15)	0	
56.g	Vomissements	49	(94)	3	(6)	0	

La fréquence rapportée par le référent de l'enfant concernant les problèmes de santé physique est précisée dans le tableau 4.

23 % des enfants sont décrits par leurs référents comme « épuisés de fatigue ». Viennent ensuite, dans une proportion restant significative, entre 12 et 17 %, les « problèmes dermatologiques », les « douleurs abdominales ou crampes », et les « maux de tête ».

Cependant l'échelle « Plaintes somatiques » semble difficile à appréhender par les professionnels : on peut faire l'hypothèse que seul le degré de proximité possible avec un parent ou une famille d'accueil permettrait ce recueil d'information et cet échange de façon plus approfondie.

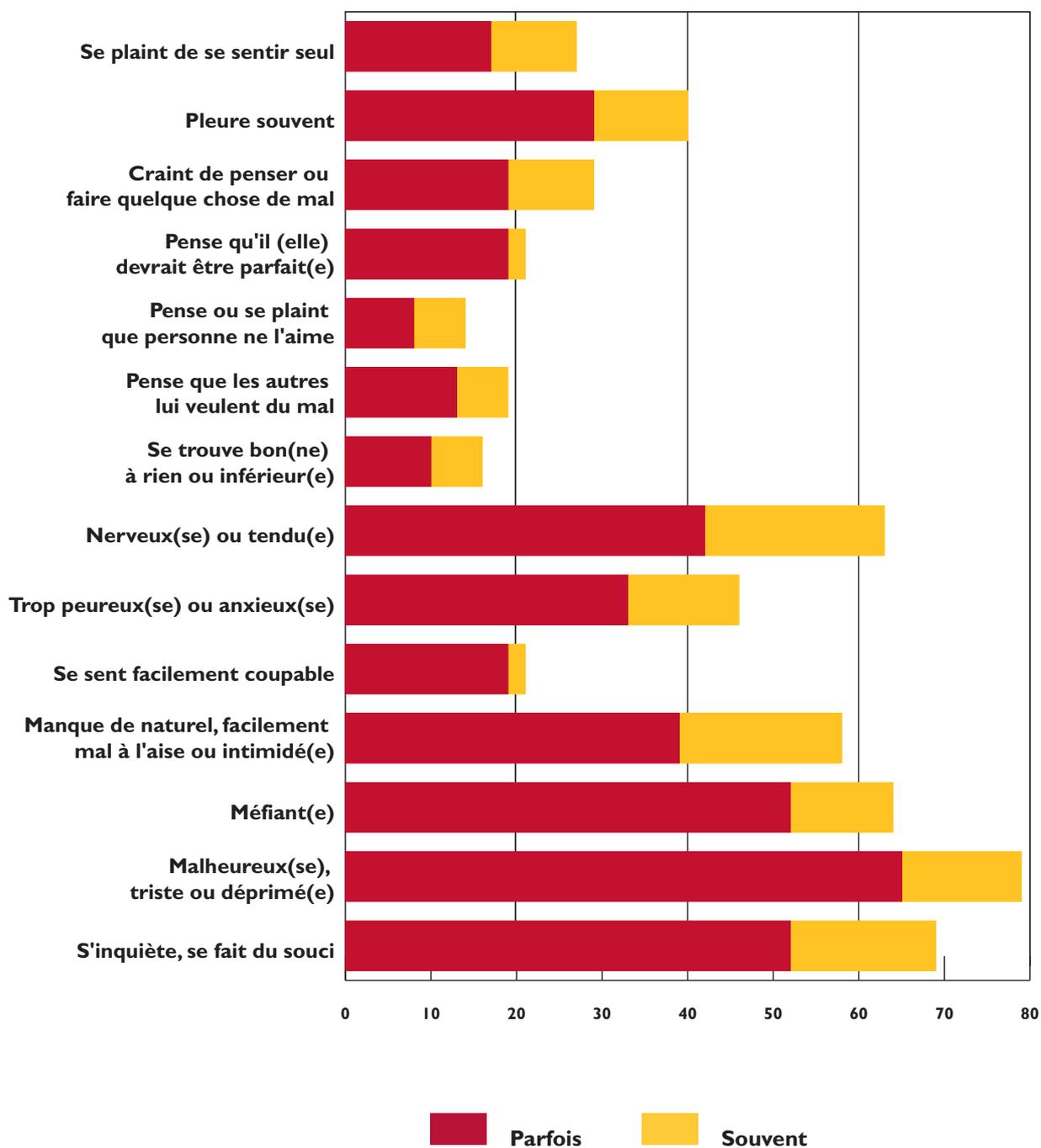
**Tableau 5 - Items explorant l'échelle "Anxiété/dépression"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Anxiété/dépression	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
12	Se plaint de se sentir seul	38	(73)	9	(17)	5	(10)
14	Pleure souvent	31	(60)	15	(29)	6	(11)
31	Craint de penser ou faire quelque chose de mal	37	(71)	10	(19)	5	(10)
32	Pense qu'il (elle) devrait être parfait(e)	41	(79)	10	(19)	1	(2)
33	Pense ou se plaint que personne ne l'aime	45	(86)	4	(8)	3	(6)
34	Pense que les autres lui veulent du mal	42	(81)	7	(13)	3	(6)
35	Se trouve bon(ne) à rien ou inférieur(e)	44	(84)	5	(10)	3	(6)
45	Nerveux(se) ou tendu(e)	19	(37)	22	(42)	11	(21)
50	Trop peureux(se) ou anxieux(se)	28	(54)	17	(33)	7	(13)
52	Se sent facilement coupable	41	(79)	10	(19)	1	(2)
71	Manque de naturel, facilement mal à l'aise ou intimidé(e)	22	(42)	20	(39)	10	(19)
89	Méfiant(e)	19	(36)	27	(52)	6	(12)
103	Malheureux(se), triste ou déprimé(e)	11	(21)	34	(65)	7	(14)
112	S'inquiète, se fait du souci	16	(31)	27	(52)	9	(17)

Quatre items suscitent entre 60 et 80 % de réponses positives de parfois à souvent : ce sont les items « malheureux, triste ou déprimé », « nerveux ou tendu », « méfiant » et « s'inquiète, se fait du souci ». Ce taux est tout à fait considérable dans la perception de la souffrance ou du malaise de l'enfant.

Il y a également au moins 40 % de réponses positives (parfois ou souvent) pour les items : « trop peureux ou anxieux », « pleure souvent ».

Figure 4 - Items explorant l'échelle "Anxiété/dépression" : comportements notés par le référent (% parfois ou souvent)



**Tableau 6 - Items explorant l'échelle "Problèmes sociaux" [sociabilité ?]
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Problèmes sociaux [sociabilité ?]	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Comportements trop jeunes pour son âge	41	(79)	7	(13)	4	(8)
11	S'accroche aux adultes ou est trop dépendant	27	(52)	16	(31)	2	(17)
25	Ne s'entend pas bien avec les autres enfants	29	(56)	19	(36)	4	(8)
38	Se fait souvent taquiner, est l'objet de moqueries	41	(79)	9	(17)	2	(4)
48	N'est pas aimé(e) par les autres enfants	45	(86)	6	(12)	1	(2)
55	Est [se trouve ?] trop gros(se)	49	(94)	3	(6)	0	
62	Est maladroit(e) ou a des gestes mal coordonnés	39	(75)	9	(17)	4	(8)
64	Préfère jouer avec des enfants plus jeunes	40	(77)	10	(19)	2	(4)

Seuls quelques enfants ont des scores notablement élevés à cette échelle en particulier la dépendance à l'adulte (« S'accroche aux adultes ou est trop dépendant ») ou les difficultés de relation avec les autres enfants (« Ne s'entend pas bien avec les autres enfants »).

**Tableau 7 - Items explorant l'échelle "Problèmes de pensées"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Problèmes de pensées	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
9	Ne peut se débarrasser de certaines pensées, est obsédé par certaines idées	39	(75)	4	(8)	9	(17)
40	Entend des bruits ou des voix qui n'existent pas	52	(100)	0		0	
66	Ne peut pas s'empêcher de répéter certains actes, a des manies	40	(77)	4	(8)	8	(15)
70	Voit des choses qui n'existent pas	52	(100)	0		0	
80	A le regard vide, sans expression	38	(73)	14	(27)	0	
84	A un comportement étrange	49	(94)	3	(6)	0	
85	A des idées bizarres	51	(99)	0		1	(2)

Une proportion importante des enfants présente une forme d'envahissement de la pensée, avec des processus défensifs fragiles ou inefficaces : « Ne peut se débarrasser de certaines pensées, est obsédé par certaines idées », « Ne peut s'empêcher de répéter certains actes, a des manies ».

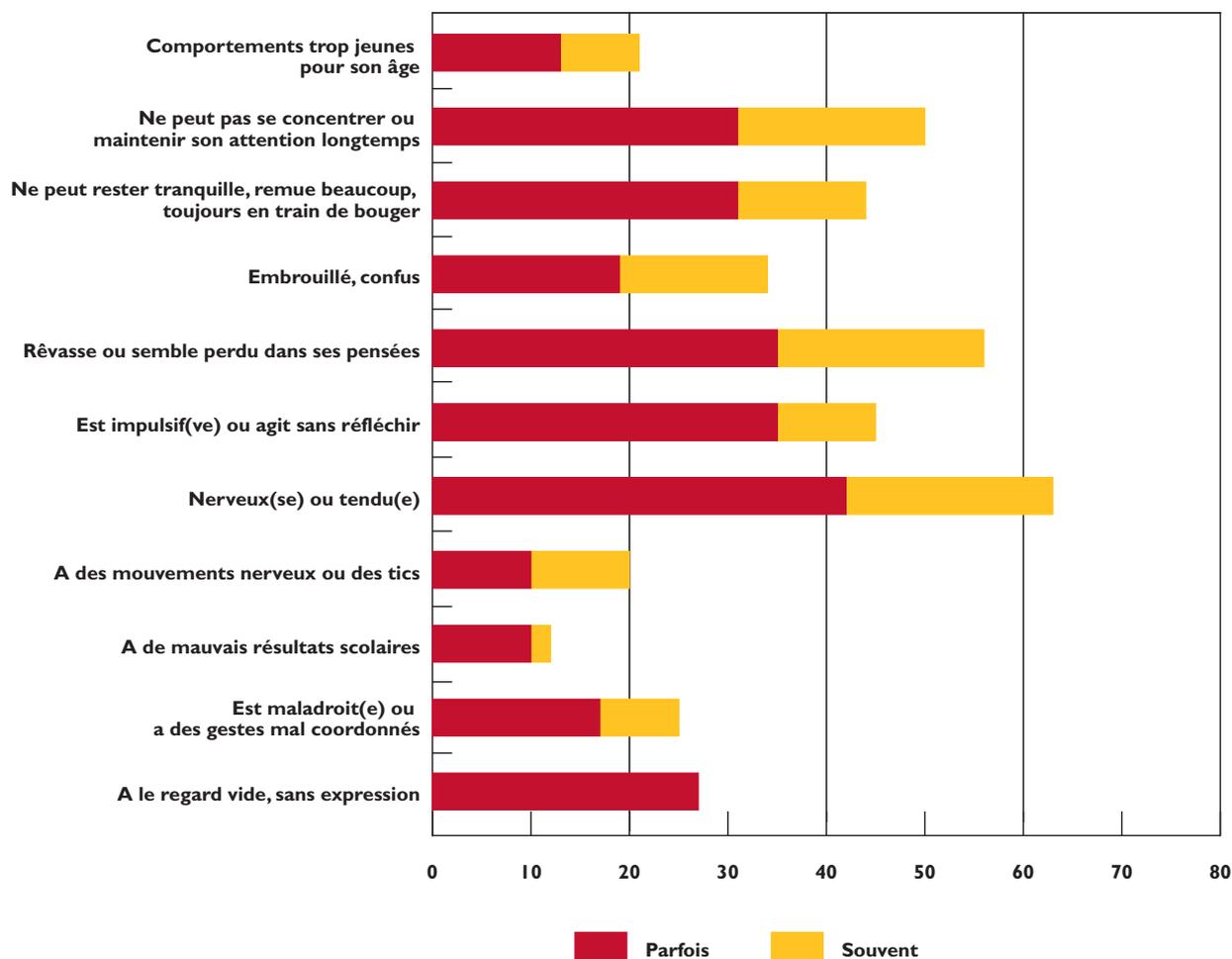
Cependant cette échelle semble difficile à appréhender par les référents, en dehors des items les plus repérables dans le comportement de l'enfant.

**Tableau 8 - Items explorant l'échelle "Problèmes d'attention"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Problèmes d'attention	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Comportements trop jeunes pour son âge	41	(79)	7	(13)	4	(8)
8	Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps	26	(50)	16	(31)	10	(19)
10	Ne peut rester assis tranquille, remue beaucoup, toujours en train de bouger	29	(56)	16	(31)	7	(13)
13	Embrouillé, confus	34	(66)	10	(19)	8	(15)
17	Rêvasse ou semble perdu dans ses pensées	23	(44)	18	(35)	11	(21)
41	Est impulsif(ve) ou agit sans réfléchir	29	(56)	18	(35)	5	(10)
45	Nerveux(se) ou tendu(e)	19	(37)	22	(42)	11	(21)
46	A des mouvements nerveux ou des tics	42	(80)	5	(10)	5	(10)
61	A des mauvais résultats scolaires	46	(88)	5	(10)	1	(2)
62	Est maladroit(e) ou a des gestes mal coordonnés	39	(75)	9	(17)	4	(8)
80	A le regard vide, sans expression	38	(73)	14	(27)	0	

Une proportion importante des enfants présente des problèmes d'attention, l'enfant est perçu comme souvent nerveux, distrait, manquant de concentration, instable et impulsif.

Figure 5 - Items explorant l'échelle "Problèmes d'attention" : comportements notés par le référent (% parfois ou souvent)

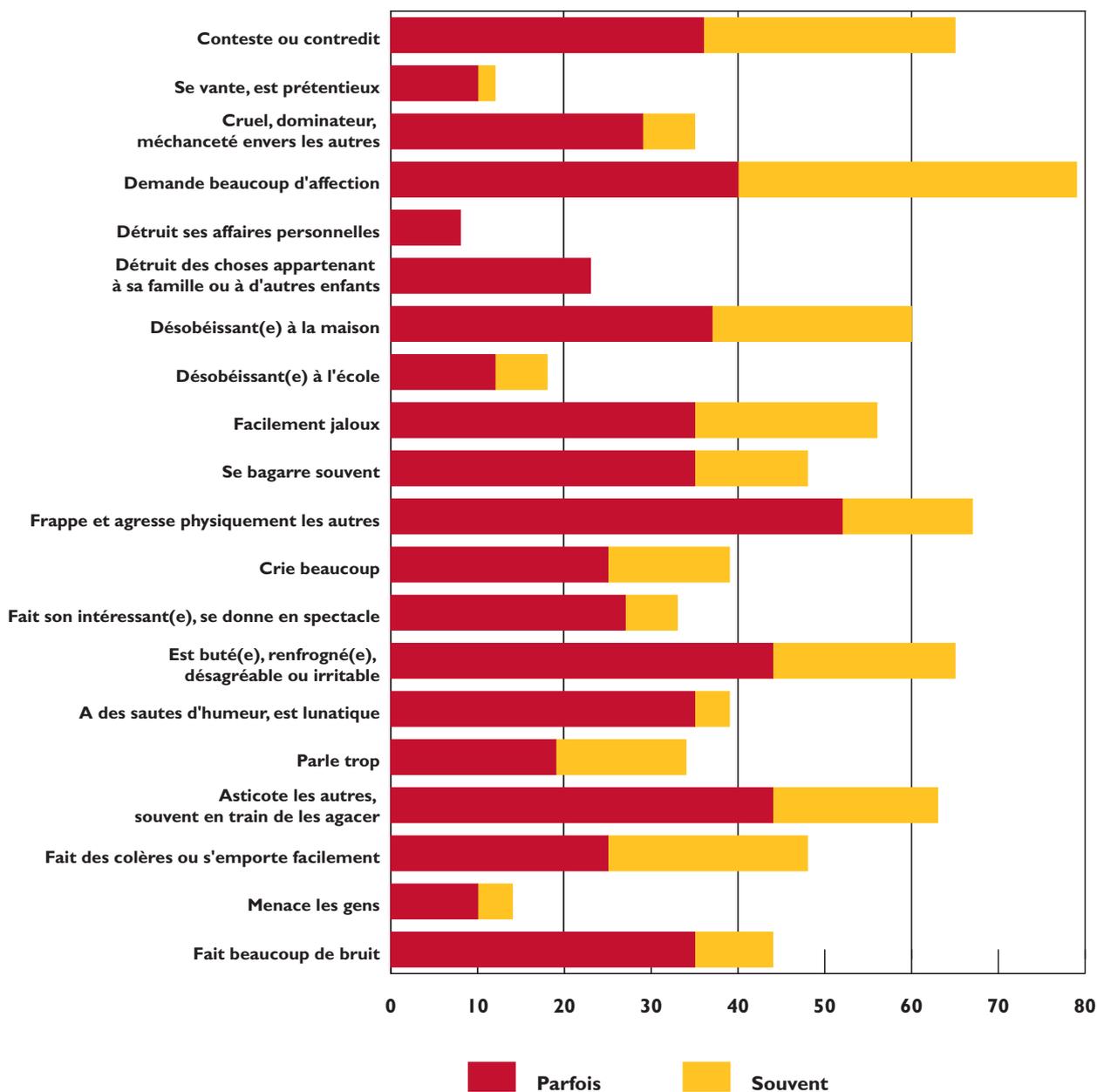


**Tableau 9 - Items explorant l'échelle "Comportement agressif"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Comportement agressif	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
3	Conteste ou contredit souvent	18	(35)	19	(36)	15	(29)
7	Se vante, est prétentieux	46	(88)	5	(10)	1	(2)
16	Cruel, dominateur, méchant envers les autres	34	(65)	15	(29)	3	(6)
19	Demande beaucoup d'affection	11	(21)	21	(40)	20	(39)
20	Détruit ses affaires personnelles	48	(92)	4	(8)	0	
21	Détruit des choses appartenant à sa famille ou à d'autres enfants	40	(77)	12	(23)	0	
22	Désobéissant(e) à la maison	21	(40)	19	(37)	12	(23)
23	Désobéissant(e) à l'école	42	(82)	6	(12)	3	(6)
27	Facilement jaloux	23	(44)	18	(35)	11	(21)
37	Se bagarre souvent	27	(52)	18	(35)	7	(13)
57	Frappe et agresse physiquement les autres	17	(33)	27	(52)	8	(15)
68	Crie beaucoup	32	(61)	13	(25)	7	(14)
74	Fait son intéressant(e), se donne en spectacle	35	(67)	14	(27)	3	(6)
86	Est buté(e), renfrogné(e), désagréable ou irritable	18	(35)	23	(44)	11	(21)
87	A des sautes d'humeur, est lunatique	32	(61)	18	(35)	2	(4)
93	Parle trop	34	(66)	10	(19)	8	(15)
94	Asticote les autres, souvent en train de les agacer	19	(37)	23	(44)	10	(19)
95	Fait des colères ou s'emporte facilement	27	(52)	13	(25)	12	(23)
97	Menace les gens	45	(86)	5	(10)	2	(4)
104	Fait beaucoup de bruit	29	(56)	18	(35)	5	(9)

Dans cette échelle les comportements agressifs sont particulièrement importants, autour de 60 à 70 % pour plusieurs d'entre eux : agressions physiques, problèmes d'humeur et de caractère, comportement conflictuel, opposition, jalousie, mais ce qui domine à près de 80 % est la demande affective intense.

Figure 6 - Items explorant l'échelle "Comportement agressif" : comportements notés par le référent (% parfois ou souvent)



**Tableau 10 - Items explorant l'échelle "Comportement déviant"
Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005-octobre 2006**

Items	Comportement déviant	Pas vrai (0)		Parfois (1)		Souvent (2)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
26	Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit(e)	34	(65)	12	(23)	6	(12)
39	A de mauvaises fréquentations	49	(94)	3	(6)	0	
43	Ment ou triche	34	(65)	18	(35)	0	
63	Préfère jouer avec des enfants plus âgés	31	(59)	15	(29)	6	(12)
67	Fugue de la maison	52	(100)	0		0	
72	Met le feu	52	(100)	0		0	
81	Vole à la maison	50	(96)	2	(4)	0	
82	Vole en dehors de la maison	52	(100)	0		0	
90	Dit des gros mots ou des obscénités	40	(77)	10	(19)	2	(4)
96	Pense trop aux questions sexuelles	50	(96)	2	(4)	0	
101	Fait l'école buissonnière, manque l'école	52	(100)	0		0	
105	Prend de l'alcool, des drogues ou des médicaments (sans raisons médicales)	52	(100)	0		0	
106	Commets des actes de vandalisme	50	(96)	2	(4)	0	

Dans cette échelle domine de façon assez limitée un manque de sentiment de culpabilité et le mensonge ou la tricherie.

La fréquence des réponses positives (parfois ou souvent) à l'item « Préfère jouer avec des enfants plus âgés », qui apparaît avec une fréquence encore supérieure aux précédents, peut être rapprochée des réponses obtenues dans l'échelle « Problèmes sociaux », relative à la sociabilité, à propos de l'item « préfère jouer avec des enfants plus jeunes », qui apparaissent avec une fréquence relativement faible.

2 - Scores obtenus à partir de la LCE : score total et scores par domaine

Tableau II - Scores obtenus pour les huit domaines de comportement explorés par la LCE - Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005 - octobre 2006

Échelle	Nb items	Moyenne	Déviati on standard	Cohérence interne (1)
Retrait	9	5,2	3,4	0,78
Plaintes somatiques	10	1,4	1,8	0,57
Anxiété - Dépression	14	7,1	5,5	0,87
Problèmes sociaux	8	2,5	2,4	0,66
Problèmes de pensées	7	1,2	1,3	0,21
Problèmes d'attention	11	5,2	4,5	0,83
Comportement agressif	20	10,9	7,7	0,90
Comportement déviant	13	1,8	1,8	0,57
Internalisation (2)	33	13,8	9,2	0,85
Externalisation (3)	33	12,9	9,1	0,90
Score total	114	39,4	21,9	0,93

(1) Calcul du coefficient alpha de Cronbach : la cohérence interne reflète l'homogénéité des items qui constituent chaque dimension de l'instrument. Elle est déterminée par le coefficient alpha de Cronbach. Celui-ci est d'autant plus grand que les items sont corrélés entre eux et il varie de 0 à 1. La cohérence interne d'une dimension est considérée comme bonne quand le coefficient est supérieur à 0,6.

(2) internalisation : scores des échelles « retrait », « anxiété-dépression » et « plaintes somatiques »

(3) externalisation : scores des échelles « Comportement déviant » [conduites à risque] et « comportement agressif »

Le tableau II donne la moyenne des scores par domaine, le score total et pour chaque score la déviation standard.

Pour notre échantillon, le score total est de 39,4 avec une déviation standard de 21,9.

Les scores obtenus dans les domaines de l'agressivité, de l'anxiété et la dépression et des problèmes d'attention sont particulièrement élevés et semblent plus élevés que les scores retrouvés dans la littérature (tableau I3).

3 - Différentes catégories d'enfants selon les scores obtenus à partir de la LCE

Tableau 12 - Score total obtenu à partir de la LCE selon les différentes catégories - Enfants accueillis en urgence (N=52) - mars 2005 - octobre 2006

Score total	n	(%)
<25	17	(33)
25 à 39	14	(27)
40 à 49	6	(11)
50 et plus	15	(29)

Ces résultats soulignent que si environ 60 % des enfants ont un score total inférieur à 40, et ne semblent donc pas en difficulté psychologique majeure, il y a un groupe de 40 % qui présente des difficultés, et qu'environ 29 % de ces enfants sont en grande difficulté.

4 - Comparaison avec d'autres populations

Dans les travaux sur la validation française de la CBCL (Child Behaviour CheckList), Eric Fombonne a proposé d'établir la limite entre groupe clinique et non-clinique, à partir d'un score de 40 à l'échelle de perturbation psychologique LCE (Fombonne, 1991).

Cependant les nouveaux travaux de standardisation de la CBCL effectués en 1997 (Vermeersch, Fombonne) donnent un score moyen de l'échantillon clinique d'enfants en France à 52,1, et un score moyen de l'échantillon non clinique à 25,3 pour des enfants de 4 à 11 ans. Donc si le spectre est assez large à partir de 40, ce sont tout de même des scores plus élevés qui doivent attirer notre attention. Un cut-off à 50 a aussi été préconisé par D.Petot, qui travaille sur la version française de la CBCL (communication personnelle, 2004).

Tableau 13 - Scores obtenus pour les 8 domaines de comportement explorés par la CBCL - Enfants considérés dans la norme et enfants à risques (Suzanne Doyle & Cari McCarty - 2002)

Échelle	Normative sample (n=321)		High-risk control (n=133)	
	Moyenne	Déviati on standard	Moyenne	Déviati on standard
Retrait	1,8	2,2	2,3	2,3
Plaintes somatiques	1,1	1,7	1,4	2,0
Anxiété, dépression	3,0	3,7	4,3	4,3
Problèmes sociaux	2,0	2,3	3,3	2,5
Problèmes de pensées	0,6	1,3	1,0	1,7
Problèmes d'attention	3,1	3,2	5,3	3,5
Comportement agressif	6,9	6,1	11,3	7,4
Comportement déviant	2,0	2,4	3,8	3,3
Internalisation	5,6	6,1	7,7	6,5
Externalisation	8,9	8,0	15,0	9,8
Score total	22,4	19,7	35,5	22,8

Le tableau 13 présente les résultats d'une étude effectuée en 2002 par Suzanne Doyle et Cari Mac Carty (Fast Track Project, Technical Report, on-line). Ces résultats concernent une population d'enfants américains. Ils permettent de faire une comparaison schématique, mais qui doit rester très prudente, avec notre échantillon.

Cependant si on compare les tableaux 11 et 13, les scores de notre échantillon placeraient d'emblée, en moyenne, les enfants dans la catégorie des enfants à risques psychologiques importants.

Commentaires concernant les résultats observés à partir de la LCE

Les scores totaux de perturbation de notre échantillon mettent en relief la prévalence de difficultés psychologiques des enfants placés en urgence.

On peut cependant faire l'hypothèse qu'un nombre important d'enfants connaissent des difficultés et qu'une importante minorité d'entre eux, environ 30 %, sont dans une grande difficulté et souffrance psychologique, pouvant nécessiter une aide psychologique sous une forme ou sous une autre.

Les scores les plus élevés, avec les déviations-standards les plus importantes, sont ceux obtenus pour les échelles « agressivité », « anxiété-dépression » et « problèmes d'attention ». Les items permettant d'explorer ces échelles pourraient faire l'objet d'une attention particulière lors de la prise en charge d'enfants accueillis en urgence.

Les résultats observés à la LCE serviront ici de « gold standard » pour la validation du QGE en tant qu'outil d'évaluation des difficultés psychologiques des enfants accueillis en urgence.

SYNTHÈSE DE LA PASSATION DE LA LISTE DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT (LCE)

La grande majorité des domaines sont bien appréhendés par les référents, sauf en ce qui concerne les « **plaintes somatiques** » et les « **problèmes de pensées** ». Ces deux domaines sont également ceux qui ont la moins bonne corrélation avec les résultats globaux de la LCE.

L'attention aux **plaintes somatiques** est certainement rendue difficile par la vie collective et la prise en charge d'un groupe. Cette réceptivité nécessite une proximité et une intimité qui existe davantage avec un parent ou une famille d'accueil.

La perception des **problèmes de pensées** semble difficile pour les équipes éducatives.

Les scores totaux obtenus à partir de la LCE sont à la **limite supérieure de la norme** soulignant les **difficultés psychologiques de nombreux enfants**, et pour un groupe plus restreint **une souffrance et des difficultés plus aiguës** qui relèveraient d'un recours à des soins.

Les domaines où les enfants obtiennent les scores les plus importants ont principalement trait à **l'agressivité, associée à une demande affective intense, à l'anxiété et la dépression, au retrait et aux problèmes d'attention.**

En conclusion, la moyenne des scores des enfants à l'échelle de perturbation psychologique les situe à la limite très supérieure de la norme des résultats d'un échantillon non-clinique. Les résultats mettent en relief qu'un certain nombre d'enfants rentrent tout à fait dans la **catégorie des enfants en grande difficulté psychologique avec un risque psychopathologique** qui nécessite une aide psychologique indispensable.

1 - Résultats observés

Le tableau 14 donne le résultat des scores obtenus pour les différents domaines au QGE, pour les deux évaluations successives effectuées par le référent 1 (« T0 » et « T+n »), et pour l'évaluation effectuée par le référent 2.

Tableau 14 - Scores obtenus par les deux référents pour les différents domaines Enfants accueillis en urgence à Saint-Vincent de Paul - mars 2005 - janvier 2006						
Dimension	Référent n°1 à T0		Référent n°1 à T + n		Référent n°2	
	Moyenne	Déviat ion standard	Moyenne	Déviat ion standard	Moyenne	Déviat ion standard
Troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition	6,1	3,8	5,0	4,0	5,1	4,0
Dépression	2,8	2,0	2,6	1,9	2,4	1,6
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives	1,7	1,7	1,5	1,8	1,5	1,7
Troubles des conduites et des comportements	3,7	2,6	3,5	2,4	3,6	2,6
Troubles à expression somatique	1,8	1,4	1,4	1,2	1,6	1,4
Score total	17,4	9,2	15,1	9,6	15,6	9,2

Ce tableau compare les cotations du même référent au QGE par domaine à plusieurs semaines d'intervalles. La corrélation, donc la perception du même référent, se révèle très stable, ce qui est un indice de fidélité du QGE. La corrélation avec le référent 2 est moins bonne sans être de mauvaise qualité.

Sur l'ensemble des enfants, 39 ont été, selon leur référent, victimes ou témoins d'un événement traumatique, ce qui représentent les trois quarts des enfants. Pour ces 39 enfants un score évaluant l'état de stress post-traumatique a pu être calculé et les résultats en sont présentés dans le tableau 15.

Si l'on considère les scores cotés par le référent 1 au QGE, ils soulignent la prééminence très importante des troubles à dominante anxieuse et les troubles des conduites et des comportements, suivie par les états de stress post-traumatique (ESPT - tableau 15), qui sont plus rarement identifiés par les cliniciens et les échelles d'évaluation, ce qui corrobore une de nos hypothèses, à savoir leur sous-estimation dans la perception clinique des enfants accueillis. La dimension dépressive se révèle assez importante dans notre échantillon.

**Tableau 15 - Scores obtenus par les deux référents pour les différents domaines ESPT
Enfants accueillis en urgence à Saint-Vincent de Paul - mars 2005 - octobre 2006**

Dimension	Référént n°1 à T0		Référént n°1 à T + n		Référént n°2	
	Moyenne	Déviatiion standard	Moyenne	Déviatiion standard	Moyenne	Déviatiion standard
État de Stress Post-Traumatique	3,2	2,5	2,8	2,4	3,3	2,5

Au moins deux tiers des enfants ont assisté ou ont été victimes d'événements susceptibles d'entraîner un état de stress post-traumatique (ESPT). Le score des enfants de l'échantillon obtenu pour ce domaine est élevé, ce qui souligne la fréquente sous-estimation des troubles psycho-traumatiques, souvent absents des échelles d'évaluation générale.

**Tableau 16 - Scores obtenus par le référent 1 pour les différents domaines, en fonction de la notion de psycho-traumatisme
Enfants accueillis en urgence (N=49*) - mars 2005 - octobre 2006**

Dimension	Notion de psycho-traumatisme N=39		Pas de notion de psycho-traumatisme N=10	
	Moyenne	Déviatiion standard	Moyenne	Déviatiion standard
Troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition	6,1	3,7	4,2	3,8
Dépression	3,0	2,0	2,4	2,3
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives	1,8	1,8	1,6	1,6
Troubles des conduites et des comportements	4,1	2,4	2,9	2,7
Troubles à expression somatique	1,8	1,4	1,6	1,3
Score total	18,9	9,2	13,6	8,8

* Pour trois enfants la notion de traumatisme est manquante

Un événement potentiellement traumatogène dans le vécu de l'enfant est repérable pour 39 enfants sur 52. Le score de l'échelle de perturbation psychologique est notablement plus élevé pour cette catégorie d'enfant. Il se répercute en particulier sur le domaine relatif aux troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, avec inhibition, et sur celui relatif aux troubles des conduites et des comportements.

2 - Validité du QGE en tant qu'outil d'évaluation

Cohérence interne

Rappel : la cohérence interne reflète l'homogénéité des items qui constituent chaque dimension de l'instrument. Elle est déterminée par le **coefficient alpha de Cronbach**. Celui-ci est d'autant plus grand que les items sont corrélés entre eux et il varie de 0 et 1. La cohérence interne d'une dimension est considérée comme bonne quand le coefficient est supérieur à 0,6.

Tableau 17 - Cohérence interne pour les différentes dimensions du QGE en fonction du référent et du moment de l'évaluation (T0 ou T + n)

Dimension (nombre d'items)	Cohérence interne* (Réf.1 à T0)	Cohérence interne* Réf.1 à T+ n	Cohérence interne* (Réf.2)
Troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition (14)	0,65	0,81	0,74
Dépression (5)	0,64	0,60	0,67
Troubles des fonctions instrumentales et cognitives (6)	0,21	0,53	0,59
Troubles des conduites et des comportements (7)	0,53	0,67	0,72
Troubles à expression somatique (6)	0,09	0,14	0,25
État de Stress Post-Traumatique ESPT (8)	0,63	0,71	0,65
Totalité	0,79	0,88	0,87

* Calcul du coefficient alpha de Cronbach

La cohérence interne du QGE paraît suffisamment bonne pour la majorité des domaines. Elle est très insuffisante en ce qui concerne les troubles à expression somatique et un peu juste pour les troubles des fonctions instrumentales et cognitives. Il faut remarquer que ces deux domaines sont ceux qui semblent les plus difficiles à appréhender pour les équipes éducatives, comme nous l'avons également constaté pour la LCE.

Reproductibilité

Rappel : Le **coefficient de corrélation intraclasse (CCI)** mesure pour chaque sujet la corrélation entre ses réponses à deux passations successives du questionnaire. La reproductibilité est considérée comme bonne lorsque le CCI est supérieur à 0,6.

Tableau 18 - Troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle, inhibition
Coefficient de corrélation intraclasse (CCI)

Corrélation	Référent 1 à T0	Référent 1 à T+ n	Référent 2
Référent 1 à T 0	-	0,56	0,01
Référent 1 à T + n		-	0,04
Référent 2			-

Tableau 19 - Dépression
Coefficient de corrélation intraclasse (CCI)

Corrélation	Référent 1 à T0	Référent 1 à T+ n	Référent 2
Référent 1 à T 0	-	0,78	0,15
Référent 1 à T + n		-	0,15
Référent 2			-

Tableau 20 - Questionnaire Guide d'Évaluation dans son ensemble
Coefficient de corrélation intraclasse (CCI)

Corrélation	Référent 1 à T0	Référent 1 à T+ n	Référent 2
Référent 1 à T 0	-	0,82	0,05
Référent 1 à T + n		-	0,24
Référent 2			-

Le coefficient de corrélation intraclasse est très satisfaisant pour le QGE dans son ensemble, ce qui permet de faire l'hypothèse d'une reproductibilité satisfaisante.

Validité sur critère

Rappel : La validité sur critère d'un questionnaire est mesurée à partir des corrélations entre les scores obtenus à partir de ce questionnaire avec ceux obtenus à partir d'un autre instrument validé dans le même domaine. Le calcul du **coefficient de corrélation des rangs de Spearman** mesure la conformité des résultats entre les deux outils d'évaluation. La validité du Questionnaire Guide d'Évaluation (QGE) a été explorée ici en corrélation avec les scores obtenus à partir de la Liste des Comportements de l'Enfant (LCE), outil déjà largement validé.

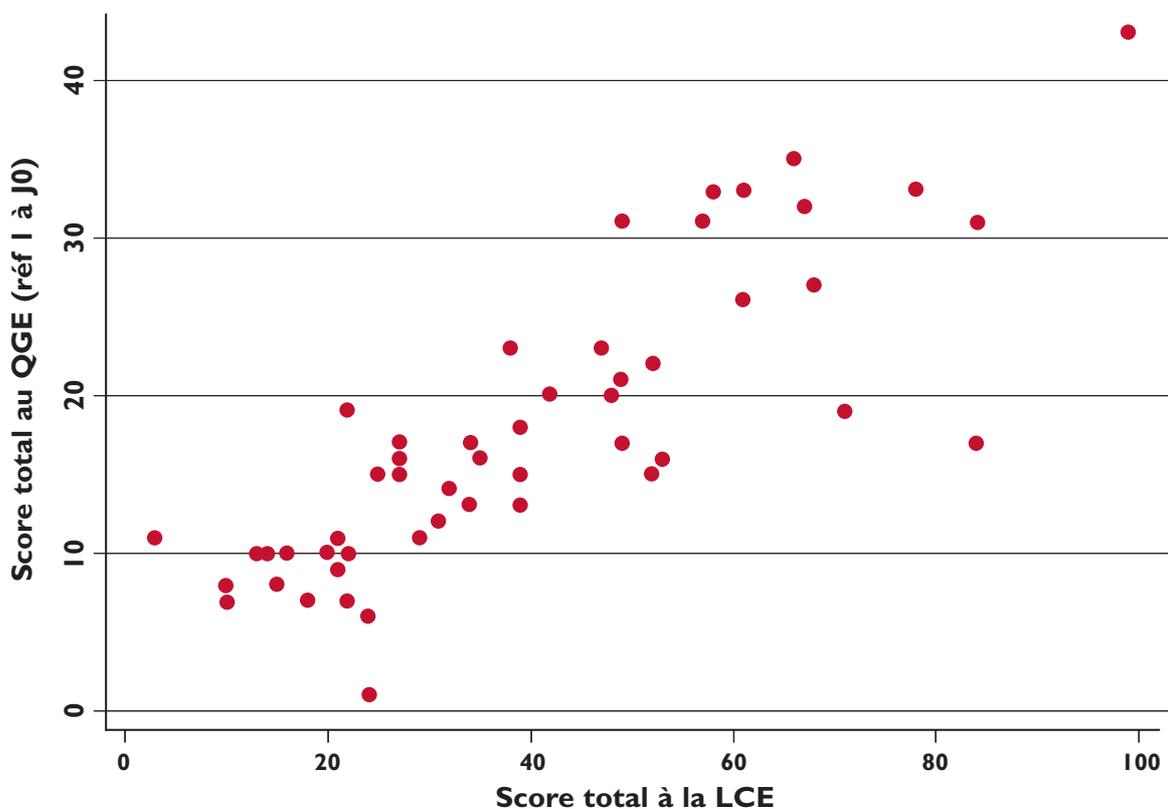
Tableau 21 - Corrélation entre LCE et QGE
Coefficient de corrélation intraclasse (CCI)

Corrélation entre LCE et QGE	Référent 1 à T0	Référent 1 à T+ n	Référent 2
LCE anxiété/dépression & QGE anxiété	0,57	0,63	0,36
LCE anxiété/dépression & QGE dépression	0,54	0,61	0,36
LCE troubles somatiques & QGE troubles somatiques	0,19	0,27	0,09
LCE agressivité & QGE troubles du comportement	0,72	0,76	0,46
LCE score total & QGE score total	0,83	0,85	0,46

Les corrélations sont bonnes entre LCE et QGE pour le référent 1, elles sont par contre insuffisantes pour le référent 2. Les raisons de cette différence restent à déterminer, sachant qu'il n'y a qu'une passation du QGE pour le référent 2 et que suivant le type de structure d'accueil, la place du référent 2 n'est pas la même que celle du référent 1.

Le coefficient de corrélation est de 0,83 entre le score total LCE et le score total QGE du référent 1 à T0 (temps 0). Ce coefficient est pratiquement le même entre score du LCE et le référent 1 à T+n (2^e passation du QGE par le référent 1). La corrélation est très satisfaisante entre la LCE et le QGE du référent 1 (cf Figure 7).

Figure 7 - Corrélation entre score total LCE et score total QGE
Questionnaires complétés par le référent 1 à T0 - mars 2005 - octobre 2006



La Figure 7 met en évidence la bonne corrélation entre LCE et QGE pour le référent 1. Ceci est confirmé par l'aspect diagonal des résultats.

SYNTHÈSE DE LA PASSATION DU QUESTIONNAIRE GUIDE D'ÉVALUATION (QGE)

La passation du QGE met en évidence la sous-estimation des **troubles de type psycho-traumatique** dans la population des enfants accueillis en urgence. Non seulement plus de deux tiers d'entre eux semblent avoir été victimes ou témoins d'un événement potentiellement traumatogène, mais pour ces derniers le score de troubles liés à ce domaine est élevé.

Les **difficultés les plus importantes** sont observées dans le large spectre des troubles à dominante anxieuse, phobiques, obsessionnels ou sous forme d'inhibition. De façon moins importante mais nette, elles concernent également les troubles des conduites et des comportements, les troubles psycho-traumatiques et la dépression.

Il est à noter que dans tous les cas les scores de perturbation psychologique du QGE diminuent entre la première et seconde passation du référent I. **Donc l'effet du placement, s'il reste modeste** sur l'expression symptomatique des difficultés psychologiques, **semble néanmoins présent**.

Comme nous l'avons déjà souligné pour la LCE, les dimensions des troubles à expression somatique comme celles des troubles des fonctions instrumentales et cognitives sont **difficiles à appréhender par les équipes éducatives**.

Par ailleurs, les premiers éléments de validation du QGE révèlent des résultats bien corrélés à la LCE, elle-même largement validée en France et sur le plan international, ce qui permet au QGE de faire la preuve de son intérêt pour l'évaluation psychologique.

Conclusions de la recherche

➤ SENSIBILISATION ET INFORMATION DES PERSONNELS ÉDUCATIFS

Dans la littérature internationale, il est peu question de la participation des professionnels de première ligne à une évaluation psychologique précise - avec des outils - des enfants accueillis (Albrecht, 2001).

La recherche-action a impliqué un nombre important de professionnels de première ligne du centre d'accueil d'urgence Saint-Vincent de Paul et du foyer de l'enfance Michelet, ainsi que l'équipe et les familles du service d'accueil familial de Paris, dans une démarche participative dans laquelle ont été également impliquées les équipes de direction et les cadres socio-éducatifs.

La passation du protocole a mobilisé, outre les équipes de direction et les chefs de service, 23 personnes référentes éducatives, pour 180 passations des protocoles, chacune pouvant durer entre trente minutes et deux heures.

➤ DÉVELOPPEMENT D'OUTILS ADAPTÉS

Les deux outils d'évaluation, la LCE et le QGE, ont permis de mettre en évidence un certain nombre de troubles, avec une bonne corrélation entre les deux échelles et une fiabilité satisfaisante sur le plan méthodologique. À ce stade, la fiabilité du QGE est confirmée par une corrélation de bonne qualité avec la LCE déjà validée sur le plan international. Ces outils ont été diversement perçus par les professionnels, certains items étant plus difficiles à apprécier pour eux dans le cadre d'un accueil en urgence.

La démarche coopérative mise en œuvre entre l'équipe de recherche - et plus spécialement, la psychologue chargée de recherche -, et les personnels éducatifs dans le remplissage des questionnaires a favorisé une interaction et des échanges de très bonne qualité. À partir d'une meilleure compréhension des outils de repérage proposés, elle a permis aux professionnels de première ligne, dans une démarche globale, de systématiser, dans un recueil d'informations, leur capacité d'observation et de relation éducative auprès des enfants.

➤ ÉTUDE DE LA PRÉVALENCE DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DES ENFANTS ACCUEILLIS EN URGENCE

Les différentes variables socio-démographiques prises en compte dans l'étude soulignent le cumul des difficultés dans les familles des enfants ; difficultés socio-économiques, familles monoparentales, troubles psychiatriques des parents, statut d'étranger, habitat dans les quartiers défavorisés de Paris, etc.

Les difficultés psychologiques des enfants accueillis en urgence ne font toujours pas l'objet, pour de nombreuses raisons, de la même attention que les difficultés des enfants en milieu

ordinaire et à ce titre les réflexions anciennes de Michel Soulé et Jeannine Noël (1971) restent d'actualité.

Le score de perturbation psychologique dans la population d'enfants étudiés est important et largement supérieur à la moyenne de la norme des enfants du même âge. Un nombre important d'enfants sont en difficulté psychologique dont certains ont des difficultés et une souffrance psychologiques aiguës, qui relèveraient d'un recours aux soins, en interne et en externe auprès des structures de type CMP ou CMPP.

1 - Caractéristiques socio-démographiques, suivi social et psychologique

Le domicile des familles des enfants placés en urgence se situe principalement dans les espaces où la pauvreté/précarité/exclusion sociale ont été particulièrement soulignés. Les familles monoparentales sont sur-représentées. La situation de la mère qui, le plus souvent, élève seule ses enfants est particulièrement difficile sur les plans de la santé mentale et de l'accès à l'emploi.

Les suivis sociaux antérieurs au placement sont particulièrement importants mais n'ont pu faire la preuve de leur efficacité avec éventuellement des liens insuffisants avec les structures médico-sociales d'aide à la parentalité et de soins psychiatriques. Il est peu question des structures d'accueil séquentiel pour les enfants des familles en difficulté.

Les enfants placés de familles étrangères sont sur-représentés soulignant la vulnérabilité psycho-sociale des familles migrantes et les insuffisances du pays d'accueil en termes de prévention et d'accompagnement mais aussi les formes de « malentendus culturels » qui nécessiteraient un recours plus important aux consultations transculturelles et ethnopsychiatriques. Les orientations vers des structures de soins psychologiques en cours de placement semblent insuffisantes eu égard aux difficultés des enfants et du groupe familial. Seulement 15 % des enfants sont reçus par le ou la psychologue des structures d'accueil d'urgence, ce qui paraît insuffisant pour évaluer les difficultés de l'enfant.

2 - Éléments apportés par l'utilisation de la Liste des Comportements de l'Enfant (LCE)

Les résultats des scores à la LCE sont supérieurs à la norme pour 40 % des enfants et parmi eux 29 % ont un résultat égal ou supérieur à 50 ce qui les inclut dans le groupe qui devrait bénéficier d'une aide psychologique pour des difficultés psychologiques plus aiguës. Les domaines où les enfants obtiennent les scores de perturbation les plus importants ont trait à de l'agressivité associée à une demande affective intense, à l'anxiété/dépression, au retrait et aux problèmes d'attention.

3 - Éléments apportés par l'utilisation du Questionnaire Guide d'Évaluation (QGE)

La passation du QGE, outre que ses résultats sont bien corrélés à ceux de la LCE, met en relief la fréquence des troubles de type psychotraumatique, souvent sous-estimés. Plus des deux tiers des enfants ont été victimes ou témoins d'un événement potentiellement traumatogène et pour ces derniers le score à ce domaine est élevé. Les difficultés les plus importantes des enfants ont trait aux troubles à dominante anxieuse, phobique, obsessionnelle ou sous forme d'inhibition et de façon moins importante mais nette aux troubles des conduites et des comportements, les troubles psychotraumatiques et la dépression. Les scores de perturbation sont en légère baisse entre la première et seconde passation du QGE, ce qui pourrait être l'effet du placement.

À ce stade, la fiabilité du QGE est confirmée, mais la faible corrélation inter-juge reste problématique et nécessite des investigations supplémentaires.

➤ PARTENARIAT

La recherche-action a mis en relief, d'une part, les difficultés psychologiques d'un grand nombre d'enfants et les potentialités des professionnels de première ligne pour participer à ces repérages avec le développement d'outils adaptés et une meilleure formation/sensibilisation à ces enjeux.

D'un autre côté il semble que les structures de soins en externe sont trop peu sollicitées eu égard aux difficultés des enfants et de leur famille.

Les diverses contraintes institutionnelles des structures d'accueil ou la rigidité parfois observée de la sectorisation des lieux de soins en rapport avec le domicile des parents pourraient être l'objet d'une réflexion partagée dans l'intérêt de la santé mentale des enfants accueillis en urgence.

Ces réflexions pourraient aboutir au développement d'un partenariat plus important dont le 14^e arrondissement de Paris a déjà une longue habitude.

Recommandations

➤ SOUTIEN ET FORMATION DES PROFESSIONNELS

- Les personnels socio-éducatifs sont demandeurs de formations supplémentaires en psychologie de l'enfant, ce qui serait très utile à leur mission.
- Dans le cadre de la formation permanente, les théories de l'attachement, la parentalité, les psychopathologies du groupe familial et les spécificités culturelles des familles migrantes sont des thèmes importants, voire indispensables à travailler.
- La spécificité de l'accueil d'urgence devrait encourager la mise en œuvre de supervision pour les professionnels assurant la prise en charge de ces enfants.

➤ REPÉRAGE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DES ENFANTS

- Une attention particulière - et systématique - devrait être apportée au repérage des difficultés psychologiques des enfants accueillis en urgence en intégrant la dimension des troubles psychotraumatiques.
- Les psychologues sont bien présents dans les institutions et la vie institutionnelle, mais la forme de leurs interventions est très hétérogène d'une structure à l'autre quant au travail direct auprès des enfants accueillis. Dans le cas des structures d'accueil d'urgence, leur fonction pourrait être harmonisée.

➤ ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

- Le contenu des mesures sociales préventives pour les enfants de 0 à 3 ans, en termes d'objectifs et de moyens d'y répondre, devrait être réévalué, et la dimension psychologique mieux intégrée à l'ensemble du suivi social, en partenariat avec les réseaux de pédopsychiatrie autant que possible, de façon à prévenir un certain nombre de placements en urgence. Les thèmes relatifs à la parentalité, aux questions psycho-sociales et transculturelles devraient faire partie de ce contenu.
- La présence au sein des structures d'accueil d'urgence d'un pédopsychiatre¹⁹ ou d'un psychiatre, au moins à temps partiel, devrait être envisagée eu égard aux difficultés des enfants et des équipes, et au travail éventuel avec les parents.

19 - « (...) très peu de foyers de l'enfance ont, parmi leurs employés, un médecin ou un pédopsychiatre salarié, même à temps partiel. En effet, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) confirme cette situation, puisqu'il existait, en France, le 01/01/1998, 199 foyers de l'enfance (9 800 places d'accueil) avec 9 100 employés équivalent temps plein dont seulement 0,6 % correspondait au personnel médical (psychiatres, autres spécialistes et généralistes) et 1 126 maisons d'enfants à caractère social (41 800 places d'accueil) avec 26 500 employés équivalent temps plein dont seulement 0,3 % de personnel médical. » Rapport d'enquête (2006)

- 
- Une articulation réfléchie et renforcée avec les intersecteurs de pédopsychiatrie et les CMPP devrait permettre un meilleur partenariat entre structures d'accueil d'urgence et structures de soins, et un meilleur accès aux soins lorsque ceux-ci se révèlent nécessaires.
 - La mobilisation des parents, souvent difficile dans ce type de prise en charge en urgence, devrait faire l'objet d'une réflexion.
 - La dimension transculturelle, très présente chez les familles migrantes, devrait faire l'objet d'une attention particulière dans les structures d'accueil d'urgence, le nombre d'enfants issus de ces familles y étant important. Le recours aux consultations transculturelles devrait être renforcé dans les situations familiales difficiles où les malentendus culturels sont prédominants.

Annexes de la recherche

- QUESTIONNAIRE GUIDE D'ÉVALUATION (QGE)
- LISTE DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT (LCE)
- COURRIER – DEMANDE D'ACCORD DES PARENTS

Renseignements nominatifs :

Réfèrent : 1 2 Chargé de recherche : _____ Numéro identifiant de l'enfant : _____
Nom et prénom de l'enfant : _____
Date : _____ Initiales du professionnel : _____ Fonction : _____ Foyer : _____

Questionnaire Guide d'Évaluation

(à remplir par les professionnels)

Madame, Monsieur, vous remplissez ce questionnaire en prenant votre temps à partir de vos perceptions sur les comportements directement observables de l'enfant, depuis son arrivée (au minimum 15 jours) et d'un faisceau de signes vous permettant d'avoir une perception justifiée. Le psychologue chargé de recherche pourra vous donner des précisions et répondre à vos questions. Pour les questions sans cotation **cochez la case** à la réponse choisie. Certains items de la première partie du questionnaire pourront être complétés ultérieurement si vous ne connaissez pas toutes les réponses. Pour les cotations, **un seul chiffre** par question doit être entouré : **0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelquefois, 2 souvent, fréquemment ou toujours**. Il est nécessaire de répondre à toutes les questions.

Renseignements anonymes :

Ville et arrondissement de résidence des ou du parent : _____ Lieu de naissance de l'enfant : _____

Situation particulière de l'enfant : Adopté Autre, précisez : _____

Date du placement actuel : _____ Durée de ce placement : _____

L'enfant a-t-il déjà été placé : Oui Non (si oui, précisez la fréquence) : _____

Nombre d'enfants dans la fratrie : _____ Nombre d'enfants dans la fratrie actuelle¹ : _____

Rang dans la fratrie : _____ Rang dans la fratrie actuelle : _____

Mois et année de naissance de l'enfant : _____ Âge : _____ Sexe de l'enfant : Fille Garçon

Dans quelle classe l'enfant est-il scolarisé : _____

L'enfant était-il élevé par ses deux parents : Oui Non Si non : Père Mère Autre : _____

Situation parentale : Célibataire Marié Vie Maritale
 Séparé Divorcé Veuf

Placement : individuel fratrie Rang dans la fratrie placée : _____

Connaissez-vous les motifs du placement : Oui Non Si oui, lesquels : _____

L'enfant connaît-il les motifs réels ou supposés de son placement : Oui Non

S'il vous en a parlé, que dit-il ? : _____

Est-il en contact avec sa famille : Oui Non Si oui :

Visite médiatisée au foyer 1 Visite à la maison dans la journée 2

Visite à la maison avec hébergement 3 Autre 4 (précisez) : _____

Situation particulière des parents Oui Non

Père en prison SDF hospitalisé inconnu décédé Autre² : _____

Mère en prison SDF hospitalisée inconnue décédée Autre² : _____

1 Fratrie actuelle = frères/sœurs ou demi-frères/sœurs avec lesquels l'enfant grandit.

2 Préciser : sans papiers, retour au pays, etc ...

Profession du père : _____ en activité au chômage maladie ou invalidité

Profession de la mère : _____ en activité au chômage maladie ou invalidité

L'un ou les parents sont-ils issus d'un pays étranger : Oui Non

Si oui : Père Mère Les deux parents

Pays d'origine du père : _____ Année d'arrivée : _____

Pays d'origine de la mère : _____ Année d'arrivée : _____

L'un ou les parents sont-ils issus d'un DOM ou TOM : Oui Non

Si oui : Père Mère Les deux parents

DOM ou TOM d'origine du père : _____ Année d'arrivée : _____

DOM ou TOM d'origine de la mère : _____ Année d'arrivée : _____

Langues ou dialectes parlés à la maison par les personnes s'occupant de l'enfant en permanence avant son placement :

Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre perception : 0 pour une réponse par la négative ou pas du tout et 2 pour une réponse affirmative

0 2 A. L'enfant présente-t-il des troubles massifs du développement et de la communication du type autisme, psychose infantile, déficit intellectuel profond ? **Entourez 0 ou 2,**

Si 2 précisez : _____

Si 2 ne pas remplir plus avant le questionnaire

Pour chaque question entourez le chiffre correspondant le mieux à votre perception : 0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelquefois, 2 souvent, fréquemment

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 0 | | 2 | 1. Bégaiement, tics |
| 0 | | 2 | 2. Refus de s'alimenter |
| 0 | | 2 | 3. Réveils fréquents, insomnies |
| 0 | | 2 | 4. Absent, déconnecté |
| 0 | | 2 | 5. Cauchemars de répétition (le même cauchemar qui revient) |
| 0 | | 2 | 6. Perte d'appétit |
| 0 | | 2 | 7. Apeuré, inquiet, angoissé |
| 0 | | 2 | 8. Agitations, cris, pleurs au moment du coucher |
| 0 | | 2 | 9. Enurésie (de jour ou de nuit) précisez : _____ |
| 0 | | 2 | 10. Cauchemars (à l'exclusion des cauchemars de répétition) |
| 0 | | 2 | 11. Refus de se séparer de quelqu'un |
| 0 | | 2 | 12. Triste, abattu |
| 0 | | 2 | 13. Mange beaucoup trop, comme pour se remplir, même sans appétit. (boulimie) |
| 0 | | 2 | 14. Ne parle pas ou très peu (mutisme) |
| 0 | | 2 | 15. Alimentation excessivement sélective |
| 0 | | 2 | 16. Difficultés d'endormissement |
| 0 | | 2 | 17. Sursaut, mouvements incontrôlés |
| 0 | | 2 | 18. Douleurs et plaintes somatiques (non médicalement diagnostiquées) |
| 0 | | 2 | 19. L'enfant vous semble-t-il dans un état d'inquiétude permanente ou très fréquente ? |

- 0 | 1 | 2 **20.** Encoprésie (de jour ou de nuit) *précisez* : _____
- 0 | 1 | 2 **21.** Bouge sans arrêt, incapable de se poser (instabilité psycho-motrice)
- 0 | 1 | 2 **22.** Allergie médicalement constatée (*décrivez*) : _____
- 0 | 1 | 2 **23.** Refus d'aller à l'école ou à la crèche
- 0 | 1 | 2 **24.** Insatisfaction, découragement, lassitude
- 0 | 1 | 2 **25.** Asthme médicalement constaté
- 0 | 1 | 2 **26.** Reste collé à l'adulte présent (demande affective intense)
- 0 | 1 | 2 **27.** Existe-t-il chez l'enfant des pensées, souvenirs, obsédants ? Si oui, lesquels ? (*décrivez*) : _____

- 0 | 1 | 2 **28.** Comportement agressif/conflictuel (à la maison ou/et à l'extérieur)
- 0 | 1 | 2 **29.** Perturbation des activités de l'enfant (jeux, dessin), lesquels (*décrivez*) : _____

- 0 | 1 | 2 **30.** Pertes d'acquisitions (graphisme, autre). *Précisez* : _____
- 0 | 1 | 2 **31.** Conduites d'isolement ou de retrait
- 0 | 1 | 2 **32.** Incapacité de se concentrer
- 0 | 1 | 2 **33.** Existe-t-il chez l'enfant des sentiments ou émotions envahissantes ?

Si oui, lesquels ? _____

- 0 | 1 | 2 **34.** Refus de certaines activités lié à une forme d'apathie, de désintérêt ou d'indifférence
- 0 | 1 | 2 **35.** Existe-t-il chez l'enfant des jeux ou scénario excessivement répétitifs ?

Si oui, lesquels ? _____

- 0 | 1 | 2 **36.** Baisse des performances scolaires de l'enfant signalée par l'école
- 0 | 1 | 2 **37.** L'enfant a-t-il des conduites d'évitement, de fuite ou d'équivalent, par exemple à des bruits, à des situations, à des images incluant celles de la télévision et autre ?

Précisez : _____

- 0 | 1 | 2 **38.** L'enfant a-t-il des comportements répétitifs susceptibles de gêner sa vie quotidienne ?
- Si oui, lesquels ? _____

Ajoutez et précisez des difficultés de l'enfant non listées dans le questionnaire, lesquelles :

- 0 | 1 | 2 **39.** *Précisez* : _____
- 0 | 1 | 2 **40.** *Précisez* : _____
- 0 | 1 | 2 **41.** *Précisez* : _____

 Nombre de réponses par colonne

 Scores pour chaque colonne **Score total :**

À votre connaissance l'enfant a-t-il été victime, témoin et directement confronté à des événements de violences, menaces, blessures, agressions, accidents, mort subite d'un proche en sa présence, violences familiales ou conjugale ou d'autres événements pouvant mettre sa vie en danger : catastrophe naturelle, guerre, incendie, autres ?

Oui Non Si oui, précisez _____

Avant le placement, existait-il un suivi éducatif ou social régulier ? *ex. AEMO ou autre* : Oui Non

Si oui, lequel ? : _____ Avait-il bénéficié d'une aide psychologique ? Oui Non

A-t-il été reçu en entretien par le/la psychologue du foyer depuis son arrivée ? Oui Non

L'enfant est-il suivi pour une aide psychologique ou psycho-pédagogique à l'extérieur du foyer ? Oui Non

Si oui : date de début de cette prise en charge : _____ Durée en mois : _____

Précisez : Psychothérapie Groupe thérapeutique
 Orthophonie Psychomotricité Autre : _____

Cette prise en charge a-t-elle un effet significatif sur l'état de l'enfant ? Oui Non

Si oui, dans quel sens ? Aggravation des troubles Amélioration Précisez : _____

Selon vous, quelle est la difficulté dominante de cet enfant ? _____

QGE, copyright 2005 Y. Mouchenik

LCE - Liste des comportements de l'enfant Inventaire des comportements

Voici une liste de descriptions qui concernent les enfants et les adolescents. Pour chaque item qui s'applique à votre enfant **maintenant** ou **au cours des 6 derniers mois**, entourez le 2 si l'item est **très vrai** ou **souvent vrai** pour votre enfant. Entourez le 1 si l'item est **à peu près vrai** ou **parfois vrai** pour votre enfant. Si l'item n'est **pas vrai** pour votre enfant, entourez le 0. Répondez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si certaines questions paraissent ne pas s'appliquer à votre enfant.

0 = Pas vrai (à votre connaissance)

1 = À peu près vrai, ou Parfois vrai

2 = Très vrai ou Souvent vrai

0	1	2	1. A des comportements trop jeunes pour son âge	0	1	2	31. Craint de penser ou faire quelque chose de mal
0	1	2	2. Allergie (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	32. Pense qu'il (elle) devrait être parfait(e)
				0	1	2	33. Pense ou se plaint que personne ne l'aime
0	1	2	3. Conteste ou contredit souvent				
0	1	2	4. Asthme	0	1	2	34. Pense que les autres lui veulent du mal
				0	1	2	35. Se trouve bon(ne) à rien ou inférieur(e)
0	1	2	5. Se comporte comme quelqu'un du sexe opposé				
0	1	2	6. Fait caca dans sa culotte	0	1	2	36. Se fait souvent mal, a tendance à avoir des accidents
0	1	2	7. Se vante, est prétentieux(se)	0	1	2	37. Se bagarre souvent
0	1	2	8. Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps				
0	1	2	9. Ne peut pas se débarrasser de certaines pensées, est obsédé(e) par certaines idées (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	38. Se fait souvent taquiner, est l'objet de moqueries
				0	1	2	39. A de mauvaises fréquentations
0	1	2	10. Ne peut pas rester assis(e) tranquille, remue beaucoup, toujours en train de bouger	0	1	2	40. Entend des bruits ou des voix qui n'existent pas (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	11. S'accroche aux adultes ou est trop dépendant(e)	0	1	2	41. Est impulsif(ve) ou agit sans réfléchir
0	1	2	12. Se plaint de se sentir seul(e)	0	1	2	42. Préfère être seul(e) plutôt qu'en compagnie des autres
0	1	2	13. Embrouillé(e), confus(e)	0	1	2	43. Ment ou triche
0	1	2	14. Pleure souvent				
0	1	2	15. Cruel(le) avec les animaux	0	1	2	44. Se ronge les ongles
0	1	2	16. Cruel(le), dominateur(trice), méchanceté envers les autres	0	1	2	45. Nerveux(se) ou tendu(e)
0	1	2	17. Rêvasse ou semble perdu(e) dans ses pensées	0	1	2	46. A des mouvements nerveux ou des tics (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	18. Se fait mal délibérément ou a fait des tentatives de suicide				
0	1	2	19. Demande beaucoup d'attention	0	1	2	47. Fait des cauchemars
0	1	2	20. Détruit ses affaires personnelles	0	1	2	48. N'est pas aimé(e) par les autres enfants
0	1	2	21. Détruit des choses appartenant à sa famille ou à d'autres enfants	0	1	2	49. Est constipé(e), ne va pas à la selle
0	1	2	22. Désobéissant(e) à la maison	0	1	2	50. Trop peureux(se) ou anxieux(se)
0	1	2	23. Désobéissant(e) à l'école	0	1	2	51. A des vertiges
0	1	2	24. Ne mange pas bien				
0	1	2	25. Ne s'entend pas bien avec les autres enfants	0	1	2	52. Se sent facilement coupable
0	1	2	26. Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit(e)	0	1	2	53. Mange trop
0	1	2	27. Facilement jaloux(se)	0	1	2	54. Est épuisé(e) de fatigue
0	1	2	28. Mange ou boit des choses non comestibles - ne pas compter les bonbons (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	55. Est trop gros(se)
0	1	2	29. A peur des certains animaux, de situations ou d'endroits autres que l'école (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	56. Problèmes physiques sans cause médicale connue :
0	1	2	30. A peur d'aller à l'école	0	1	2	a. Douleurs diverses (sauf maux de tête ou de ventre)
				0	1	2	b. Maux de tête
				0	1	2	c. Nausées, envies de vomir
				0	1	2	d. Problèmes avec les yeux (ne pas compter s'il a des lunettes) (<i>décrivez</i>) : _____
				0	1	2	e. Éruptions ou autres problèmes de peau
				0	1	2	f. Mal au ventre ou crampes
				0	1	2	g. Vomissements
				0	1	2	h. Autres (<i>décrivez</i>) : _____

0 = Pas vrai (à votre connaissance)

1 = À peu près vrai, ou Parfois vrai

2 = Très vrai ou Souvent vrai

0	1	2	57. Frappe ou agresse physiquement les autres	0	1	2	84. A un comportement étrange (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache les peaux ou se gratte d'autres parties du corps (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	85. A des idées bizarres (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	59. Joue avec son sexe en public	0	1	2	86. Est buté(e), renfrogné(e), désagréable ou irritable
0	1	2	60. Joue trop avec ses parties sexuelles	0	1	2	87. A des sautes d'humeur, est lunatique
0	1	2	61. A de mauvais résultats scolaires	0	1	2	88. Boude beaucoup
0	1	2	62. Est maladroit(e) ou a des gestes mal coordonnés	0	1	2	89. Méfiant(e)
0	1	2	63. Préfère jouer avec des enfants plus âgés	0	1	2	90. Dit des gros mots ou des obscénités
0	1	2	64. Préfère jouer avec des enfants plus jeunes	0	1	2	91. Parle de se tuer
0	1	2	65. Refuse de parler	0	1	2	92. Parle ou marche durant son sommeil (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	66. Ne peut pas s'empêcher de répéter certains actes ; a des "manies" (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	93. Parle trop
0	1	2	67. Fugue de la maison	0	1	2	94. Asticote les autres, souvent en train de les agacer
0	1	2	68. Crie beaucoup	0	1	2	95. Fais des colères ou s'emporte facilement
0	1	2	69. Secret(e), garde les choses pour soi	0	1	2	96. Pense trop aux questions sexuelles
0	1	2	70. Voit des choses qui n'existent pas (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	97. Menace les gens
0	1	2	71. Manque de naturel, facilement mal à l'aise ou intimidé(e)	0	1	2	98. Suce son pouce ou ses doigts
0	1	2	72. Met le feu	0	1	2	99. Trop préoccupé(e) par l'ordre ou la propreté
0	1	2	73. Problèmes sexuels (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	100. Difficultés pour dormir (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	74. Fait son intéressant(e), se donne en spectacle	0	1	2	101. Fait l'école buissonnière, manque l'école
0	1	2	75. Timide ou réservé(e)	0	1	2	102. Est lent(e), ou manque d'énergie ou de tonus
0	1	2	76. Dort moins que la plupart des enfants ou adolescents du même âge	0	1	2	103. Malheureux(se), triste ou déprimé(e)
0	1	2	77. Dort plus que la plupart des enfants durant le jour et/ou la nuit (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	104. Fait beaucoup de bruit
0	1	2	78. Se barbouille ou joue avec ses selles	0	1	2	105. Prend de l'alcool, des drogues ou des médicaments sans raison médicale (<i>décrivez</i>) : _____
0	1	2	79. Problèmes d'élocution ou de prononciation (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	106. Actes de vandalisme
0	1	2	80. A le regard vide, sans expression	0	1	2	107. Fait pipi dans sa culotte
0	1	2	81. Vole à la maison	0	1	2	108. Fait pipi au lit la nuit
0	1	2	82. Vole en dehors de la maison	0	1	2	109. Pleurnichard(e)
0	1	2	83. Accumule des choses dont il (elle) n'a pas besoin (<i>décrivez</i>) : _____	0	1	2	110. Voudrait être de l'autre sexe
				0	1	2	111. Replié sur soi, ne se mêle pas aux autres
				0	1	2	112. S'inquiète, se fait du souci
							113. S'il vous plaît, précisez ici tout problème de votre enfant qui n'a pas été évoqué ci-dessus : _____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____

VÉRIFIER QUE VOUS AVEZ RÉPONDU À CHAQUE QUESTION

SOULIGNER LES QUESTIONS QUI VOUS PRÉOCCUPENT

Cachet du lieu d'accueil

Paris, le

Madame, Monsieur,

Le service de l'Aide Sociale à l'Enfance met en œuvre une étude auprès des enfants de 3 à 6 ans actuellement pris en charge. Cette étude a pour objet l'amélioration de la connaissance des besoins psychologiques de ces enfants, pour mieux y répondre. Elle s'appuiera sur des questionnaires de vie quotidienne, complétés par les éducateurs qui prennent en charge habituellement les enfants.

Les informations nominatives seront recueillies par l'équipe de recherche de l'unité « petite et jeune enfance » de la guidance infantile (secteur 75.I.06, dirigé par le Dr M-O. PEROUSE de MONTCLOS, 1 rue Cabanis 75014 Paris). Ces informations seront ensuite rendues anonymes pour le traitement statistique et l'évaluation des résultats. Pour toute autre information relative à cette étude, vous pouvez, si vous le souhaitez, prendre contact avec M. Yoram MOUCHENIK, responsable de l'équipe de recherche (tél 01 45 65 81 23).

Votre enfant est susceptible de faire partie des enfants inclus dans cette étude, après votre accord écrit (accord ci-dessous). Si vous refusez cet accord, votre enfant ne sera pas inclus dans cette étude, sans qu'en soit modifiée en aucune façon la qualité de l'accueil et de l'encadrement qui lui sont offerts par le foyer.

Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès et de rectification pour les informations concernant votre enfant. Il vous suffit de prendre contact avec le Dr M. Bourdais, médecin conseil de la Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives (DASES – SDAFE – 94-96 Quai de la Rapée – 75012 Paris).

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le responsable du lieu d'accueil

Je donne mon accord pour que mon enfant
(nom, prénom) soit inclus dans l'étude

Date et signature :

Je n'autorise pas l'inclusion de mon enfant
(nom, prénom) dans cette étude

Date et signature :

Bibliographie

Achenbach T. M., 1991, *Manuel for the child behavior checklist*, Burlington, USA, University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach T. M., Rescola, L. A., 2003, *Manuel for the Aseba School Age Form*, Burlington, USA, University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Family.

Albrecht G. et al, 2001, *The Child Behavior Checklist for group Care Worker*, Journal of Abnormal Child Psychology.

Alfons A. M. et coll., 1999, Problems Reported by Parents of children in Multiple Cultures :The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs, *American Journal of Psychiatry*, 156, 4 : 569-574.

Bailly L., 1996, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, ESF.

Barrois C., 1988, *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

Baubet T. Moro M. R. (eds), 2003, *Psychiatrie et Migration*, Paris, Masson.

Doyle S., McCarty, 2002, *Child behavior Checklist, Fast Track Project Technical Report*, (on-line).

Etude épidémiologique auprès des enfants confiés à l'ASE du département de Maine et Loire, 2002-2004, Rapport d'enquête janvier 2006.

Fombonne E. et al, 1988, Le Child Behavior Checklist : un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant, *Psychiatrie et Psychobiologie*, 3, 409-418.

- 1989, The Child Behavior Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: a comparaison between two screening instruments, *Psychological Medicine*, 19 : 777-785.

- 1991, The use of questionnaires in child psychiatry research : measuring their performance and choosing an optimal cut-off, *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 32, 4 : 677-693.

Giraud M., 2005, Le travail psychosocial des enfants placés, *Déviance et Société*, vol 29, n°4 : 463-485.

Golse B., 2006, Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans, *Rhizome*, n°23, juillet 2006 : 2-3.

Kenneth J. et al, 2000, PTSD Scale of the Child behavior Checklist: Concurrent and Discriminant Validity with non-clinic-Referred sexually Abused children, *Journal of Traumatic Stress*, 13, 2 : 287-299.

Kreisler L., 1981, *L'enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.

Legault G., Lafrenière M., 1992, Situation d'incompréhensions culturelles dans les services sociaux : problématiques, *Santé Mentale au Québec*, vol XVII, n°2.

Moro M. R., 1994, *Parents en Exil. Psychopathologie et Migration*, Paris, PUF.

Myers K., Winters N., 2002, Ten years of rating scales, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* : 1401-1422.

Mouchenik Y., Baubet T. et al, 2001, Évaluer les troubles psychologiques post-traumatiques chez les enfants de moins de six ans, *L'autre*, n°2 : 359-366.

Mouchenik Y., Bellanger F., 2003, L'identification des troubles post-traumatiques chez les jeunes enfants réfugiés. » dans l'ouvrage collectif *Soigner malgré tout, bébés, enfants et adolescents dans la violence*, coordonné par K. Le Roch, D. Bitar et al, Grenoble, Pensée Sauvage, 2003.

Mouhot F., 2003, Séparations Parent/Enfants : impact de l'âge des enfants sur leur évolution, *Psychiatrie de l'enfant*, XLVI, 2 : 609-630.

Pérouse de Montclos, 2006, Ontogenèse de l'attachement entre 0 et 12 ans, in *L'attachement*, Guedeney N., Guedeney A. (eds) : 71-80, Paris, Masson.

Petot D., 2003, *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Dunod, Paris.

Rapport d'Enquête, 2006, *Etude réalisée auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents*, Département du Maine et Loire.

Rousseau C., Nadeau, 2003, Migration, exil et santé mentale in *Psychiatrie et Migrations* sous la dir. De Baubet T. et Moro M. R. : 126-136, Paris, Masson.

Soulé M., 1977, La Prévention médico-sociale précoce - nécessité et difficultés, *La Ville et l'Enfant* : 201-206, Paris.

- et Noël J., 1971, Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bienfaisance, *Psychiatrie de l'Enfant*, XIV, 2 : 577-620.

Expertise Collective INSERM, 2005, *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, INSERM.

Vermeersch S., Fombonne E., 1997, Le Child Behavior Checklist : résultats préliminaires de la standardisation de la version française, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 45 (10) : 615-620.

Wolfe V. et al, 1989, The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation, *Behavioral Therapy* 20 : 359-383.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

- Docteur Marie-Odile Pérouse de Montclos, responsable médicale de la recherche, pédopsychiatre, Chef de service du 6^e secteur de psychiatrie infanto-juvénile, CHSA, Paris.
- Yoram Mouchenik, psychologue-clinicien, psychothérapeute, Docteur en Anthropologie, CHSA, Paris, chargé de recherche principal (yoram.mouchenik@free.fr).
- Suryana Monge, psychologue clinicienne, Université Paris 5, chargée de recherche.
- Valérie Gaboulaud, médecin épidémiologiste, Epicentre, Paris.

CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Docteur Thierry Baubet, Praticien Hospitalier, Service de psychiatrie de l'Hôpital Avicenne, Bobigny.
- Docteur Valérie Gaboulaud, médecin épidémiologiste, Epicentre, Paris.
- Professeur Marie-Rose Moro, Pédopsychiatre, psychanalyste, chef de service en pédopsychiatrie, Hôpital Avicenne, Bobigny.
- Yoram Mouchenik, psychologue-clinicien, psychothérapeute, Docteur en Anthropologie, CHSA, Paris.
- Docteur Marie-Odile Pérouse de Montclos, responsable médicale de la recherche, pédopsychiatre, Chef de service du 6^e secteur de psychiatrie infanto-juvénile, CHSA, Paris.

COMITÉ DE PILOTAGE

Pour la Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives (SDAFE) :

- Un représentant du bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance
- Un représentant du bureau des Établissements Départementaux
- Un représentant du bureau d'Accueil Familial Départemental
- Un représentant du centre d'accueil d'urgence Saint-Vincent de Paul
- Un représentant du foyer de l'enfance Michelet
- Un représentant du service d'accueil familial parisien
- Un représentant du bureau des Études et de l'Informatique
- La cellule-santé de la sous-direction

Le responsable du Service des Études, des Recherches et de la Documentation (SERD).

L'équipe de recherche prestataire de l'étude.

REMERCIEMENTS

Nous avons pu bénéficier de l'indispensable disponibilité des équipes éducatives, des cadres et des directions des foyers d'accueil du Centre Saint-Vincent de Paul, du foyer Michelet et du Service d'Accueil Familial de Paris, coopération très précieuse sans laquelle cette étude n'aurait pas pu être réalisée. Qu'ils soient remerciés de leur intérêt et du temps important qu'ils ont consacré à cette étude.

Directrice de la publication : Geneviève GUEYDAN
Conception maquette : Sabine MOIG - SERD/DASES
Secrétariat de rédaction : SERD/DASES
Dépôt légal : à parution
Impression : SA Imprimerie Chiffoleau