

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2023

2023 TOU3 1530

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Lauriane MOUSSALIME**

le 19 AVRIL 2023

**« JEUNES PLACES HORS DU DOMICILE BÉNÉFICIAIRES DU
DISPOSITIF RAP 31 : ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES
INDIVIDUELLES, ENVIRONNEMENTALES ET BIOGRAPHIQUES
AVEC UN FOCUS SUR L'ACCUEIL EN LIEU DE VIE »**

Directeurs de thèse : Michel VIGNES et Julie COLLANGE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Docteur Alexis REVET	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel VIGNES	Assesseur
Madame le Docteur Julie COLLANGE	Assesseur
Monsieur le Docteur François OLIVIER	Assesseur
Monsieur le Docteur Hugo RUDY	Suppléant

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MAHSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologique	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.		Professeurs Associés
2ème classe		
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. ABITTEBOUL Yves
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	Mme BOURGEOIS Odile
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. BOYER Pierre
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	M. CHICOULAA Bruno
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	M. PIPONNIER David
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. STILLMUNKES André
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	Mme MALVAUD Sandra
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale		
M. MESTHÉ Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

Remerciements

Aux membres du jury,

A Mr le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, merci également pour votre accessibilité et pour la qualité de vos enseignements qui ont participé à mon choix d'orientation vers la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A Mr le Dr Alexis Revet,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail, et également pour votre disponibilité auprès des internes, ainsi que pour les connaissances que vous m'avez transmises, notamment dans le cadre des enseignements de l'option PEA.

A Mr le Dr Michel Vignes,

Je vous remercie d'avoir co-dirigé cette thèse et d'avoir accompagné mon travail tout en faisant vivre les dossiers par la narration de multiples anecdotes sur le parcours souvent tumultueux des adolescents.

A Mme le Dr Julie Collange,

Je te remercie d'avoir co-dirigé cette thèse et de m'avoir fait profiter de tes éclairages cliniques.

Merci à tous les deux pour vos relectures attentives et vos conseils avisés.

A Mr le Dr François Olivier,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, merci pour votre supervision et vos conseils méthodologiques dans le cadre du soutien de la FERREPSY Occitanie.

A Mr le Dr Hugo Rudy,

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et de m'avoir accompagnée tout au long de ce semestre à la MDA, avec bienveillance et disponibilité.

A l'équipe du RAP 31,

Pour avoir guidé mes premiers pas dans la jungle des dossiers du RAP, et m'avoir accueillie dans leurs locaux. Je remercie tout particulièrement **Chantal Boutboul** et **Valérie Barengo** pour leur aide à la navigation dans les méandres de la base de données, pour m'avoir fait profiter de leurs compétences en matière de tableaux Excel et pour leur gentillesse.

A l'équipe de la FERREPSY et associés,

A Mme Alexandrine Salis, merci pour votre accompagnement régulier et concret et pour vos relectures et suggestions précieuses.

A Mme Soukaina Chouiba, merci pour votre aide et votre travail.

A Mr Sébastien Dejean, merci de m'avoir prêté vos compétences en matière d'analyse statistique et pour votre guidance dans l'univers obscur des analyses bivariées.

A mes co-internes,

Jordan, Léa, Valentin, encore **Léa, Juliette** et **Clémence,** ça a été un véritable plaisir de partager ces semestres avec vous et même si les journées étaient souvent intenses, le fun était globalement bien présent. A **Malena** pour ton hypomanie et ta fibre militante.

A la famille,

A ma maman, pour ta présence et ton soutien indéfectible depuis maintenant vingt-huit ans, je suis si reconnaissante de tout ce que tu fais pour moi. Merci pour ta simplicité, ta gentillesse, ton altruisme, ton énergie et ta disponibilité constante. Après tout, si je veux devenir médecin, c'est peut-être un peu pour te ressembler.

A mon pap's, pour l'exploration culinaire approfondie des tables toulousaines que nous menons depuis plus de dix ans, pour avoir toujours pris soin de moi, pour ton sens de l'humour, pour l'amour de la nature, le goût du voyage roots et la détermination obstinée que tu as su me transmettre.

A Greg pour ton calme olympien et ta gentillesse, à **Juju** pour ton originale imprévisibilité. Je suis fière d'être votre grande sœur.

A mes grands-parents, présents ou à leur souvenir, à mon **arrière-grand-père**, merci pour votre affection et votre soutien.

Aux copains,

A Lorette, Sarah et Elia pour l'insouciant hilarité des années collège et de toutes celles qui ont suivi.

A Myriam, pour la coloc' de l'ambiance et pour toutes ces expéditions montagnardes, jusque dans l'Himalaya.

A Lucas pour ton humour pince sans rire, pour avoir rendu la PACES supportable, pour les roues libres des soirées post concours chez Tonton, pour les marathons de Tellement Vrai, pour toutes les pépites sonores dénichées. Merci d'être comme ton vin préféré : pétillant et naturel :p ^^

A Tom pour ton maniement du huitième degré, ton insoumission aux diktats du patronat, et pour m'avoir laissé ta part de pâtes au pesto di pistacchio.

A Margaux pour les escapades festivières et la motorisation du vélo.

Aux Névrosés pour notre espace thérapeutique qui nous a, j'ai l'impression, aidé à devenir des adultes à peu près équilibrés, et ce n'était pas gagné... **A Arthur** pour la diversité de nos conversations, pour ta fibre zadiste, ta vivacité d'esprit et ta gentillesse qui rendent les moments passés avec toi si spéciaux. **A Maud** pour ta sensibilité et l'authenticité avec laquelle tu la partage. J'ai beaucoup appris de ton intelligence émotionnelle. **A Sophie**, grosse folle, pour ton aplomb surréaliste et tous tes excès, qui tentent de dissimuler un petit cœur tendre, on te voit. **A Paul** pour ton sens de l'esthétique, pour ta patience infinie et pour ce timbre vocal dont je ne me lasserai jamais (PAPAYOOO).

Au Gucci Gang pour le panache et le scandale, vous êtes la meilleure team. **A Diane**, la queen de l'outre-mer, pour ton anticipation exagérée, tes vocaux irrespectueux, et parce que tu pèses. **A Cuics** pour tes lever d'yeux au ciel, pour le subtil dosage entre ta fibre maternelle et ta sauvagerie. **A Hermasse** pour toutes les crises de rire que tu as générées et parce que la vie nous sourit toujours un peu quand tu es dans les parages. **A Marie** pour ton élégance, pour être LA partenaire idéale au Trivial (shhhut) et pour les perles. **A Charlotte** pour le croustillant de tes debriefs post soirée et ta passion pour la nuit. **A Deborah** pour ta simplicité, ta discrétion et...ah non. **A Caro** pour ta simplicité (cette fois pour de vrai), parce que ta mesure et ta discrétion sont appréciables dans tout ce tintamarre.

Au reste de la meute, pour votre finesse légendaire (pas beaux vous). Merci aux **Strasbourgeois** pour le twerk, les schputes et le pornographe. A **Berch** pour être le plus mignon des sangliers, à **Mathieu** pour les 12 villas et les 60 gyozas, à **Rémi** pour les one-man-shows, à **Raph Adam** qui veut le blanc, à **Bubu** pour le champagne, à **Béné** pour relever un peu le niveau des playlists, à **Guigui** pour ton sourire contagieux et à **Thibaut** pour les poilades.

A mon amoureux, tu as contribué à l'élaboration de cette thèse de mille façons, très concrètement grâce à ta maîtrise des outils bureautiques dont tu m'as largement fait profiter, grâce au temps infini que tu me fais gagner au quotidien et surtout grâce à ton écoute, ta douceur et ton soutien émotionnel. La vie à tes côtés est délicieuse et je t'aime.

Table des matières

SERMEN D’HIPPOCRATE	7
REMERCIEMENTS	8
TABLE DES MATIERES	11
TABLE DES FIGURES.....	14
LISTE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION.....	16
1. LE RAP 31.....	16
1.1 <i>Présentation du dispositif.....</i>	16
1.2 <i>Caractéristiques des jeunes bénéficiant du RAP 31.....</i>	19
2. LE PLACEMENT HORS DU DOMICILE FAMILIAL	20
2.1 <i>Données générales et épidémiologiques.....</i>	20
2.2 <i>Les structures d’accueil</i>	21
3. LES LIEUX DE VIE ET D’ACCUEIL.....	22
3.1 <i>Définition.....</i>	22
3.2 <i>Brève contextualisation historique.....</i>	23
4. CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ET ENVIRONNEMENTALES DES ENFANTS PLACES HORS DU DOMICILE FAMILIAL	24
4.1 <i>Caractéristiques individuelles.....</i>	24
4.2 <i>Caractéristiques environnementales et familiales</i>	26
4.3 <i>Caractéristiques des jeunes en fonction du type de lieu d’accueil</i>	27
4.3.1 <i>Caractéristiques individuelles</i>	27
4.3.2 <i>Caractéristiques environnementales</i>	27
4.3.3 <i>Caractéristiques biographiques</i>	28
4.4 <i>Influence du parcours de placement sur la santé psychique des enfants placés</i>	29
4.5 <i>Facteurs prédictifs du succès du placement.....</i>	30
5. LVA ET RAP 31	31
6. OBJECTIFS DE L’ETUDE	33
MATERIEL ET METHODE	34
1. POPULATION DE L’ETUDE.....	34
2. RECUEIL DES DONNEES	34
3. DONNEES RECUEILLIES	34
3.1 <i>Caractéristiques individuelles.....</i>	34
3.2 <i>Caractéristiques environnementales et biographiques.....</i>	35
3.3 <i>Critères de sévérité psychopathologique</i>	37

4.	ANALYSE DES DONNEES	37
5.	CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	39
RESULTATS		40
1.	DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	40
1.1	<i>Caractéristiques individuelles</i>	41
1.2	<i>Caractéristiques environnementales</i>	42
1.3	<i>Caractéristiques biographiques</i>	42
1.4	<i>Description de l'utilisation des lieux de vie dans notre échantillon</i>	43
2.	REPARTITION DES CARACTERISTIQUES.....	45
2.1	<i>Répartition des caractéristiques en fonction du lieu de placement à l'inclusion au RAP 31</i>	45
2.1.1	Caractéristiques individuelles	47
2.1.2	Caractéristiques environnementales	47
2.1.3	Caractéristiques biographiques	47
2.1.4	Critères de sévérité psychopathologique	48
2.2	<i>Répartition des caractéristiques en fonction de l'antécédent de placement en lieu de vie</i>	48
2.2.1	Caractéristiques individuelles	50
2.2.2	Caractéristiques environnementales	51
2.2.3	Caractéristiques biographiques	51
2.2.4	Critères de sévérité psychopathologique	51
DISCUSSION		52
1.	CARACTERISTIQUES DES JEUNES PLACES BENEFICIANT DU RAP 31.....	52
1.1	<i>Caractéristiques individuelles</i>	52
1.2	<i>Caractéristiques environnementales</i>	52
1.3	<i>Caractéristiques biographiques</i>	53
1.4	<i>Focus descriptif sur les LV</i>	53
2.	ANALYSE DE LA REPARTITION DES CARACTERISTIQUES	54
2.1	<i>Analyse de la répartition des caractéristiques en fonction du lieu de placement à l'inclusion au RAP</i>	
31	54
2.1.1	Caractéristiques individuelles	54
2.1.2	Caractéristiques environnementales	55
2.1.3	Caractéristiques biographiques	55
2.1.4	Critères de sévérité psychopathologique	56
2.2	<i>Analyse de la répartition des caractéristiques en fonction de l'antécédent de placement en LV</i>	56
2.2.1	Caractéristiques individuelles	57
2.2.2	Caractéristiques environnementales	57
2.2.3	Caractéristiques biographiques	58
2.2.4	Critères de sévérité psychopathologiques.....	58
3.	FORCES DE L'ÉTUDE	59

4.	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	59
4.1	<i>Limites méthodologiques</i>	59
4.2	<i>Données recueillies</i>	60
4.3	<i>Choix des critères de sévérité psychopathologique</i>	60
5.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	61
	REFERENCES	64

Table des figures

FIGURE 1 DIAGRAMME DE FLUX.....	40
FIGURE 2. REPARTITION DES LIEUX DE PLACEMENT A L'INCLUSION AU RAP 31	41
FIGURE 3. EFFECTIF PAR AGE DE PREMIER PLACEMENT	43
FIGURE 4. REPARTITION DES MODALITES D'ACCUEIL EN LIEU DE VIE	44
FIGURE 5. PROVENANCE DES JEUNES LORS DE LEUR PREMIER PLACEMENT EN LV.....	45

Liste des abréviations

AC : Accueil Collectif
AF : Accueil Familial
AP : Accueil provisoire
APS : Accueil Provisoire Séquentiel
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ATCD : Antécédent
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
CBCL : Child Behavior Check List
CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
EPEI : Etablissements de Placement Educatif et d'Insertion
EACM : Etablissements d'Accueil Collectif de Mineur
FA : Famille d'Accueil
HDJ : Hôpital De Jour
ILC : Instances Locales de Concertation
IME : Institut Médico Educatif
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
JE : Juge des Enfants
LV : Lieu de Vie
LVA : Lieu de Vie et d'Accueil
MDA : Maison Départementale des Adolescents
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social
PAD : Placement A Domicile
RAP 31 : Réseau Adolescence Partenariat 31
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
TC : Troubles du Comportement

Introduction

Les jeunes bénéficiant de l'Aide Sociale à l'Enfance sont surreprésentés dans les files actives des dispositifs de soin psychiatrique et posent, de la petite enfance à l'âge adulte, des problèmes spécifiques (1). L'élaboration de leur projet de vie et de soin associe naturellement les équipes de protection de l'enfance aux équipes soignantes. Nous repérons dans notre pratique quotidienne l'importance d'un travail concomitant plutôt que successif des équipes sanitaires, sociales et médico-sociales. En Haute-Garonne, un dispositif de clinique indirecte a vu le jour, œuvrant au soutien des pratiques partenariales et au métissage des cultures d'accompagnement auprès des publics d'adolescents dits complexes : le Réseau Adolescence et Partenariat (RAP 31).

Les jeunes pris en charge par le RAP 31 lorsqu'ils sont placés, le sont sous des modalités d'accueil diverses. Nous nous interrogeons sur les déterminants de ces modalités d'orientation et sur leur lien avec le parcours de soin. Parmi l'offre de lieux de placement, nous souhaitons nous pencher sur la particularité des Lieux de Vie et d'Accueil (LVA), structures souvent méconnues, permettant d'accueillir des petits groupes d'enfants.

Nous nous questionnons quant à la fréquence de leur sollicitation dans le parcours de placement des jeunes du RAP 31 et quant à la précocité ou non de cette sollicitation. Nous nous interrogeons sur leur mode d'utilisation, et sur les particularités des profils adolescents qui y sont placés, en faisant l'hypothèse que les jeunes qui y sont accueillis pourraient présenter une sévérité psychopathologique plus marquée que celle des autres jeunes placés.

Nous proposons dans ce travail l'analyse rétrospective des caractéristiques des jeunes placés bénéficiant du RAP 31, de façon générale puis en fonction de leur lieu d'accueil. Un focus sera ensuite consacré à l'accueil en lieu de vie.

1. Le RAP 31

1.1 Présentation du dispositif

Le RAP 31 est un Dispositif de Clinique Indirecte Concertée qui vise, par le soutien aux professionnels, à améliorer l'accès aux soins et la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes en difficulté sur le plan psychiatrique, somatique et social dans le département de la

Haute-Garonne (2). Les jeunes concernés ont entre 12 et 21 ans et leur situation est considérée comme complexe par les professionnels des secteurs médicosocial, sanitaire, social, éducatif et judiciaire qui les prennent en charge. Ce sont ces derniers qui saisissent le dispositif.

Les locaux du RAP 31 se situent à Toulouse, dans la Maison Départementale des Adolescents, gérée par le Conseil Départemental. L'équipe du RAP 31 est composée de 9 professionnels à temps partiel, issus de différents horizons (éducateurs, médecins pédopsychiatres et anthropologue, agents de coordination et administratifs).

Les situations considérées comme complexes relevant du RAP 31 sont très hétérogènes, les adolescents présentent des problématiques atypiques ou d'expression singulière, qui ne leur permettent pas de s'appuyer sur les dispositifs classiques. Ils confrontent les professionnels cités à leurs propres limites et semblent créer des malentendus voire des conflits entre ces derniers. Cette complexité mêle une majoration des symptômes spécifiques de l'adolescence, un parcours institutionnel ancien et une histoire de vie souvent traumatique (2).

Le soutien aux professionnels prend différentes formes, la première étant la coordination des parcours de soins des adolescents par le biais d'une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) avec les partenaires des différents secteurs prenant en charge le jeune. Cette réunion permet de construire à plusieurs une prise en charge adaptée pour chaque jeune à la lumière de son parcours relié à son fonctionnement mental et social. C'est un temps de réflexion à la fois clinique et organisationnel qui permet de redéfinir les champs de compétence et les limites de chacun pour retrouver une cohérence dans l'accompagnement qui est proposé à ces adolescents. Ces réunions facilitent la mise en relation des professionnels et créent une dynamique de partenariat.

Les professionnels du RAP 31 ne rencontrent pas directement les adolescents. Une enquête préalable plus ou moins approfondie en fonction du niveau d'inclusion est réalisée par les travailleurs sociaux de l'équipe, permettant de mettre en récit les parcours et de relever d'éventuelles méconnaissances de ces derniers. En effet, cette population se caractérise par des prises en charge où dominent les ruptures, les exclusions, les changements itératifs d'institution ou de référents qui se succèdent depuis la petite enfance. Ces ruptures

modifient l'environnement des jeunes et sollicitent des capacités d'adaptation qui leur font souvent défaut, du fait de leur singularité, de leur immaturité développementale mais aussi de leur trajectoire déjà discontinuée.

Certains changements de lieux de prise en charge peuvent traduire des mouvements de rejet des équipes tant ces jeunes peuvent renvoyer les professionnels à leur impuissance et à une forme de culpabilité. Dans cette multitude d'intervenants, beaucoup d'informations sont perdues (2).

En amont de l'inclusion dans le dispositif, l'équipe du RAP 31 peut conseiller les médecins de premier recours (généralistes, médecins scolaires...) via une ligne téléphonique dédiée. Les difficultés présentées ne nécessitent parfois pas une inclusion dans le réseau et une information/réorientation vers des partenaires ciblés peut suffire (MDA, dispositif de prévention, information sur des lieux de vie, secteur et adresse du CMP/CMPP en fonction du lieu d'habitation ...)

Pour les situations plus complexes, une commission interne au RAP 31 valide l'inclusion et détermine le niveau d'intervention.

- Le niveau 1 : l'équipe de coordination propose une intervention rapide, généralement sur le lieu de vie ou de soins avec invitation des partenaires actuels impliqués auprès du jeune et de sa famille.
- Le niveau 2 : la RCP réunit les professionnels impliqués et certains témoins du parcours. Celui-ci est évoqué et discuté à travers le récit des participants. La démarche de recueil d'informations par le RAP 31 est limitée.
- Le niveau 3 : L'équipe de coordination du RAP 31 se livre à un travail de reconstitution du parcours de vie et de soins en amont de la RCP, en consultant les dossiers médicaux, sociaux et judiciaires, interrogeant les acteurs même si leur implication remonte à plusieurs années.

Les RCP nécessitent l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou celui du jeune s'il est majeur, recueilli par le professionnel qui saisit le RAP 31 sous forme de la ratification d'une charte qui signe l'inclusion dans le dispositif. Après la réunion, un compte rendu est adressé aux participants (en présence ou en visioconférence) et aux invités, en particulier au médecin traitant.

D'autres outils permettent également la mise en réseau : Une réunion mensuelle appelée « RAP clinique » avec présentation d'un dispositif novateur dans le champ de l'adolescence et échanges d'informations (par exemple unité de thérapie brève, club de prévention, réussite éducative, éducateurs libéraux, hôpital de jour réactif...). Le RAP 31 organise aussi des journées thématiques sous forme de colloque (par exemple : grossesses adolescentes, pathologies limites à l'adolescence...) ainsi que des journées de travail et d'échange dont le but est une meilleure connaissance mutuelle mais aussi l'occasion de repréciser les indications de chaque structure et la détermination conjointe des parcours de soins (par exemple : les hôpitaux de jour pour adolescents et jeunes adultes, l'hospitalisation des patients anorexiques, transition entre psychiatrie d'enfants et d'adultes...) Le RAP 31 édite aussi un « bulletin trimestriel » sur l'actualité du soin chez l'adolescent et anime les Instances Locales de Concertation (ILC), émanations des activités traditionnelles de réseau de santé centrées sur la prévention (réunions de coordinations, réunions thématiques d'animation du réseau local), couvrant le champ des 0 à 21 ans et implantés à une échelle plus locale. Le dispositif assure enfin une mission de veille sanitaire repérant l'émergence de problèmes nouveaux (cliniques ou organisationnels).

1.2 Caractéristiques des jeunes bénéficiant du RAP 31

Depuis sa mise en place, le RAP 31 a été sollicité pour plus de 700 jeunes. Peu de données sont disponibles sur le profil et les parcours de vie des jeunes accueillis. A ce jour, seule l'étude menée par le RAP 31 sur la période de 2008 à 2013 (3) apporte quelques éléments d'information.

Dans cet échantillon de 163 jeunes, le ratio garçons/fille était 2/1 et la moyenne d'âge à l'entrée était de 15,6 ans. 6% d'entre eux étaient adoptés.

Les jeunes déscolarisés représentaient 68% de l'échantillon et 56% bénéficiaient d'une mesure Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) à l'inclusion.

Concernant la dimension sanitaire, 70% de ces jeunes avaient bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire, 22% d'une hospitalisation (de jour ou au long cours) et 71% étaient passés par les Urgences et/ou avaient bénéficié d'une hospitalisation de crise.

Sur le plan comportemental, 60% d'entre eux présentaient des troubles du comportement (crises clastiques ou passages à l'acte hétéro agressifs), 11% d'entre eux présentaient des conduites sexualisées avec mises en danger. 34% bénéficiaient d'un suivi PJJ.

La population des jeunes du RAP 31 était exposée aux violences avec 70% des jeunes qui auraient été victimes de violences au sens large, 57% exposés à des violences conjugales, 16% exposés à des violences sexuelles.

En résumé, les jeunes pour lesquels le RAP 31 est sollicité présentent des troubles, avec des parcours de vie chaotiques, marqués par la violence.

Au moment de l'inclusion dans l'étude, 80 % des jeunes étaient placés. Nous ne disposons pas de données chiffrées actualisées sur les parcours de placement des jeunes suivis par le RAP 31.

Dans le travail d'enquête réalisé par l'équipe du RAP 31 au moment de l'inclusion dans le dispositif, une attention particulière est portée aux parcours de placements (souvent multiples) et la question du lieu le plus adapté pour accueillir le jeune placé hors du domicile familial est régulièrement posée.

2. Le placement hors du domicile familial

2.1 Données générales et épidémiologiques

En France en 2016, 145 000 enfants étaient placés hors du domicile parental sous la responsabilité de l'Aide Sociale à l'Enfance (1). Au niveau national, 1,2 % des jeunes de 0 à 20 ans bénéficient d'une mesure de placement, toutes mesures confondues (4). Sur le département de la Haute-Garonne, sur l'année 2021, 4163 jeunes ont bénéficié d'une mesure de placement hors du domicile (5).

Cette décision est prise lorsqu'il existe un danger pour l'enfant au domicile (situations de violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles, ou de négligences lourdes) malgré les aides mises en place ou des troubles du comportement de l'enfant qui compromettent la sécurité au domicile parental, ou encore lors d'hospitalisation ou d'incarcération des parents sans solution dans l'entourage familial.

Le placement d'un enfant peut être administratif, sous la forme d'un accueil provisoire (AP), contractualisé par un accord entre le Conseil Départemental et les parents de l'enfant, ou judiciaire, sur décision du juge des enfants (JE), comme c'est le cas dans la majorité des situations : en France en 2020, 76,2% des mesures de placement étaient des mesures judiciaires (6) (1). En Haute-Garonne en 2021, 1611 jeunes ont bénéficié d'une mesure de placement administratif et 2552 d'une mesure de placement judiciaire (5).

2.2 Les structures d'accueil

Elles sont très variées, séparables en trois grands groupes : **l'accueil familial**, les **établissements d'accueil collectif** et les **lieux d'accueil autres**.

Dans le cas de l'accueil familial il s'agit de personnes formées (assistants familiaux), agréées par le Conseil Départemental, qui accueillent à leur domicile de façon permanente des enfants placés (2 à 3 au maximum), et perçoivent un salaire pour cela. Les familles d'accueil ne sont pas des couples adoptants, les parents des enfants placés disposent d'ailleurs, le plus souvent, toujours de leur autorité parentale : les enfants sont susceptibles de quitter leur famille d'accueil à chaque révision de l'ordonnance de placement, soit tous les ans ou tous les 2 ans. Le placement en famille d'accueil est la solution privilégiée par la plupart des départements, dans la mesure où elle offre des conditions d'accueil très proches d'une vie familiale (7). Cependant, dans certaines situations, l'accueil familial n'est pas le plus adapté notamment quand les troubles du comportement sont sévères ou que la vie familiale et ses enjeux sont insupportables pour l'enfant au vu de son fonctionnement.

Les établissements d'accueil collectif prennent différentes formes, ce sont les Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS), les foyers de l'enfance, les villages d'enfants. Parmi ces lieux d'accueil collectif, on distingue le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) qui est le lieu d'accueil d'urgence, à la fois lors des premiers jours d'un placement initial en urgence mais aussi, en pratique lors de certaines ruptures brutales d'accueil sur d'autres structures.

Ces structures collectives accueillent généralement les enfants par tranches d'âge dans des unités de vie comprenant une dizaine de places chacune. Les enfants sont encadrés par des éducateurs, des veilleurs de nuit, des maîtresses de maisons, des chauffeurs... qui se partagent les différentes fonctions d'une prise en charge quotidienne (suivi éducatif,

transports, logistique et nourriture, sécurité...)(7). Les enfants sont soumis au rythme de la collectivité, cette vie en groupe n'est pas toujours adaptée à leur besoin : le contact des pairs est difficilement supportable pour certains enfants, pouvant majorer leurs troubles. Par ailleurs, certains profils nécessitent une attention et une proximité qui n'est pas permise par l'organisation d'un collectif.

Enfin, les structures autres regroupent les LVA (Lieux de vie et d'accueil) que nous présenterons plus bas et les autres types de lieux d'accueil minoritaires comme les établissements de placement éducatif et d'insertion (EPEI) de la PJJ, les établissements d'accueil collectif de mineurs (ACM) fonctionnant habituellement pendant les vacances scolaires, les appartements en semi-autonomie souvent rattachés à une structure d'accueil collectif. Dans les pays anglo-saxons, le placement chez les proches est également une alternative largement développée, ce type d'accueil n'est pas utilisé en France.

En termes épidémiologiques, en 2020 en France, la part des enfants placés en établissement est la même que celle en famille d'accueil (40%), tandis que les structures autres accueillent 12% des jeunes. Les 8% restants sont les adolescents et jeunes majeurs autonomes. Les parts représentées par l'accueil collectif et les accueils autres ont tendance à augmenter au fil des ans, au détriment de l'accueil familial (en 2010, l'accueil familial représentait 53% des accueils, contre 39% pour l'accueil collectif et 4% pour les autres structures) (6).

3. Les lieux de vie et d'accueil

3.1 Définition

Les Lieux de Vie et d'Accueil (LVA) correspondent à des structures d'accueil situées à l'interface entre familles d'accueil et établissements collectifs, qui offrent une prise en charge de type familial. Autour d'un ou plusieurs permanents éducatifs (de nombreux LVA sont d'ailleurs tenus par des couples d'assistants familiaux (7)), ils accueillent au moins trois et jusqu'à sept personnes. La capacité réduite des LVA permet d'alléger la dimension de vie en collectivité et le nombre d'intervenants.

Par un accompagnement continu et quotidien, ils visent à favoriser l'insertion sociale des personnes accueillies (jeunes ou adultes en difficulté). D'autres professionnels n'y habitant

pas peuvent venir y travailler mais le « Vivre avec » et le partage du quotidien sont des valeurs fondamentales dans les LVA.

Dans le champ de l'ASE, ils sont indiqués pour les jeunes qui ont besoin d'un étayage professionnel dans des modalités plus personnalisées qu'en accueil collectif, dans un lieu avec une organisation qui reste familiale (8).

Les LVA sont difficiles à définir du fait de leur hétérogénéité : diversité des statuts juridiques, de la taille des structures, du mode de fonctionnement, des problématiques des personnes accueillies. Les orientations vers un LVA sont d'origine et d'indication très variées.

En plus du partage du quotidien, les LVA peuvent s'appuyer sur des supports pédagogiques spécifiques, souvent en lien avec la nature et le travail manuel : soins des chevaux, maraîchage, mécanique, ferronnerie, travail du bois, arts du spectacle ou du cirque... etc. Ils sont souvent situés en milieu rural.

3.2 Brève contextualisation historique

Les Lieux de vie et d'accueil sont apparus dans les années 70, dans une volonté de rupture avec le discours médical qui attribuait une dimension soignante aux seuls milieux spécialisés.

En effet, dans la période d'après-guerre on observe une explosion du nombre de demandes de placement, de la construction d'établissements sanitaires et sociaux se spécialisant dans différentes catégories diagnostiques, ainsi que du nombre de placements en institution. Cette tendance a rapidement été remise en cause, notamment grâce aux travaux de John Bowlby en Angleterre, qui démontre les effets délétères de la séparation des enfants avec leur figure d'attachement (9). En France, à la même époque, les travaux de Myriam David et Geneviève Appell mettent en lumière les conséquences délétères de la séparation des jeunes enfants avec leur milieu familial ainsi que les troubles liés au placement (10).

D'autres travaux vont ensuite pointer les dysfonctionnements du système de placement français : des mesures dont l'indication n'est pas requestionnée, des déplacements des enfants au sein des différentes structures, des conditions de vie aliénantes pour les enfants chez qui on retrouve fréquemment un retard de développement, une symptomatologie d'allure psychotique et déficitaire semblant s'aggraver au cours du placement, ainsi qu'une déscolarisation. Ces observations font se confronter les différents courants de pensée de

l'époque concernant la philosophie et l'efficacité du placement hors du domicile : c'est dans ce contexte que le placement familial va commencer à évoluer et les lieux de vie et d'accueil à apparaître (9).

Parallèlement aux tentatives de réforme « de l'intérieur » du système de placement, des personnes exerçant dans les secteurs sociaux, éducatifs, sanitaires, ainsi que des néo-ruraux issus de la mouvance libertaire de l'après-68, veulent rompre avec ce même système. Ils contestent le morcellement, la spécialisation et la hiérarchisation de la prise en charge dans le secteur social, médicosocial et psychiatrique et veulent développer un accompagnement alternatif des personnes en difficulté. Il est aussi important de souligner la dimension concentrationnaire de la vie en internat pour les esprits marqués par la guerre. Le contexte de la naissance des LVA est également celui du mouvement antipsychiatrique, rejetant notamment les hospitalisations sous contrainte, les diagnostics et traitements de l'époque, prônant une prise en charge alternative des personnes présentant des troubles mentaux. L'enjeu du « Vivre avec » est de créer un accueil centré sur des relations de proximité, avec une acceptation de la personne dans sa singularité et dans sa globalité.

La spécificité de leur type de prise en charge et l'intérêt du service rendu par ces LVA est progressivement reconnue et les demandes à leur égard sont nombreuses, émanant des services de l'Aide Sociale à l'Enfance, du secteur sanitaire et de la justice. Leur statut juridique au début flou se structure progressivement mais la crainte de certains pionniers du mouvement est que les LVA deviennent des établissements d'accueil « traditionnels », ce cadre étant jugé trop rigide et normatif.

4. Caractéristiques individuelles et environnementales des enfants placés hors du domicile familial

4.1 Caractéristiques individuelles

En France, les enfants placés sont majoritairement des garçons (57% en 2016) et appartiennent majoritairement à la tranche de 11 à 17 ans inclus. (52% en 2016) (1).

Concernant leur santé mentale, dans les quelques études comparatives ayant confronté un groupe d'enfants placés à un groupe d'enfants témoin non placés pris en population générale, appariés le plus souvent sur l'âge, la prévalence globale des troubles

psychiatriques était 3 à 5 fois plus élevée chez les enfants placés que dans les groupes témoins (1) (11). En fonction des méta-analyses, les résultats retrouvent entre 20 % et 49% d' enfants placés souffrants d'au moins un diagnostic psychiatrique, contre 3 % à 13% des enfants non concernés par l'Aide Sociale à l'Enfance (12) (13). Ces fourchettes larges sont expliquées par la grande diversité des référentiels diagnostiques et des modes de recueil des informations. Par rapport aux enfants de même classe d'âge, ils présentent plus de troubles internalisés et externalisés, plus d'addictions et plus de comportements suicidaires (2).

Une étude américaine rapporte que les enfants placés ont plus de pathologies somatiques que les autres, et auraient cinq fois plus de risques de présenter des troubles anxieux, six fois plus de risque de présenter des troubles du comportement et sept fois plus de risques de souffrir de dépression que les enfants non placés (14). Par ailleurs, le recours aux traitements médicamenteux serait plus fréquent chez les enfants placés, notamment les traitements psychotropes (2).

Une étude française portant sur un échantillon de jeunes placés en institution retrouve une prévalence plus importante de troubles internalisés (33%) qu'externalisés (17%) (11). Cette étude rapporte également une différence de répartition des troubles en fonction du genre, avec des troubles internalisés bien plus prévalents chez les filles. Les troubles externalisés ne suivent pas cette tendance et ne sont pas significativement plus prévalents pour l'un ou l'autre genre (11).

Les études internationales retrouvent une prévalence des troubles externalisés plus élevée chez les enfants placés, entraînant des difficultés sur les lieux de placement. La littérature rapporte des troubles des conduites (principalement évalués grâce à la CBCL (Child Behavior Check List) chez environ un tiers des enfants placés, soit 8 à 9 fois plus que dans les groupes témoins (1) (15).

Les travaux de Bowlby ont souligné le rôle central joué par la qualité l'attachement de l'enfant à ses parents dans son développement et la construction de sa santé psychique. Les prévalences élevées de troubles mentaux dans les populations d'enfants placés pourraient être expliqués entre autres par les modalités d'attachement particulières à leur « caregiver »(13) (16).

Dans la littérature, la définition de « trouble de l'attachement » est hétérogène et rend difficile les études de prévalence. Néanmoins, certaines peuvent conclure que les enfants placés sont à haut risque de trouble de l'attachement et que les troubles du comportement y sont couramment associés (15) (17) (16).

Le parcours de ces enfants est souvent chaotique et leur bon développement souvent entravé par l'environnement dans lequel ils évoluent, les mauvais traitements et les nombreuses ruptures et séparations dont ils sont victimes.

4.2 Caractéristiques environnementales et familiales

La littérature internationale retrouve des parents séparés chez plus des trois quarts des enfants placés (15). Environ 40 % des parents d'enfants placés auraient eux-mêmes été placés dans l'enfance, et nombreux sont ceux qui ont subi des violences physiques et sexuelles dans leur propre enfance (1).

Dans les populations d'enfants placés étudiées, la littérature retrouve environ un tiers des parents qui présentent une pathologie mentale (15). D'autres études retrouvent que la moitié des mères et le quart des pères d'enfants placés souffrent de pathologies psychiatriques, le plus souvent de dépression ou de trouble de la personnalité (1). Des consommations de toxiques sont également relevées avec une fréquence d'environ un parent sur 5 enfants, le plus souvent à type d'abus d'alcool ou de mésusage médicamenteux (15) (1).

Qu'ils soient ou non le motif de placement, les antécédents personnels de maltraitance sont très fréquents puisqu'ils concernent plus de la moitié des enfants placés : 20 à 29 % d'entre eux auraient subi des violences physiques, 10 à 31 % des violences psychologiques, 14 à 20 % des abus sexuels et environ 9 % des négligences lourdes (1).

La littérature internationale suggère qu'un quart voire un tiers des jeunes placés ont subi une forme de négligence, émotionnelle ou physique (15). Les enfants placés ont 6 à 8 fois plus de « chances » d'avoir été évalué par un pédiatre pour abus sexuel que les enfants dans la population générale (18).

Ces chiffres représentent les données générales de la littérature concernant les caractéristiques individuelles et environnementales des jeunes placés. Néanmoins, d'autres études ont montré que ces dernières variaient en fonction du lieu d'accueil.

4.3 Caractéristiques des jeunes en fonction du type de lieu d'accueil

Nous n'avons pas retrouvé d'étude française comparant les profils des jeunes placés en fonction de leur lieu d'accueil. Les études internationales comparent entre eux des groupes de jeunes en fonction de leurs lieux de résidence, avec pour chacune des critères d'inclusion et de jugement variables, permettant difficilement une extrapolation à la population française. Néanmoins, la compilation d'études et de revues de littérature internationale montre certaines tendances que nous synthétisons ci-après.

4.3.1 Caractéristiques individuelles

Tout d'abord, les enfants résidant en accueil collectif semblent être plus âgés qu'en accueil familial (en moyenne trois ans de plus) (19) (8).

Il ressort que la sévérité globale des troubles est plus marquée chez les jeunes en AC que chez les autres : les troubles du comportement concerneraient plus de la moitié d'entre eux (contre moins d'un tiers en AF)(15). Dans les accueils type LVA étudiés, 40 à 60 % des enfants présentaient des troubles du comportement, particulièrement dans des dimensions impulsives, hyperactives, oppositionnelles et anti-sociales. (15). Les troubles émotionnels, principalement mesurés avec la CBCL, seraient également plus prévalents chez les jeunes en accueil collectif (variant de 39 à 57% contre 14 à 45% pour les jeunes en AF) (15). Les enfants en institution bénéficient plus souvent d'un traitement médicamenteux. (14% d'entre eux contre 5 % des enfants en famille d'accueil (1)). Aucune étude concernant l'utilisation de traitements psychotropes chez les enfants accueillis en LVA n'a été retrouvée.

4.3.2 Caractéristiques environnementales

Les résultats sont variables et les difficultés familiales sont prévalentes dans tous les types d'accueil.

Le taux de séparation parentale ne semble pas varier en fonction du type d'accueil (environ 80%) (15). Concernant les troubles psychiatriques des parents, la littérature ne semble pas retrouver de différences significatives entre accueil collectif et accueil familial (15). Une étude comparative retrouve un pourcentage de pathologies mentales chez les parents d'enfants du groupe AF significativement plus élevé que dans le groupe LVA (45 % vs 20%)(20). Dans les populations étudiées, le taux d'incarcération parental serait également plus élevé chez les parents des jeunes en AF que chez les autres avec une prévalence de 26% contre 10% chez les enfants en AC et 16% pour les enfants en LVA (21) (20).

La littérature semble montrer que les enfants en FA seraient plus concernés par certains aspects environnementaux : les négligences (physiques et émotionnelles) sont les plus fréquentes chez ces derniers, concernant entre la moitié et les deux tiers d'entre eux, tandis que les pourcentages varient de 26 à 69 % chez les jeunes en accueil collectif et 40% dans les LVA étudiés (14)(19).

Pour les maltraitances (toujours physiques et émotionnelles), les chiffres retrouvés dans la littérature sont variables, nous retrouvons environ un tiers des jeunes en AF concernés, contre un tiers à 52% des jeunes en LVA (15)(20). Selon les études les pourcentages varient de 15 à 63% des jeunes en accueil collectif concernés par ces maltraitances.

Dans les populations étudiées, 30% des jeunes en accueil familial auraient vécu des abus sexuels, contre 10% des jeunes en accueil collectif et 17% pour les LVA (20). Les jeunes en accueil familial auraient 7 à 8 fois plus de risque d'avoir été évalués par un pédiatre dans le cadre d'un abus sexuel que les enfants en population générale (contre 6 fois pour les jeunes en AC (15) (18). La notion de violences domestiques dans les familles étudiées concernait 41% des enfants en AF contre 31% en LVA avec une différence statistiquement significative (15)(20). Pour l'unique étude retrouvée mentionnant les violences domestiques chez les enfants en accueil collectif, elles ont été retrouvées dans 1/6 des familles de ces derniers (21).

4.3.3 Caractéristiques biographiques

Pour les jeunes en AF, selon les études, on retrouve une moyenne de placements antérieurs variant entre 1,3 et 3,8 (15). Pour les jeunes en LVA, une étude retrouve une moyenne de 2 placements précédents ; significativement moins qu'en AF (20). Le nombre le plus élevé de

placements précédents est retrouvé chez les jeunes en accueil collectif avec une moyenne de 4 placements précédents soit 2,5 fois plus que pour l'accueil familial (15,21,22).

Concernant le lieu d'accueil précédent, dans les populations étudiées, la moitié des jeunes en AF sont placés à partir de leur famille biologique, la provenance de l'autre moitié n'est pas claire. Environ la moitié des jeunes en AC viennent également de leur famille biologique. Dans cette même étude, 20% des jeunes en AC venaient d'une FA et 28% d'une autre structure d'AC (15).

Pour les jeunes en LVA, dans la littérature, environ la moitié proviennent d'accueils collectifs, 22% viennent d'accueil familial et 23% de leur famille biologique.

Pour synthétiser les résultats retrouvés sur les LVA, l'analyse de la littérature souligne le nombre anecdotique d'études s'intéressant aux caractéristiques des jeunes qui y sont accueillis. Les rares études semblent indiquer que les LVA peuvent être considérés comme une modalité intermédiaire entre l'AF et le placement en collectif (15).

4.4 Influence du parcours de placement sur la santé psychique des enfants placés

La discontinuité, le nombre total de placements, le placement en institution, ainsi que l'âge tardif de placement sont décrits dans la littérature comme étant des facteurs de risque de troubles psychiques chez les enfants placés (12) (13).

En effet, la multiplication des séparations au cours du développement de ces enfants entraîne des stress accrus et répétés qui peuvent participer à l'organisation de traumatismes complexes. Plusieurs études ont montré que la stabilité du placement était un facteur de protection vis-à-vis du trouble psychiatrique, deux fois moins fréquent chez les enfants dont les placements sont stables comparés à ceux ayant connu une multiplicité de lieux d'accueil (1) (12).

Les études suggèrent que les enfants qui avaient initialement des scores normaux sur la CBCL (Child Behavior Check List) seraient particulièrement vulnérables aux effets délétères des ruptures de placement (23).

Le lieu de placement semble également important à prendre en compte. En effet, plusieurs études ont comparé des enfants vivant en institution à des enfants vivant en famille

d'accueil. Les résultats de ces études soulignent elles aussi un risque plus élevé de troubles psychiatriques chez les enfants placés en institution (1) (12) (19).

A l'inverse, l'âge précoce du placement ou sa stabilité semblent être des facteurs protecteurs vis-à-vis de ces troubles (1). L'hypothèse principale est que la précocité du placement peut être mise en lien avec une plus courte durée d'exposition à un environnement familial potentiellement stressant ou maltraitant et donc à une diminution du risque de conséquences sur le développement psychique (1).

4.5 Facteurs prédictifs du succès du placement

A ce jour, l'ASE ne dispose pas de recommandations reposant sur des données scientifiques pour décider d'un lieu de placement particulier. Quand un placement est requis en France, les modalités d'accueil de type familial sont en général préférées si le profil du jeune le permet et que des places en famille d'accueil sont disponibles (8). Le choix du lieu d'accueil est donc fait par les professionnels qui tentent de répondre au mieux aux besoins de l'enfant tout en respectant les contraintes de la filière.

Les études suggèrent que l'accueil familial, recommandé en première intention dans la plupart des pays, fonctionne particulièrement pour les enfants plus jeunes avec un pronostic développemental normal, tandis que les enfants plus âgés et « à risque » du fait de troubles émotionnels et comportementaux répondent mieux à une prise en charge institutionnelle. Les études anglo-saxonnes suggèrent de considérer avec prudence les placements en FA des enfants âgés avec des troubles externalisés (19). Aux Etats Unis, l'accueil collectif est considéré comme plus cher et moins efficient que l'accueil familial, et par conséquent il est utilisé comme un placement de dernier recours (22)(15). La littérature montre que les jeunes orientés vers les lieux d'accueil collectifs seraient ceux qui présentent le plus de troubles du comportement, les plus âgés et ceux dont l'historique de placement est long et instable (22). En même temps, elle montre qu'un tiers des enfants en accueil familial va connaître des ruptures de placement ; ainsi certains suggèrent que l'accueil collectif d'emblée est parfois la meilleure solution (15) (8).

En effet, dans les institutions, les professionnels peuvent fournir le cadre et les soins plus contenant dont ces enfants ont besoin, tandis que les familles d'accueil ont plus tendance à

être dépassées par les troubles du comportement, ce qui conduit souvent à l'échec de la tentative d'accueil en famille et à un placement final en institution (19).

La sévérité des troubles du comportement serait un facteur pronostique de la pérennité des placements (15) (23). Il est également important de noter un phénomène de « cercle vicieux » puisque l'instabilité du placement qui majore les troubles, semble elle-même conditionnée par les problèmes de comportement initiaux des enfants. La littérature pointe que les problèmes de comportement des enfants devraient être à la fois envisagés comme une cause mais aussi comme une conséquence de la rupture du placement (12). Un âge plus élevé à l'admission, des antécédents d'échecs de placement multiples et un placement en institution seraient associés à des pronostics plus péjoratifs pour le succès du placement (24).

Dans d'autres pays comme la Hollande, ce sont plutôt les LVA qui sont utilisés comme structure de derniers recours, ainsi les profils des jeunes accueillis en LVA sont globalement plus sévères (10). En France, il n'a pas été retrouvé d'études s'intéressant à la place des lieux de vie dans les parcours de placement ni aux profils des jeunes qui y sont accueillis. Une meilleure connaissance du mode de fonctionnement actuel est un prérequis à toute évaluation de l'efficacité de ce fonctionnement. La question du lieu d'accueil répondant le mieux aux besoins de chaque jeune est cruciale quand on connaît les impacts des ruptures sur la santé psychique, la symptomatologie comportementale et donc le risque de vivre d'autres ruptures.

5. LVA et RAP 31

La souplesse actuelle du cadre des LVA, leur position marginale et leur organisation moins codifiée leur permet d'expérimenter des prises en charge et de répondre aux besoins des jeunes qui rencontrent justement des difficultés à « tenir le cadre » des institutions et des familles d'accueil.

Ceci est par exemple le cas lorsqu'un accueil de type familial est indiqué mais qu'un conflit de loyauté vis-à-vis des parents empêche les enfants d'investir une famille d'accueil. En effet, les lieux de vie, même s'ils sont gérés par des permanents, sont encadrés par plusieurs professionnels qui ne résident pas sur place ou ne sont pas parents d'enfants résidant sur le lieu. On peut aussi y orienter des jeunes pour qui le collectif d'une MECS ne peut être envisagé dans la mesure où il serait trop violent et pas assez protecteur au regard des

fragilités de l'enfant et de ses capacités à vivre ensemble mais pour qui une famille d'accueil n'est pas non plus envisageable car trop engageante/excitante affectivement. Les professionnels présents sur un lieu de vie sont plus nombreux qu'en famille d'accueil, ce qui facilite la diffusion de l'accompagnement d'enfants présentant des situations complexes et/ou des troubles du comportement.

Les profils sus cités sont particulièrement prévalents chez les jeunes pour lesquels le RAP 31 a été sollicité : des jeunes présentant souvent des troubles de l'attachement, qui multiplient les lieux d'accueil, avec de grandes difficultés à supporter les accueils proposés, accueils qui peinent également à contenir leurs troubles.

Les LVA en Haute-Garonne disposant d'une autorisation de fonctionnement délivrée par le Conseil Départemental sont au nombre de 8 en 2022 et les jeunes ayant bénéficié du RAP 31 y sont accueillis régulièrement, cependant leur utilisation n'a pas été chiffrée objectivement jusqu'à ce jour. On note que d'autres LVA extra départementaux sont couramment sollicités pour ce même public.

La lecture de nombreux dossiers de jeunes ayant bénéficié du RAP 31 et ayant été placés en LVA, en amont du recueil de données, a permis d'identifier quatre modes d'utilisation de ces structures dans le parcours de ces jeunes :

- **Le placement permanent** quand le LVA est désigné par l'ASE ou la justice comme lieu de placement du jeune au long cours.
- **L'accueil provisoire séquentiel** ou le LVA n'est pas le lieu de placement principal mais est pensé avec les partenaires, en alternance avec la famille d'accueil, l'internat, l'hospitalisation, le foyer ou la famille de l'enfant pour que l'adolescent circule entre plusieurs espaces, de manière prévue et anticipée, au long cours.
- **Le séjour de rupture** qui est un accueil provisoire non séquentiel, prévu pour couper avec le lieu d'accueil habituel.
- **Les autres modalités d'accueil provisoire type urgence/par défaut d'alternative** ou le LVA répond à un besoin d'accueil ponctuel, souvent en urgence (par exemple à l'arrêt brutal d'une structure d'accueil pour des raisons multiples ou devant l'absence d'autres lieux disponibles ...)

Dans ce contexte, il nous a semblé pertinent d'améliorer notre connaissance des profils, des parcours et des situations des jeunes bénéficiant du RAP 31. Cette connaissance est une étape nécessaire et préalable à l'identification de critères d'orientation préférentielle vers certaines modalités de placement, et à l'évaluation des besoins spécifiques de ces jeunes en termes de modalités d'accueil, en fonction de leur psychopathologie initiale et de l'accompagnement qu'ils nécessitent.

De plus, les dossiers du RAP 31, par leur richesse biographique et la pluralité des regards qu'ils synthétisent, constituent un support consistant pour étudier l'utilisation de lieux alternatifs dans le parcours de placement de jeunes présentant des difficultés multiples.

Nous proposons donc de mener une étude rétrospective portant sur les données qu'ils regroupent.

6. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est la description des caractéristiques individuelles, environnementales et biographiques des jeunes placés bénéficiant du RAP 31 avec un focus descriptif sur l'accueil en lieu de vie (mode d'utilisation et place dans le parcours de placement de ces jeunes).

Les objectifs secondaires exploratoires comprennent l'analyse des caractéristiques individuelles, environnementales et biographiques des adolescents pour étudier une éventuelle variation de leur répartition en fonction du lieu de placement à l'entrée au RAP 31 (accueil familial, collectif ou lieu de vie) ou en fonction de l'antécédent de placement en lieu de vie. Certaines de ces caractéristiques sont considérées comme des marqueurs de sévérité psychopathologique par l'équipe du RAP 31, nous étudierons leur répartition afin de rechercher une éventuelle association entre sévérité psychopathologique et lieu de placement.

Matériel et méthode

1. Population de l'étude

- Critères d'inclusion
 - Jeunes entrés au RAP 31 entre 2017 et 2021
 - Placés hors du domicile familial à l'entrée au RAP 31

A noter que dans le cas d'une mesure en cours sans placement effectif (par exemple jeune en fugue ou en errance), le dernier lieu de placement du jeune a été pris en compte.

- Critère de non-inclusion
 - Jeunes dont le dossier ne comprenait ni la grille de recueil biographique, ni la feuille de parcours du RAP 31.

2. Recueil des données

Le recueil anonyme de données a été effectué par consultation des dossier informatisés du RAP 31, à partir de la « feuille de parcours » utilisée par les travailleurs sociaux lors de l'enquête biographique et de la « grille de recueil biographique » pouvant être remplie par ces derniers ou par le professionnel saisissant le RAP 31. Si les informations concernant l'utilisation des lieux de vie et d'accueil n'étaient pas retrouvées dans ces deux supports, les comptes rendus des RCP étaient également étudiés.

3. Données recueillies

3.1 Caractéristiques individuelles

Les données collectées comprenaient :

Les caractéristiques sociodémographiques :

- L'âge
- Le genre
- Le lieu de résidence à l'entrée dans le dispositif (en cas d'accueil séquentiel, le lieu de résidence retenu est celui ou le jeune passe la majorité du temps)

- La présence d'une scolarité en milieu ordinaire, avec ou sans aménagements (classes spécialisées, auxiliaire de vie scolaire (AVS), aménagements d'emploi du temps ou autre)

Les **caractéristiques psychopathologiques** ont ensuite été relevées par le biais des suivis sanitaires passés ou contemporains à l'inclusion. La grille de recueil biographique et la fiche de parcours n'étant pas des supports médicaux, les informations sur les catégories diagnostiques, les traitements ou la symptomatologie précise n'étaient pas disponibles. Les parcours sanitaires ou médico-sociaux y sont en revanche bien documentés et permettent de dégager des informations sur la psychopathologie générale de ces jeunes. De ce fait, nous avons recherché la présence des variables suivantes, à l'entrée au RAP 31 et dans les antécédents de chaque jeune :

- Prise en charge en structure médico-sociale (Institut Médico-Educatif (IME), Dispositif Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP/DITEP), Service d'Education Spéciale et de Soins Au Domicile (SESSAD))
- Suivi psychiatrique ambulatoire
- Hospitalisation de jour en pédopsychiatrie (HDJ)
- Hospitalisation séquentielle, temps plein ou de crise
- Passages répétés (plus de deux) aux urgences (urgences psychiatriques ou pédiatriques pour motifs pédopsychiatriques)

Sur le versant comportemental, nous avons également recherché la mention de :

- Mesure pénale (incluant mesures éducatives judiciaires, avertissement judiciaire, garde à vue, incarcération, suivi Protection Judiciaire de la Jeunesse)
- Troubles du comportement externalisés (sans discernement possible entre les agitations, les crises clastiques et les passages à l'acte hétéro-agressifs)
- Conduites sexualisées (comprenant les mises en danger, les expositions et/ou exhibitions, les « délits » sexuels)

3.2 Caractéristiques environnementales et biographiques

Nous avons également recueilli les antécédents de :

- Placement parental

- Incarcération parentale
- Décès d'au moins un des parents
- Au moins un parent n'exerçant pas ses droits parentaux
- Adoption du jeune
- Exposition à des violences domestiques (violences conjugales, envers la fratrie ou toute violence au sein du foyer dont le jeune ne serait pas victime directe)
- Maltraitance ou violence physique subie par le jeune
- Violence sexuelle subie par le jeune

Nous avons également recherché le statut des parents (En couple, séparés ou non connu)

Enfin, nous nous sommes intéressés au parcours biographique de ces jeunes en relevant :

- L'âge et le motif du premier placement
- Le nombre de lieux de placement différents
- La notion d'un accueil en CDEF dans l'historique de parcours.
- La notion d'un accueil en LV dans l'historique de parcours.

Pour finir, concernant les LV nous avons documenté :

- La modalité d'utilisation du lieu (placement permanent, séquentiel, séjour de rupture ou accueil en urgence)
- Le nombre de placements avant le premier placement en LV
- Le lieu de résidence précédant le premier placement en LV

Si plusieurs passages en LV étaient retrouvés, la modalité d'accueil la plus longue était retenue (par exemple, si un jeune avait fait un séjour de rupture d'une quinzaine de jours puis de l'Accueil Provisoire Séquentiel (APS) pendant plusieurs mois, c'est la modalité APS qui était retenue.)

Dans notre étude, le terme « lieu de vie » regroupe plusieurs structures différentes : Les lieux de vie et d'accueil à proprement parler, qui répondent à la définition donnée plus haut, mais aussi les établissements de Placement Educatif et d'Insertion (EPEI) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ainsi que les établissements d'Accueil Collectif de mineurs (ACM) qui ont parfois des dérogations pour accueillir les jeunes de l'ASE. La case « lieu de

vie » de la base de données du RAP 31, et donc l'acronyme « LV » dans notre étude regroupe de manière indifférenciée ces différentes structures, les LVA restants largement majoritaires.

3.3 Critères de sévérité psychopathologique

Parmi ces données recueillies, certaines sont considérées comme des critères de sévérité par l'équipe du RAP 31 :

- Un antécédent d'hospitalisation de jour
- Un antécédent d'hospitalisation de crise, long cours ou séquentielle
- Un nombre de passage aux urgences psychiatriques supérieur à 2
- La présence d'une mesure pénale
- Un nombre > 4 de lieux de placement
- Un antécédent d'accueil au Centre Départemental de L'Enfance et de la Famille (CDEF).

En effet, les profils psychopathologiques retrouvés en hospitalisation sont plus sévères que ceux retrouvés en ambulatoire. La répétition des passages aux urgences psychiatriques est un autre marqueur sanitaire d'une situation qui déborde les acteurs de la prise en charge. La présence d'une mesure pénale marque une certaine gravité comportementale et différencie les troubles du comportement "simples" de ceux plus sévères avec par exemple de la délinquance ou des passages à l'acte hétéro-agressifs.

Le nombre de placements strictement supérieur à 4 est un marqueur de ruptures répétées, supérieur à la moyenne de tous les lieux d'accueil confondus comme nous l'avons illustré plus haut. L'accueil au CDEF traduit un accueil d'urgence, non préparé, ou un accueil par défaut d'alternatives adaptées aux besoins spécifiques du jeune. Ces deux dernières données sont des marqueurs doubles : d'une part ils signent un nombre important de discontinuités, à risque d'impact sur la santé psychique comme nous l'avons présenté plus haut, d'autre part ils marquent aussi les profils les plus "difficiles" pour lesquels les accueils habituels ne semblent pas convenir.

4. Analyse des données

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques et des données biographiques de notre échantillon a été effectuée. Les données quantitatives sont présentées via la moyenne, les valeurs extrêmes, la médiane, les écarts types et les premier

et troisièmes quartiles. Les données qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage sur le nombre observé ou les données renseignées.

Dans un second temps, nous avons divisé notre échantillon en 3 groupes (AC, AF et LV) en fonction de leur lieu de résidence à l'entrée au RAP 31 pour réaliser une analyse exploratoire sous forme d'analyse bivariée permettant d'étudier la répartition des caractéristiques suscitées en fonction du lieu de placement à l'entrée au RAP 31.

Cette première analyse exploratoire permet de rechercher d'éventuelles associations entre un type de lieu de placement et les caractéristiques des jeunes.

La répartition entre ces trois groupes survient à un instant t , à savoir à l'inclusion au RAP 31. Il faut noter qu'au vu des fréquents changements de lieu de placement de ces jeunes, chacun aurait pu être classé dans un autre groupe s'il avait été inclus au RAP 31 quelques mois plus tôt ou plus tard.

Pour le focus sur les profils des jeunes accueillis en lieu de vie, nous avons divisé notre échantillon en deux groupes : les jeunes ayant déjà été accueillis en lieu de vie et ceux qui ne l'ont jamais été. Une seconde analyse exploratoire a permis d'étudier la répartition des mêmes caractéristiques que dans la première analyse, dans chacun des deux groupes.

Cette analyse permet d'avoir une vision plus globale des profils pour lesquels les LV sont sollicités car elle prend en compte les antécédents de placement en LV, et pas uniquement le lieu de placement à l'inclusion.

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif et en pourcentage et les tests de Chi 2 et de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions. Pour les variables numériques, nous avons réalisé des moyennes par lieux d'accueil et appliqué le test de Kruskal-Wallis (ou de Wilcoxon en fonction du nombre de groupes) pour comparer les distributions des données selon le lieu d'accueil. Le niveau de significativité $p < 0,05$ a été appliqué. Les résultats sont considérés comme pleinement significatifs quand la p value des deux tests correspond au seuil choisi. La p value précisée dans la rédaction des résultats correspond à celle obtenue grâce au test de Chi 2. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel R.

5. Considérations éthiques et réglementaires

Il s'agit d'une étude sur données recueillies dans le cadre de l'inclusion des jeunes par les personnels assurant cette inclusion, pour un usage exclusif sans informations complémentaire recueillies pour la recherche et menée en interne. Le Rap 31 est responsable du traitement des données de l'étude. Le recueil et le traitement des données s'est fait dans le respect du règlement général sur la protection des données.

Résultats

1. Description des caractéristiques de l'échantillon

186 jeunes ont été inclus au RAP 31 entre 2017 et 2021, dont 135 ont bénéficié d'une mesure de placement. Parmi eux, 64% (n=119) étaient placés hors du domicile familial à l'inclusion dans le RAP. Sur les 11 dossiers, 61 ont été exclus de l'analyse car jugés incomplets. Parmi eux nous retrouvons une majorité de dossiers de Niveau 1 d'inclusion au RAP 31, mais aussi une part importante de niveau 2 et 3. L'analyse porte donc sur les 58 jeunes restants, dont les caractéristiques individuelles, environnementales et biographiques sont retranscrites dans les premières colonnes du Tableau 1 et 2. Nous commenterons à l'écrit les résultats les plus marquants.

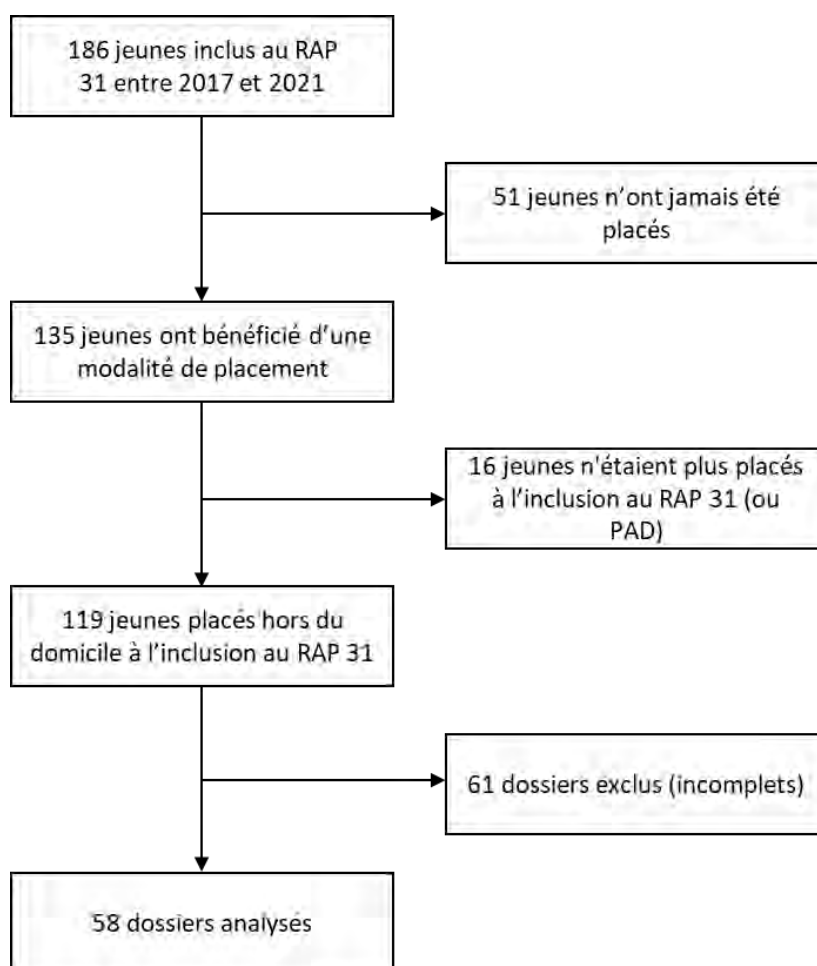


Figure 1 Diagramme de flux

1.1 Caractéristiques individuelles

L'échantillon est composé à 66% (n=38) de garçons et à 34% (n=20) de filles.

Les jeunes ont une moyenne d'âge à l'inclusion au RAP 31 de 15,1 ans [7 à 18]. L'âge médian est à 15 ans, le premier quartile à 14 ans, le troisième quartile à 17 ans avec un écart type de 2,01 années.

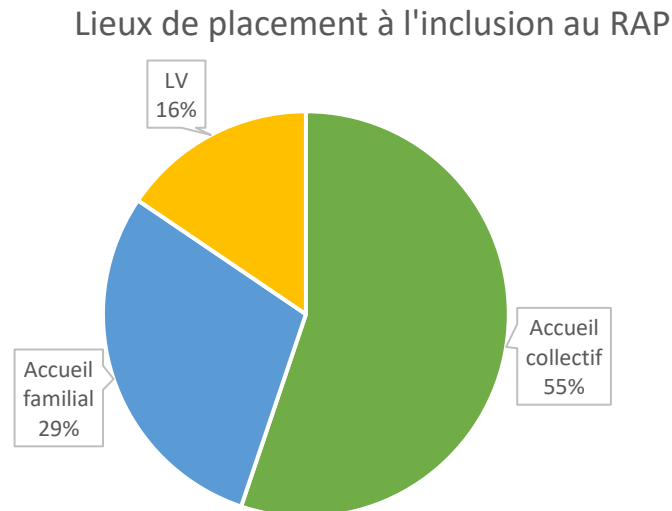


Figure 2. Répartition des lieux de placement à l'inclusion au RAP 31

Les structures d'accueil collectif sont les structures de placement majoritaires, elles concernent 55% des jeunes (n=32). L'accueil familial est en deuxième position, il concerne 29% des jeunes (n=17). L'accueil en lieu de vie concerne 16% d'entre eux (n=9).

La majorité d'entre eux (79 %, n=46) n'étaient pas scolarisés en milieu ordinaire. Seulement 12 jeunes (21 %) l'étaient, dont 7 avec des aménagements scolaires (12%).

Tous les jeunes de l'échantillon, à l'exception d'un, ont au moins un antécédent de suivi psychiatrique ambulatoire (n =53 : 91 %). 62% (n=36) ont au moins un antécédent d'hospitalisation et 36% (n=21) ont un antécédent de prise en charge en HDJ.

Au moment de l'inclusion, le suivi psychiatrique ambulatoire était toujours effectif pour 71% (n=41), 14%(n=9) étaient hospitalisés (hospitalisation séquentielle majoritairement) et 21% (n=12) bénéficiaient d'une prise en charge en HDJ.

53% de l'effectif (n=31) avait été pris en charge en structure médico-sociale (type ITEP, IME, SESSAD...). Cette prise en charge était toujours effective au moment de l'inclusion pour 40% d'entre eux (n=23).

42 jeunes (83%) présentaient des troubles du comportement au sens large et 18 (31%) étaient passés plus de deux fois aux urgences pour motif psychiatrique. Des conduites sexualisées (incluant les mises en danger, exhibitions/expositions) ont été rapportées chez 23 d'entre eux (43%).

La part de jeunes avec un antécédent de mesure pénale et faisant l'objet d'une mesure pénale à l'inclusion est équivalente, elle est respectivement de 29% (n= 15) et de 26%(n=15).

1.2 Caractéristiques environnementales

Nous notons que seulement 9 adolescents avaient des parents en couple (15%), et parmi eux 7 étaient adoptés. A noter que les enfants adoptés représentaient 15% de l'échantillon (n=9).

La majorité des jeunes (62%, n=36) ont été exposés à des formes de maltraitances ou de violence physique. Quasiment la moitié ont été exposés à des violences domestiques (45%, n=26) et presque un tiers à des formes de violences sexuelles (31%, n=18).

1.3 Caractéristiques biographiques

Lors de leur premier placement les jeunes avaient en moyenne 8,7 ans [0 à 17], avec un âge médian à 10,5 ans. L'écart type est de 5,94 ans.

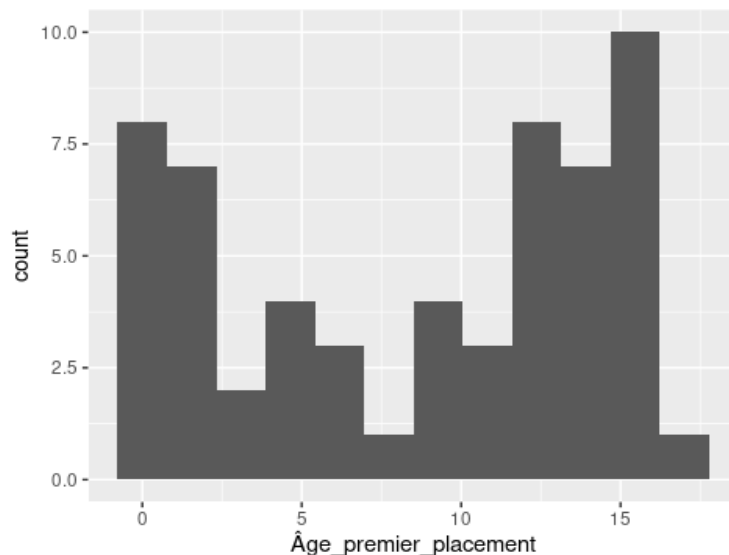


Figure 3. Effectif par âge de premier placement

Ce graphique illustre la répartition des âges de premier placement, on observe deux pics, le premier autour de la première année de vie, le second autour des 14 ans.

Les négligences/maltraitances parentales constituent le motif de premier placement le plus fréquent (67%, n=39), suivi par les troubles du comportement des jeunes dépassant les capacités éducatives des parents (29% n=17). Seuls 2 jeunes présentaient un autre motif de premier placement : un cas d’incarcération maternelle et un cas d’hospitalisation maternelle avec père absent et sans famille ressource.

Les jeunes ont connu en moyenne 6,5 lieux de placements différents [0 à 24] avec une médiane à 5. (Q1=3, Q3=8). Plus de la moitié d’entre eux (59%, n=34) sont passés par plus de 4 structures d’accueil et 67% ont déjà été accueillis au CDEF (n=36).

1.4 Description de l’utilisation des lieux de vie dans notre échantillon

Plus de la moitié des jeunes (57%, n=33) ont déjà été accueillis en lieu de vie. Nous constatons que les modalités d’accueil en LV étaient majoritairement des modalités de placement au long cours : 34% de placement permanent (n=11) et 30% d’APS (n=10). Les séjours de rupture et l’accueil d’urgence occupent une part respective de 21% (n=7) et de 15% (n=5).

Répartition des modalités d'accueil en LV de notre échantillon

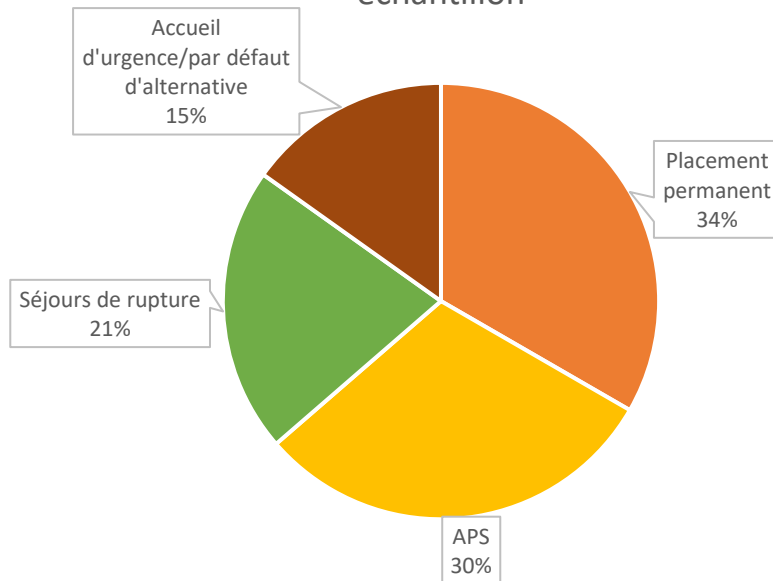


Figure 4. Répartition des modalités d'accueil en lieu de vie

Avant le premier accueil en LV, les jeunes ont connu en moyenne 2,9 lieux de placements [0 à 10] avec une médiane à 3 (Q1=1, Q3=4).

La moitié d'entre eux (49%, n=14) étaient placés en structure collective avant le premier accueil en lieu de vie, 10 (30%) en famille d'accueil et 7 (21%) venaient du domicile (PAD inclus).

Provenance des jeunes lors de leur premier placement en LV

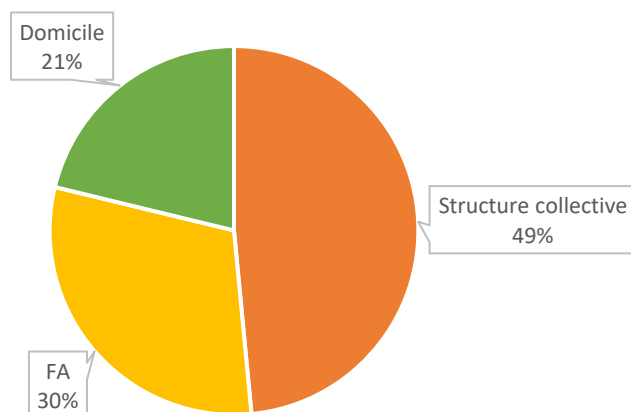


Figure 5. Provenance des jeunes lors de leur premier placement en LV

2. Répartition des caractéristiques

2.1 Répartition des caractéristiques en fonction du lieu de placement à l'inclusion au RAP 31

Dans cette première analyse nous avons divisé notre échantillon en 3 groupes en fonction du lieu de placement à l'inclusion au RAP 31 : le groupe AC, le groupe AF et le groupe LV pour étudier la répartition des caractéristiques entre ces 3 groupes. Les résultats sont décrits dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques des patients de l'échantillon puis caractéristiques par lieu de placement à l'entrée au RAP 31

(Les variables soulignées correspondent aux critères de sévérité, les variables en gras aux résultats significatifs)

Caractéristiques	Echantillon N=58	Accueil collectif N=32	Accueil familial N=17	Lieu de vie N=9	P-value (Chi 2)	P-value (Fisher ou KW)
Genre masculin	38 (66%)	20 (62%)	10 (59%)	8 (89%)	0,26	0,31
Genre féminin	20 (34%)	12 (37%)	7 (41%)	1 (11%)	0,27	0,31
Âge (Années)	15,1	15,2	15	15	-	0,99
Milieu ordinaire	5 (9%)	2 (6%)	3 (18%)	0 (0%)	0,42	0,48
Scolarité aménagée	7 (12%)	3 (9%)	3 (18%)	1 (11%)	0,42	0,48
Déscolarisé	46 (79%)	27 (84%)	11 (65%)	8 (89%)	0,42	0,48
Médico-social	31 (53%)	14 (44%)	10 (59%)	7 (78%)	0,17	0,17
Suivi ambulatoire	53 (91%)	29 (91%)	16 (94%)	8 (89%)	0,88	1
<u>HDJ</u>	21 (36%)	7 (22%)	7 (41%)	7 (78%)	0,0076*	0,0069*
<u>Hospitalisation</u>	36 (62%)	18 (56%)	10 (59%)	8 (89%)	0,19	0,21
<u>Mesure pénale</u>	17 (29%)	12 (37%)	3 (18%)	2 (22%)	0,30	0,38
Urgences >2	18 (31%)	11 (34%)	4 (23%)	3 (33%)	0,73	0,73
TC	42 (83%)	26 (81%)	13 (76%)	9 (100%)	0,30	0,40
Conduites sexualisées	23 (43%)	13 (41%)	9 (53%)	3 (33%)	0,56	0,62
Placement parents	19 (33%)	14 (44%)	4 (23%)	1 (11%)	0,11	0,13
Incarcération parents	10 (17%)	5 (16%)	3 (18%)	2 (22%)	0,90	0,89
Décès parents	5 (9%)	3 (9%)	0 (0%)	2 (22%)	0,15	0,12
Autorité parentale non exercée	31 (53%)	17 (53%)	9 (53%)	5 (55%)	0,99	1
Parents séparés	45 (78%)	28 (87%)	12 (71%)	5 (55%)	0,27	0,15
Parents en couple	9 (15%)	3 (9%)	3 (18%)	3 (33%)	0,27	0,15
Statut non connu	4 (7%)	1 (3%)	2 (12%)	1 (11%)	0,27	0,15
Adoption	9 (15%)	3 (9%)	3 (18%)	3 (33%)	0,21	0,18
Violences domestiques	26 (45%)	16 (50%)	6 (35%)	4 (44%)	0,61	0,58

Violences physiques	36 (62%)	19 (59%)	13 (76%)	4 (44%)	0,25	0,25
Violences sexuelles	18 (31%)	11 (34%)	4 (23%)	3 (33%)	0,73	0,73
Age moyen de premier placement (années)	8,4	10,5	6,5	6,3	-	0,021*
Placement pour maltraitements	39 (67%)	18 (56%)	14 (82%)	7 (78%)	0,26	0,19
Placement pour TC	17 (29%)	13 (41%)	2 (12%)	2 (22%)	0,26	0,19
Placement pour autre	2 (3%)	1 (3%)	1 (6%)	0 (0%)	0,26	0,19
Nombre moyen de placements	6,5	6,3	7,3	5,8	-	0,39
<u>> 4 placements</u>	34 (59%)	20 (62%)	12 (71%)	2 (22%)	0,0469*	0,051
Accueil en CDEF	39 (67%)	25 (78%)	13 (76%)	1 (11%)	0,0005*	0,0008*
Accueil en LV	33 (57%)	17 (53%)	7 (41%)	9 (100%)	-	-

2.1.1 Caractéristiques individuelles

78% des jeunes du groupe LV ont déjà été pris en charge en hôpital de jour contre 41% des jeunes du groupe AF et 22% des jeunes du groupe AC. Cette différence est significative. (p-value = 0,0076)

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les trois groupes concernant nos autres caractéristiques individuelles.

2.1.2 Caractéristiques environnementales

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les trois groupes concernant les caractéristiques environnementales étudiées.

2.1.3 Caractéristiques biographiques

L'âge moyen de premier placement est significativement plus élevé chez les jeunes en accueil collectif (10,5 ans) que chez les jeunes en accueil familial (6,5 ans) et en lieu de vie (6,3 ans). (p-value = 0,0206)

Pour la variable « plus de 4 lieux de placements », le résultat est proche du seuil de significativité mais les 2 p-value ne sont pas inférieures au seuil choisi.

Seulement un jeune du groupe LV est concerné par l'antécédent d'accueil en CDEF contre respectivement 25 (78%) et 13 (76%) dans les groupes AC et AF. Ces proportions sont significativement différentes. (p-value = 0,00049)

2.1.4 Critères de sévérité psychopathologique

Sur les 6 critères de sévérité étudiées (Cf variables soulignées dans le tableau 1), les résultats montrent une différence significative entre les proportions des trois groupes pour uniquement 2 d'entre eux :

- **Antécédent d'HDJ** : En effet retrouvons une proportion plus importante concernée dans le groupe LV que dans le groupe AC (et AF dans une moindre mesure).
- **Antécédent d'accueil en CDEF** : il est plus représenté dans les groupes AF et AC que dans le groupe LV.

2.2 Répartition des caractéristiques en fonction de l'antécédent de placement en lieu de vie

Dans cette deuxième analyse nous avons cette fois divisé notre échantillon en 2 groupes en fonction de la présence ou non d'un accueil en lieu de vie dans l'historique de placement. Le groupe « antécédent lieu de vie (ATCD LV) » est composé des 33 jeunes ayant été accueillis en lieu de vie au moins une fois lors de leur parcours. L'autre groupe « sans antécédent (sans ATCD) » est composé des 25 jeunes restants qui n'ont jamais été placés en lieu de vie. Nous avons ensuite analysé la répartition au sein de ces deux groupes, des mêmes caractéristiques que dans notre première analyse.

Les résultats sont détaillés dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 Caractéristiques de l'échantillon en fonction de l'antécédent de placement en LV

Caractéristiques	Echantillon N=58	Groupe ATCD LV N=33	Groupe sans ATCD N=25	P-value (Chi 2)	P-value (Fisher ou KW)
Genre masculin	38 (66%)	24 (73%)	14 (56%)	0,29	0,26
Genre féminin	20 (34%)	9 (27%)	11 (44%)	0,29	0,26
Âge (Années)	15,1	15,1	15,1	-	0,70
Milieu ordinaire	5 (8,7%)	0 (0%)	5 (20%)	0,02*	0,02*
Scolarité aménagée	7 (12%)	4 (12%)	3 (12%)	0,02*	0,02*
Déscolarisé	46 (79%)	29 (88%)	17 (68%)	0,02*	0,02*
Médico-social	31 (53%)	24 (73%)	7 (28%)	0,0018*	0,0012*
Suivi ambulatoire	53 (91%)	32 (97%)	21 (84%)	0,20	0,15
<u>HDJ</u>	21 (36%)	15 (45%)	6 (24%)	0,16	0,11
<u>Hospitalisation</u>	36 (62%)	26 (79%)	10 (40%)	0,0061*	0,0056*
<u>Mesure pénale</u>	17 (29%)	10 (30%)	7 (28%)	1	1
<u>Urgences >2</u>	18 (31%)	11 (33%)	7 (28%)	0,88	0,78
TC	42 (83%)	32 (97%)	16 (64%)	0,0037*	0,0013*
Conduites sexualisées	23 (43%)	14 (42%)	11 (44%)	1	1
Placement parents	19 (33%)	11 (33%)	8 (32%)	1	1
Incarcération parents	10 (17%)	4 (12%)	6 (24%)	0,40	0,30
Décès parents	5 (8%)	2 (6%)	3 (12%)	0,74	0,64
Autorité parentale non exercée	31 (53%)	16 (48%)	15 (60%)	0,54	0,43
Parents séparés	45 (78%)	25 (76%)	20 (80%)	0,75	0,89
Parents en couple	9 (15%)	5 (15%)	4 (16%)	0,75	0,89
Statut non connu	4 (7%)	3 (9%)	1 (4%)	0,75	0,89

Adoption	9 (15%)	6 (18%)	3 (12%)	0,78	0,72
Violences domestiques	26 (45%)	16 (48%)	10 (40%)	0,71	0,60
Violences physiques	36 (62%)	21 (64%)	15 (60%)	0,99	0,79
Violences sexuelles	18 (31%)	9 (27%)	9 (36%)	0,67	0,57
Age moyen de premier placement (années)	8,4	8,2	9,2	-	0,41
Placement pour maltraitements	39 (67%)	24 (73%)	15 (60%)	0,21	0,25
Placement pour TC	17 (29%)	9 (27%)	8 (32%)	0,21	0,25
Placement pour autre	2 (3%)	0 (0%)	2 (8%)	0,21	0,25
Nombre moyen de placements	6,5	7,4	5,3	-	0,0389*
<u>> 4 placements</u>	34 (59%)	22 (67%)	12 (48%)	0,24	0,18
<u>Accueil en CDEF</u>	39 (67%)	18 (55%)	21 (84%)	0,0371*	0,0244*

2.2.1 Caractéristiques individuelles

Les résultats montrent une différence statistiquement significative en termes de répartition entre les deux groupes pour 4 caractéristiques :

- **Scolarité** : 88% des jeunes du groupe « ATCD LV » sont déscolarisés à leur entrée au RAP 31 contre 68% dans le groupe « Sans ATCD ». Aucun jeune du groupe « ATCD LV » n'était scolarisé en milieu ordinaire, contre 20% dans le groupe « Sans ATCD ». (p-value = 0,0259)
- **Médico-social** : 73% des jeunes du groupe « ATCD LV » ont déjà été accueillis en établissement médico-social contre seulement 28% du groupe « Sans ATCD ». (p-value = 0,0018)
- **Hospitalisation** : 79% des jeunes du groupe « ATCD LV » ont déjà été hospitalisés durant leur parcours contre 40% dans le groupe « Sans ATCD ». (p-value = 0,0061)
- **Troubles du comportement** : La quasi-totalité des jeunes du groupe « ATCD LV » est concernée contre 64% du groupe « Sans ATCD ». (p-value = 0.0033)

2.2.2 Caractéristiques environnementales

En termes d'environnement, aucune différence statistique n'a été retrouvée entre les trois groupes.

2.2.3 Caractéristiques biographiques

Les jeunes du groupe « ATCD LV » ont connu en moyenne 7,4 lieux de placements différents, contre 5,3 pour l'autre groupe. (p-value = 0,0389)

Seulement 54% des jeunes du groupe « ATCD LV » ont été accueillis en CDEF contre 84% des jeunes de l'autre groupe. Cette différence est statistiquement significative (p-value = 0,0371)

2.2.4 Critères de sévérité psychopathologique

Sur les 6 critères de sévérité étudiées (Cf variables soulignées dans le tableau 2), les résultats montrent une différence significative entre les proportions des deux groupes pour uniquement 2 d'entre eux :

- **Hospitalisation de crise/long cours** : elle est plus fréquente dans le groupe « ATCD LV » (79%) que dans le groupe « Sans ATCD » (40%).
- **Accueil en CDEF** : Il y a moins de jeunes ayant été accueillis en CDEF dans le groupe « ATCD LV » (55%) que dans le groupe « Sans ATCD » (84%).

Discussion

1. Caractéristiques des jeunes placés bénéficiant du RAP 31

1.1 Caractéristiques individuelles

La répartition deux tiers/un tiers du genre en faveur des garçons est similaire aux résultats de la première étude réalisée au RAP 31 en 2013 (3) et semble être représentative de la population générale des jeunes inclus dans le dispositif. La moyenne d'âge (15,1 ans) est également sensiblement la même que dans cette étude.

Les résultats mettent en lumière une déscolarisation majeure (79%) et une intervention du soin psychiatrique quasiment systématique (91% d'antécédent de suivi ambulatoire, 62% d'hospitalisations et 36% d'hospitalisation de jour). Les recours aux secteurs médico-social et judiciaire sont également particulièrement fréquents (respectivement 53% et 29% des jeunes concernés). Nous ne sommes pas surpris par la prévalence de la symptomatologie comportementale (83%), bien supérieure aux chiffres de la littérature concernant les enfants placés en général (retrouvant une prévalence entre 17% et 33% (11,15)), car l'orientation vers le dispositif se fait quand les équipes sont mises à mal.

1.2 Caractéristiques environnementales

Concernant l'environnement familial, les résultats confirment que les familles de ces jeunes sont morcelées, et que la majorité d'entre eux ont composé avec l'absence parentale (défaut d'exercice de l'autorité, incarcération ou décès). Le taux élevé de séparation parentale (78%) est similaire à celui observé dans les études internationales chez les enfants placés (15). Nous avons relevé que sur les 9 parents « en couple », 7 sont des parents adoptifs de l'enfant. Nous pouvons faire l'hypothèse que les couples faisant le choix d'adopter sont plus stables que les familles d'origine. Leur relation de couple semble perdurer malgré les difficultés avec leur enfant adoptif, le placement étant souvent demandé par les parents adoptifs eux-mêmes (dans ces situations, le placement est majoritairement administratif, contractualisé au regard des difficultés familiales à contenir les troubles du comportement de l'enfant).

Les résultats confirment que les jeunes se sont majoritairement développés dans un environnement violent avec quasiment deux tiers d'entre eux (62%) qui ont subi des violences physiques au sens large, quasiment la moitié (45%) ayant été témoin de violences domestiques et quasiment un tiers (31%) ayant dénoncé des violences sexuelles. Ces chiffres sont plus élevés que ceux présentés dans la littérature internationale (qui retrouve une prévalence entre 20 et 29 % concernant les violences physiques et entre 14 à 20 % d'antécédents d'abus sexuels chez les enfants placés (1)), mais la comparaison est difficile car les définitions des violences ne sont pas standardisées.

1.3 Caractéristiques biographiques

Concernant les données biographiques, le nombre moyen de lieux de placement à l'inclusion (6,5) est bien supérieur aux chiffres de la littérature (entre 1,3 et 4 lieux de placement différents (15,21,22)). Cette différence est liée au biais de sélection que constitue l'indication à la saisine du RAP 31, qui est rarement sollicité pour les parcours stables et linéaires. L'accueil en CDEF particulièrement fréquent dans notre échantillon (67%), témoigne d'un recours fréquent à l'accueil d'urgence dans cette population. En comparaison, en Haute-Garonne en 2021, 974 jeunes ont été accueillis au CDEF parmi les 4163 ayant bénéficiés d'un placement, ce qui représente un peu plus d'un cinquième.

Le profil le plus fréquent du jeune placé bénéficiant du RAP 31 est celui d'un jeune garçon d'une quinzaine d'années, placé en établissement d'accueil collectif à la suite de maltraitances, déscolarisé et ayant déjà été suivi en pédopsychiatrie ambulatoire. Il présente des troubles du comportement et a connu au moins 5 structures de placement différentes, dont le CDEF.

1.4 Focus descriptif sur les LV

Nos résultats illustrent un recours fréquent aux LV, ce qui est cohérent avec les profils pour lesquels le RAP 31 est sollicité.

Il est intéressant de noter que les résultats concernant la provenance des jeunes lors de leur premier placement en LV (Figure 2) sont proches de ceux retrouvés dans la littérature (15), avec une plus grande proportion de jeunes provenant de FA, au détriment de la proportion de jeunes venant du domicile, ce qui suggère que les primo-placements en LV concernent un

public plus « stable » que les jeunes inclus au RAP 31, qui eux arrivent en lieu de vie après plusieurs lieux de placements précédents.

Les nombres moyen (2,9) et médian (3) de lieux de placement avant le premier accueil en lieu de vie montrent que, si ces structures sont rarement utilisées en première intention, elles interviennent relativement tôt dans le parcours de la majorité des jeunes. Nous avons aussi montré que les lieux de vie étaient majoritairement utilisés pour des accueils pérennes.

Ces résultats suggèrent que le placement en LV intervient lorsque les accueils selon les modalités plus traditionnelles (AC ou AF) ont échoué et, qu'il existe un cheminement préalable à l'accès aux LV qui sélectionne les profils à besoins spécifiques. Leur intervention relativement précoce dans ces parcours à ruptures multiples indique par ailleurs qu'ils ne sont pas majoritairement mobilisés comme solutions de dernière intention.

Le profil le plus fréquent du jeune ayant été placé au moins une fois en LV et bénéficiant du RAP 31 est sensiblement le même que celui décrit précédemment : c'est un jeune garçon d'une quinzaine d'année, déscolarisé, placé dans un contexte de maltraitance, suivi en pédopsychiatrie ambulatoire et présentant des troubles du comportement. Il se distingue du premier profil car il a également bénéficié d'une prise en charge en établissement médico-social et présente au moins un antécédent d'hospitalisation en structure psychiatrique. Il a connu au moins 6 structures de placements différentes.

2. Analyse de la répartition des caractéristiques

2.1 Analyse de la répartition des caractéristiques en fonction du lieu de placement à l'inclusion au RAP 31

Cette partie concerne la répartition des caractéristiques entre les trois groupes « accueil collectif », « accueil familial » et « lieu de vie ».

2.1.1 Caractéristiques individuelles

Premièrement, il est important de souligner que nous ne retrouvons pas comme dans les études internationales une symptomatologie comportementale significativement plus marquée chez les jeunes en AC comparés à ceux en AF (15).

Pour expliquer la proportion plus importante d'hospitalisation de jour dans le groupe LV (78% contre 41% dans le groupe AF et 21% dans le groupe AC), la première hypothèse serait que les profils accueillis ont une symptomatologie psychiatrique et comportementale plus lourde que les autres, nécessitant des soins plus intensifs.

S'ils avaient été significatifs, les résultats des autres variables auraient pu appuyer cette hypothèse. En effet les hospitalisations de crise/long cours, les troubles du comportement et l'accueil en structure médico-sociale sont plus fréquents dans le groupe LV, mais les p-values ne nous permettent pas de conclure.

Nous notons par ailleurs que la répartition de la variable « antécédent d'HDJ » entre les trois groupes suit peut-être la hiérarchie des besoins en termes d'accueil des patients pris en charge en HDJ pédopsychiatrique : en premier lieu nous retrouvons les LV, qui permettent à la fois d'échapper aux écueils du grand collectif et de la relation duelle avec l'adulte. Viennent ensuite les FA, qui exposent aux relations duelles mais protègent du collectif, et les structures d'AC en dernier lieu, qui exposent à l'excitation du collectif mais diffractent les liens aux adultes.

On peut également faire l'hypothèse qu'une association significative entre modalité d'accueil et prise en charge en HDJ indique que cette modalité présente des conditions environnementales plus favorables à la bonne conduite d'un soin institutionnel pluri-hebdomadaire.

2.1.2 Caractéristiques environnementales

Nous pouvons relever le fait que, dans notre échantillon, nous ne retrouvons pas d'environnement familial significativement plus délétère ou plus de violences subies chez les jeunes en AF comme cela a pu être décrit dans la littérature (14,15,19–21), cela peut être pondéré car les populations étudiées dans ces études comprennent des enfants plus jeunes que ceux du dispositif.

2.1.3 Caractéristiques biographiques

L'absence de significativité des résultats concernant le nombre de placements et le nombre de jeunes ayant eu plus de 4 lieux de placement ne permet pas de conclure sur une différence de la stabilité de parcours entre les trois groupes. Contrairement à la littérature

(15,21,22), nous ne retrouvons pas un nombre de placement significativement plus élevé chez les jeunes en AC. En revanche l'âge de premier placement significativement plus élevé chez les jeunes du groupe AC est concordant avec les données de la littérature (19)(8).

La proportion de jeunes concernés par l'antécédent d'accueil en CDEF est significativement moins élevée dans le groupe LV, de manière très marquée (11% contre respectivement 78% et 76% dans les groupes AF et AC). Nous avons parlé en introduction de la sollicitation des LV pour des profils pour qui le placement en collectivité n'était pas envisagé pour diverses raisons. Parmi ces raisons, nous pouvons citer la vulnérabilité accrue de certains jeunes à l'excitation du collectif, avec comme facteur aggravant la confrontation à un groupe composé en partie d'autres adolescents ayant été exclus de collectifs précédemment (ce qui peut être le cas au CDEF vu sa place dans la trajectoire des jeunes présentant des parcours de rupture).

Ainsi nos résultats sont cohérents avec la fonction théorique des lieux de vie.

2.1.4 Critères de sévérité psychopathologique

La répartition de nos 6 critères de gravité ne permet pas de conclure à une association entre la sévérité psychopathologique et le lieu de placement à l'inclusion au RAP 31.

Nous pouvons simplement conclure que, dans notre échantillon :

- L'antécédent de prise en charge en HDJ pédopsychiatrique est significativement associé au fait d'être placé en LV à l'inclusion au RAP 31
- L'antécédent de prise en charge au CDEF est significativement associé au fait d'être placé en AC ou en FA à l'inclusion au RAP 31, et négativement associé au fait d'être placé en LV.

2.2 Analyse de la répartition des caractéristiques en fonction de l'antécédent de placement en LV

Cette nouvelle division de notre échantillon total est nécessaire pour répondre à notre objectif secondaire d'analyse des caractéristiques des jeunes accueillis en lieu de vie, car elle prend en compte les antécédents de placement dans ces structures, et pas uniquement le lieu de placement à l'inclusion. Nous rappelons que nous discutons ici la répartition des

caractéristiques entre les jeunes ayant déjà été accueillis en LV et ceux qui n’y ont jamais été accueillis.

2.2.1 Caractéristiques individuelles

Les résultats obtenus concernant la déscolarisation (88%) et l’antécédent de prise en charge en structure médico-sociale (73%) semblent indiquer que les jeunes ayant été accueillis en lieu de vie présentent de plus grandes difficultés, notamment comportementales, en milieu scolaire et nécessitent des prises en charge spécialisées.

L’antécédent d’hospitalisation est également significativement plus fréquent chez les jeunes du groupe « antécédent LV », et la prévalence de troubles du comportement est plus élevée. En revanche, l’antécédent d’HDJ n’est cette fois pas plus représenté dans le groupe « ATCD LV »

Tandis que dans notre première analyse, sur le plan des caractéristiques individuelles, les jeunes placés en LV à l’inclusion se distinguaient des autres par leur prise en charge en HDJ plus fréquente, dans cette deuxième analyse, nous pouvons voir émerger un autre profil pour lequel les lieux de vie sont sollicités : ce sont des adolescents présentant plus de troubles du comportement que les autres, plus déscolarisés, d’avantage pris en charge en établissement médico-social et hospitalisés en pédopsychiatrie (dont hospitalisations de crise à la suite d’un passage aux urgences), avec un historique de placements plus nombreux. On reconnaît ici le profil relativement typique des adolescents à parcours de ruptures multiples. On peut faire l’hypothèse que pour ces derniers, la modalité d’accueil « court terme » des LV (séjours de rupture, accueil en urgence...) était régulièrement sollicitée tandis que notre première analyse avait sélectionné plus spécifiquement les placements pérennes en LV, car le lieu était identifié comme le lieu de résidence stable du jeune au moment de la saisine du RAP 31.

2.2.2 Caractéristiques environnementales

Nous ne retrouvons aucun élément en faveur d’un environnement familial différent entre les jeunes ayant été accueillis en LV et les autres.

2.2.3 Caractéristiques biographiques

Le nombre de lieux de placements à l'entrée au RAP 31 significativement plus élevé dans le groupe « ATCD LV » conforte également notre hypothèse d'une symptomatologie comportementale plus marquée chez les jeunes de notre échantillon ayant été placés en LV. Ces résultats relèvent que les jeunes ayant été accueillis au moins une fois en LV durant leur parcours ont vécu plus de ruptures de placement que les autres, ce qui confirme que leurs besoins dépassent l'offre des structures d'accueil traditionnelles.

Enfin, les résultats montrent à nouveau une proportion significativement moindre d'antécédent d'accueil en CDEF dans le groupe « ATCD LV ». Ainsi, nous pouvons conclure sur une corrélation négative entre l'antécédent d'accueil en LV et l'antécédent d'accueil en CDEF. Nous avons déjà fait l'hypothèse dans notre discussion à propos de la première analyse, que la corrélation négative entre « antécédent d'accueil en CDEF » et « placement en LV à l'inclusion » pouvait s'expliquer par la psychopathologie sévère (HDJ) des jeunes du groupe LV, justifiant d'être exposés le moins possible au CDEF. Dans cette deuxième analyse, l'association négative entre « antécédent d'accueil en LV » et « antécédent d'accueil en CDEF » semble moins intuitive : une partie du groupe « ATCD LV » semble en effet constituée d'adolescents à parcours de ruptures multiples qui correspondent aux profils accueillis au CDEF. On peut néanmoins supposer que, pour ces adolescents, les LV sont plus souvent sollicités en tant que mesure de rupture et en urgence, dans ce cas, il serait logique que le placement en LV et le placement en CDEF, qui constituent deux réponses alternatives à cette même problématique, aient une corrélation négative. Cela pourrait souligner pour cette population une question de disponibilité des places en LV en tant qu'alternative au CDEF, ou bien des différences de pratiques professionnelles en termes de gestion des situations de ruptures brutales d'accueil.

2.2.4 Critères de sévérité psychopathologiques

La répartition de nos 6 critères de sévérité ne permet pas de conclure à une association entre sévérité psychopathologique et antécédent d'accueil en LV.

Nous pouvons simplement conclure que, dans notre échantillon :

- L'antécédent d'hospitalisation en pédopsychiatrie est significativement associé à l'antécédent d'accueil en lieu de vie

- L'antécédent d'accueil en CDEF est significativement associé au fait de ne jamais avoir été accueilli en LV

3. Forces de l'étude

La population du RAP 31 n'a été que rarement étudiée (plus de 700 jeunes à difficultés multiples), notre travail permet d'avoir des données objectives sur les enfants placés parmi leur file active (64%).

La restitution au sein des dossiers du RAP 31 des éléments biographiques, environnementaux et institutionnels nous permet d'analyser ces différents champs dans le parcours de chaque adolescent.

Par leurs caractéristiques, la population des adolescents inclus au RAP 31 constitue une cohorte adaptée à la compréhension des conditions spécifiques de recours aux LV et de leur place dans l'offre de lieux de placement proposé par l'ASE.

4. Limites de l'étude

Cette étude a ses limites. Comme toute étude rétrospective, elle présente des biais de sélection, de classement et des données manquantes.

4.1 Limites méthodologiques

La principale limite de notre étude est représentée par le faible effectif (58) limitant la puissance statistique. Le nombre important de dossier exclus de l'analyse (61) introduit également un biais de sélection : les grilles de recueil et feuilles de parcours sont naturellement complétées de façon approfondie pour les situations plus complexes. Ainsi nous pouvons supposer que les dossiers exclus de l'analyse car insuffisamment renseignés comportaient les situations les moins complexes et que notre échantillon n'était donc pas pleinement représentatif de la population des jeunes placés bénéficiant du RAP 31.

D'autre part, les spécificités de la population du RAP 31 ne permettent pas d'extrapolation des résultats à la population française, en termes de caractéristiques ou de parcours biographiques. Par exemple nous ne pouvons pas dire que les modes d'utilisation des LV dans notre échantillon soient représentatifs des modes d'utilisation des LV à l'échelle nationale.

4.2 Données recueillies

Les supports de recueils n'étant pas médicaux, les informations cliniques étaient manquantes. Il aurait été intéressant d'avoir des variables cliniques et pharmacologiques, notamment sur troubles internalisés (idées suicidaires, symptômes anxieux ou dépressifs), ou la présence de traitements anxiolytiques, antidépresseurs ou antipsychotiques. Ces informations auraient permis de décrire et d'analyser les profils cliniques avec plus de finesse.

De même, l'analyse de la santé mentale parentale (éventuels suivis, hospitalisations ou traitements), des éventuelles addictions parentales aurait été intéressante et aurait permis une comparaison avec les données de la littérature. Pour aller plus loin, nous pourrions imaginer un croisement entre les dossiers médicaux des jeunes et les dossiers du RAP 31.

Un biais dans le classement des LV peut être souligné, certains établissements répertoriés comme « LV » par le RAP 31 ne répondant pas strictement à la définition de « LVA », notamment les établissements de la PJJ ou les structures d'ACM. Ce biais reste limité car la majorité des établissements répertoriés comme « LV » sont bien des « LVA ».

Les durées de placement ou les motifs d'arrêt d'accueil n'étant pas répertoriées avec précision dans les dossiers du RAP 31, nous n'avons pas pu étudier la stabilité des placements. Ces informations seraient intéressantes à recueillir, particulièrement pour les accueils pérennes. Pour ce faire, nous pourrions proposer une étude croisant les dossiers du RAP 31 et de l'ASE.

4.3 Choix des critères de sévérité psychopathologique

Le choix de ces critères étant empirique, basé sur l'expérience clinique des psychiatres du RAP 31, il peut être discuté.

Pour que le nombre de lieux de placements du jeune à l'inclusion au RAP 31 soit considéré comme un marqueur de sévérité, il devait être supérieur à 4. Ceci concerne presque deux tiers des jeunes, ce qui en fait un critère peu discriminant dans cette population. Ceci permet de souligner à nouveau la complexité des trajectoires des jeunes bénéficiant du RAP 31.

Concernant le critère « accueil en CDEF » : durant l'année 2021, le CDEF enregistrait 974 entrées soit plus de 20% du nombre total de mesures de placement hors du domicile en Haute-Garonne (5), ce qui relativise la spécificité de ce critère en tant que marqueur de sévérité psychopathologique. La durée de placement ou la répétition des accueils au CDEF auraient pu être plus discriminants à cet égard parmi les jeunes inclus au RAP 31.

5. Conclusion et perspectives

Notre étude qui avait comme objectif la description des caractéristiques individuelles, environnementales et biographiques des adolescents placés inclus au RAP 31, permet de dégager le profil le plus répandu chez ces derniers : un jeune garçon d'une quinzaine d'années, placé en établissement d'accueil collectif à la suite de maltraitances, déscolarisé et ayant déjà été suivi en pédopsychiatrie ambulatoire. Il présente des troubles du comportement et a connu au moins 5 structures de placement différentes, dont le CDEF.

Les résultats montrent que l'accueil en lieu de vie concerne une majorité de jeunes, que les modalités d'accueil au long cours (placement permanent et accueil provisoire séquentiel) sont les plus répandues et que le premier placement en LV se fait majoritairement à la suite d'un accueil en collectif.

En ce qui concerne notre objectif secondaire exploratoire, à savoir la recherche d'une éventuelle association entre caractéristiques individuelles, environnementales et biographiques des adolescents et lieux de placement, nous avons pu montrer que dans notre échantillon les jeunes en accueil collectif étaient placés plus tardivement que les autres.

Nos résultats semblent faire émerger deux profils parmi les jeunes du RAP 31 ayant été accueillis en lieux de vie : en premier lieu ceux placés en LV en moment de l'inclusion, présentant majoritairement une psychopathologie nécessitant une prise en charge en hôpital de jour, pour lesquels nous faisons l'hypothèse que le placement pérenne en LV fait partie des facteurs de stabilité permettant le maintien de cette prise en charge.

L'autre profil qui émerge à l'analyse de tous les dossiers de jeunes ayant déjà été accueillis en lieux de vie se rapproche de celui, relativement typique, des adolescents à parcours de ruptures multiples : ils sont plus déscolarisés que les autres, fréquentent davantage les établissements médico-sociaux et les structures d'hospitalisations pédopsychiatriques

(hormis les hôpitaux de jour), ils présentent plus de troubles du comportement et plus de ruptures de placement. Nous faisons l'hypothèse que pour ces derniers, la modalité d'accueil « court terme » des LV (séjours de rupture, accueil en urgence...) est majoritaire.

Ces deux profils ont en commun une moindre fréquentation du CDEF, nous faisons deux hypothèses pour l'expliquer : pour le premier profil, une vulnérabilité accrue, amenant à leur éviter, dans la mesure du possible, l'accueil en CDEF et pour le second profil à la symptomatologie plus comportementale, une utilisation des lieux de vie comme lieux de ruptures ou d'accueil d'urgence, à la place du CDEF.

La répartition de nos critères de sévérité psychopathologique ne permet pas de conclure sur une sévérité plus marquée chez les jeunes accueillis en LV comme nous pouvions en faire l'hypothèse.

Pour aller plus loin, le croisement des données avec d'autres sources (ASE, dossiers médicaux...) serait intéressant pour s'assurer de couvrir toutes les variables d'intérêt relevées dans la littérature. Une fois les données sur la stabilité du placement obtenues, nous pourrions nous interroger sur l'évolution globale des jeunes placés en LVA. L'enjeu d'un tel travail pourrait être d'objectiver des éléments d'orientation à même de guider les investissements humains et matériels vers les structures d'accueil les plus adaptées aux adolescents dits complexes. Est-il pertinent de renforcer les places en MECS, en famille d'accueil ou de développer des accueils alternatifs comme les LVA, les lieux d'accueil sanitarisés, les villages d'enfants ou le placement chez les proches (comme cela est courant dans les pays anglo-saxons) ? Le repérage de facteurs d'orientation vers différents types d'accueil en fonction des profils cliniques, des modalités d'attachement et des parcours de soin pourrait également permettre l'élaboration d'une critériologie validée pour guider les travailleurs dans leur choix d'orientation vers la structure d'accueil la plus adaptée à chaque enfant. On peut faire l'hypothèse qu'un accès d'emblée à une modalité d'accueil ajustée aux besoins individuels spécifiques permettrait d'infléchir les parcours de ruptures vécus par les adolescents complexes et ainsi améliorerait leur pronostic général d'évolution.

Du point de vue du RAP 31, une telle étude pourrait aussi conduire à l'élaboration de programmes de soutien spécifiques et de support au travail partenarial pour les

établissements d'accueil alors identifiés comme particulièrement adaptés à l'accueil d'adolescents à besoins multiples.

Vu, le Président du jury
le 17/03/2023



Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

le 29/03/2023



Références

1. Even M, Sutter-Dallay AL. La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. L'Encéphale. sept 2019;45(4):340-4.
2. Bienvenue au Réseau Rap 31 | RAP 31 [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.rap31.fr/>
3. Documentation | RAP 31 [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.rap31.fr/le-reseau/ressources/documentation>
4. Les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-beneficiaires-de-l-aide-sociale-a-l-enfance/information/>
5. BILAN ODPE 2021 [Internet]. NOOVA. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: https://noova.cd31.fr/intranet/hgi_604281/bilan-odpe-2021?details=true
6. L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lenquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux>
7. Les différentes structures de placement en Protection de l'enfance [Internet]. ACTION ENFANCE. [cité 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.actionenfance.org/les-differentes-structures-de-placement-en-protection-enfance/>
8. Leloux-Opmeer H, Kuiper C, Swaab H, Scholte E. Similarities and Differences in the Psychosocial Development of Children Placed in Different 24-h Settings. J Child Fam Stud. 2018;27(4):1299-310.
9. Combes B. Placement familial et lieu de vie et d'accueil : dissemblances et ressemblances. Empan. 2010;n° 80(4):58-65.
10. David M. 160. L'enfant en placement familial. In: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004. p. 2745-63. (Quadrige; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l-9782130545576-p-2745.htm>
11. Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Siméoni MC. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. Child Youth Serv Rev. oct 2011;33(10):1886-90.
12. Touati CD, Miljkovitch R, Dubois-Comtois K, Sirparanta A, Deborde AS. Facteurs de risque et de protection au cours du placement associés à la santé mentale : une revue systématique de la littérature. Devenir. 14 juin 2021;33(2):135-72.

13. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. févr 2016 [cité 24 févr 2023];95(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998603/>
14. Turney K, Wildeman C. Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*. 1 nov 2016;138(5):e20161118.
15. Leloux-Opmeer H, Kuiper C, Swaab H, Scholte E. Characteristics of Children in Foster Care, Family-Style Group Care, and Residential Care: A Scoping Review. *J Child Fam Stud*. 1 août 2016;25(8):2357-71.
16. Guédeney A, Dugravier R. Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *Psychiatr Enf*. 2006;49(1):227-78.
17. Tarren-Sweeney M. Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Child Youth Serv Rev*. janv 2008;30(1):1-25.
18. Hobbs GF, Hobbs CJ, Wynne JM. Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse Negl*. déc 1999;23(12):1239-52.
19. Scholte EM. Exploration of Criteria for Residential and Foster Care. *J Child Psychol Psychiatry*. sept 1997;38(6):657-66.
20. Lee BR, Thompson R. Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Child Youth Serv Rev*. juill 2008;30(7):746-57.
21. Hussey DL. Profile Characteristics and Behavioral Change Trajectories of Young Residential Children. *J Child Fam Stud*. 2002;10.
22. James S, Roesch S, Zhang JJ. Characteristics and Behavioral Outcomes for Youth in Group Care and Family-Based Care: A Propensity Score Matching Approach Using National Data. *J Emot Behav Disord*. sept 2012;20(3):144-56.
23. Newton RR, Litrownik AJ, Landsverk JA. Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse Negl*. oct 2000;24(10):1363-74.
24. Dregan A, Gulliford MC. Foster care, residential care and public care placement patterns are associated with adult life trajectories: population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2012;47(9):1517-26.

« JEUNES PLACES HORS DU DOMICILE BENEFICIANT DU DISPOSITIF RAP 31 : ÉTUDE DES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES, ENVIRONNEMENTALES ET BIOGRAPHIQUES AVEC UN FOCUS SUR L'ACCUEIL EN LIEU DE VIE »

Introduction : Le RAP 31 est saisi dans les situations d'adolescents dits complexes qui présentent des besoins dépassant les structures d'accueil « traditionnelles », menant à des ruptures de placement répétées. Les lieux de vie (LV) font partie des solutions de placement alternatives.

Cette étude vise à décrire les caractéristiques individuelles, environnementales et biographiques des jeunes placés bénéficiant du RAP 31, ainsi que la place des LV dans leur parcours. Les objectifs secondaires exploratoires comprennent l'analyse de ces mêmes caractéristiques pour rechercher une éventuelle association avec les lieux de placement des adolescents.

Méthode : Nous avons mené une étude rétrospective sur un échantillon de jeunes placés inclus au RAP 31 entre 2017 et 2021. Nous avons décrit leurs caractéristiques et réalisé deux analyses exploratoires : l'une étudiant la répartition des caractéristiques en fonction du lieu de placement à l'inclusion, l'autre en fonction de l'antécédent ou non d'accueil en LV.

Résultats : Le profil le plus fréquent du jeune placé bénéficiant du RAP 31 est un garçon de 15 ans, accueilli en collectif après au moins 4 lieux de placement antérieurs, déscolarisé, ayant été suivi en pédopsychiatrie ambulatoire et présentant des troubles comportementaux. 57% ont déjà été accueillis en LV. Nous avons retrouvé une association entre accueil en LV et déscolarisation, hospitalisation, prise en charge en structure médico-sociale, troubles du comportement, ruptures de placement ainsi qu'une association négative entre accueil en LV et accueil au CDEF.

Conclusion : Deux profils accueillis en lieu de vie semblent émerger : l'un associant hospitalisation de jour et accueil pérenne, l'autre associant symptomatologie comportementale, hospitalisations de crise/séquentielles, multiples ruptures de placement et accueil court terme.

TITRE EN ANGLAIS: « Out of home care and RAP 31: study of individual, environmental and biographical characteristics with a focus on family-style care »

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : RAP 31 ; lieu de vie et d'accueil ; placement ; accueil collectif ; accueil familial ; parcours de ruptures multiples

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de Santé de Toulouse

37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Michel VIGNES et Julie COLLANGE