La santé des enfants dans le cadre de la protection de l'enfance en France

Une revue exploratoire de littérature

Aline GARCIA AVEIRO(1), Séverine EUILLET(2)

(1) Doctorante au sein de l'équipe EFIS (CREF), Université Paris Nanterre, (2) Maîtresse de conférences au sein de l'équipe de recherche "éducation familiale et interventions sociales auprès des familles" (CREF), Université Paris Nanterre.

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.10088

Résumé : La littérature scientifique disponible sur la santé des enfants accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance en France demeure éparse et n'a pas fait l'objet d'une synthèse récente, même que la préoccupation à ce sujet est grandissante et d'actualité. Face à ce constat, cet article vise à analyser l'état actuel des connaissances sur la santé des enfants et adolescents placés en lieu d'accueil collectif, afin d'identifier les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés et la manière dont les recherches les abordent. Une revue exploratoire de la littérature a été conduite à partir d'une recherche documentaire dans sept bases de données, aboutissant à la sélection de onze études théoriques et empiriques. L'analyse thématique révèle une forte hétérogénéité des travaux, un focus marqué sur la santé mentale et une compréhension centrée sur l'histoire familiale. De plus, les études soulignent la susceptibilité des enfants placés à des problématiques spécifiques en santé, ainsi que les limites d'accès à leurs données et aux soins. L'article conclut à la nécessité de développer des recherches intégrant les déterminants sociaux et examinant plus finement les contextes institutionnels, afin de renouveler la compréhension des enjeux de santé auxquels ces enfants sont confrontés.

Mots-clés : Enfants et adolescents, Protection de l'enfance, Placement, Santé, Revue exploratoire

1 Introduction

La santé des enfants et des adolescents suscite une préoccupation croissante, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes nécessitant une intervention de l'Aide sociale à l'enfance. En France, lorsque la famille ne parvient plus à assurer la protection de l'enfant, le placement vise à lui offrir « un cadre de vie sécurisant et structurant » (Ministère de la Justice, n/d) et à répondre à ses besoins, dont le besoin de santé. Cet objectif est en accord avec la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et se

décline dans la dernière loi de protection de l'enfant (Loi du 7 février 2022) qui renforce l'importance de garantir l'accès à la santé et au parcours de santé des enfants protégés, au regard de leurs vulnérabilités.

Cependant, malgré l'importance du sujet, les connaissances disponibles demeurent dispersées et aucune synthèse récente n'offre un portrait global de la santé des enfants placés en France. Considérant ce constat, le présent article propose, dans le cadre d'une recherche doctorale en sciences de l'éducation et de la formation, une étude de la portée, ou revue exploratoire, portant sur la santé des enfants et adolescents retirés de leur milieu familial et placés en lieu d'accueil collectif en France. En s'appuyant sur des travaux qualitatifs et quantitatifs évalués par les pairs ainsi que sur la méthode PRISMA (Page *et al.*, 2021), l'approche vise à « donner un portrait global d'une situation en fonction des écrits existants » (Tétreault & Blais-Michaud, 2014, p.152).

L'objectif est d'établir l'état actuel des connaissances sur la santé des enfants et adolescents placés, afin d'identifier les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés et de comprendre comment ces questions sont abordées dans la littérature scientifique. Ainsi, cette revue exploratoire analyse l'usage du concept de santé, l'importance accordée à la santé mentale et aux relations familiales, la « place » du placement, les difficultés d'accès aux données médicales et aux soins, ainsi que les problématiques spécifiques de santé.

2 La santé des enfants et des adolescents placés

En 2024, 82 806 jeunes étaient placés en lieu d'accueil collectif (DREES)[1] Ce nombre est en augmentation constante depuis plusieurs années (Tarayoun, Abassi, Diallo & Vinceneux, 2024). Les motifs qui conduisent à la décision d'un placement sont variés, tels que la négligence, la violence familiale, les abus sexuels (Bacro, Rambaud, Humbert & Sellenet, 2015 ; Toussaint, Bacro, Florin, & Schneider, 2019). Considérés comme des personnes en plein développement, les enfants et adolescents placés évoluent dans un parcours de prise en charge impliquant divers professionnels et institutions, nécessitant une forte coordination des soins. Le retrait du milieu familial, souvent précédé de situations de violence ou de négligence, peut avoir des effets significatifs sur leur santé (Balençon, Priol, & Vabres, 2021).

Le Code de l'action sociale et des familles, dans son article L112-3 (France, 2022), stipule que « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, (…) dans le respect de ses droits ». Et les récentes lois du 14 mars 2016 et du 7 février 2022 relatives à la protection de l'enfant renforcent l'importance de garantir l'accès des enfants protégés à la santé.

La santé a été définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1948 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948). Malgré son ancienneté, il s'agit d'une référence encore présente dans l'ensemble des textes encadrant la santé en

[1] https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-beneficiaires-de-l-aide-sociale-a-l-enfance/information/.

France. En 1997, la déclaration de Jakarta a mis en évidence les déterminants sociaux de la santé, définis comme les conditions de vie, de travail, et d'accès à l'argent et aux ressources, qui influencent les inégalités en santé. Ces facteurs révèlent la nécessité d'une approche intersectorielle pour garantir la santé, et cela implique une compréhension approfondie des principaux défis rencontrés par la population.

La revue de la littérature menée par Even & Sutter-Dallay (2019) au sujet des pathologies psychiatriques chez les enfants placés en France et à l'étranger souligne leur grande vulnérabilité en matière de santé mentale, avec une prévalence systématiquement plus élevée de troubles que chez leurs pairs. Néanmoins, peu d'études approfondissent cette question, et celles existantes présentent des faiblesses méthodologiques (Even & Sutter-Dallay ; 2019).

La vulnérabilité aux problèmes de santé mentale des enfants et adolescents pris en charge accentue la question de la santé physique. Cependant, les connaissances disponibles restent fragmentaires : les études sont rares, ce qui rend difficile l'obtention d'une vue d'ensemble de l'état de santé de cette population en France. Ces limites soulignent la nécessité de disposer d'une compréhension actualisée et structurée des enjeux de santé spécifiques aux enfants et aux adolescents placés.

3 Méthode

La méthode de revue exploratoire soutient la présente étude, car elle permet d'obtenir une vue d'ensemble interdisciplinaire d'une thématique de recherche abordée selon des approches plurielles et pluridisciplinaires (Mour, s/d ; Université Laval, 2025). Ce point permet de répondre à la complexité de la thématique de la santé travaillée aussi en dehors du champ médical. La réalisation et la présentation de cette revue se sont appuyées sur la méthode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

Pour mener cette revue exploratoire, il a été réalisé une recherche bibliographique entre février et juillet 2025. L'analyse des articles sélectionnés a été conduite à partir d'une évaluation complète du texte, en mettant l'accent sur l'objectif des études, les méthodologies et les résultats.

3.1 Critères d'éligibilité des articles

Les critères d'inclusion portaient sur les articles :

(a) traitant de la santé des enfants et/ou adolescents accueillis en lieux d'accueil collectif ;

(b) articles théoriques ou issus de recherches empiriques (qualitatives et/ou quantitatives) ;

(c) portant sur le contexte français ;

(d) publiés dans une revue scientifique avec une évaluation par des pairs ;

(e) rédigés en français ;

(f) accessibles en ligne ;

(g) en libre accès.

Aucune limite temporelle n'a été appliquée, bien que l'accès en ligne implique une restriction indirecte de la période de publication.

Les critères d'exclusion concernaient :

(a) les articles portant uniquement sur l'accueil familial ;

(b) les revues de littérature ;

(c) les articles centrés exclusivement sur le bien-être ou la qualité de vie.

3.2 Sources de données

Sept bases de données ont été interrogées : BU Université Paris Nanterre, Cairn, Psychoinfo, Academic Search Premier, APA PSyArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection.

3.3 Stratégie de recherche des articles

Les mots-clés sélectionnés pour la recherche ont été les suivants :

- « santé / maladie » ;
- « adolescent / enfant / jeune / enfance / adolescence / jeunesse » ;
- « placé / protégé / accueilli / confié / foyer / MECS / orphelinat ».

Les recherches ont été effectuées à partir de mots-clés combinés à l'aide des opérateurs booléens "ET" et "OU", limités aux titres et résumés des articles. L'examen des références des articles sélectionnés a permis d'identifier des études supplémentaires.

3.4 Processus de sélection des études

La sélection des études a été effectuée en quatre étapes (PRISMA). Au cours de la première étape, l'exploration des bases de données a permis de recenser un total de 537 articles scientifiques. Les articles en double ont été exclus. Puis, 30 articles ont été sélectionnés à partir de l'analyse du titre. Dans la 2e étape, l'analyse de ces 30 résumés a conduit à l'exclusion de sept études. La 3e étape a consisté en la lecture du texte intégral, ce qui a conduit à l'élimination de 15 études. Finalement, lors de la 4e étape, trois études supplémentaires ont été trouvés grâce à l'analyse des listes de références des publications étudiées. Ainsi, au total, 11 articles ont été sélectionnés. Il est possible de vérifier toutes les étapes dans la Figure 1.

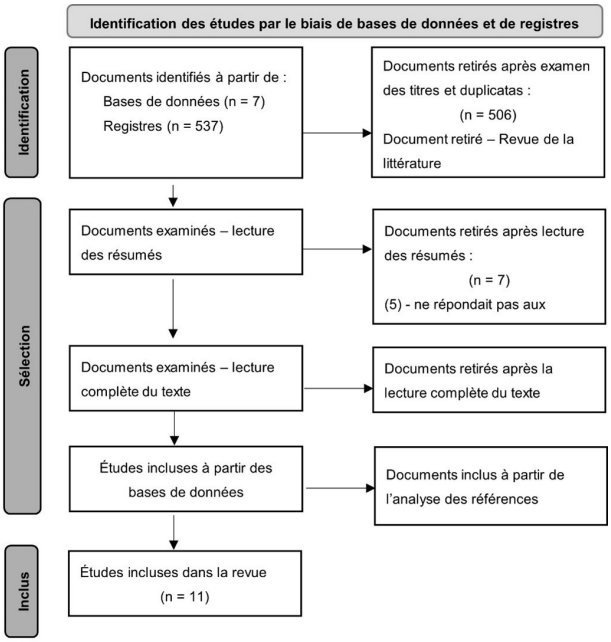


Figure 1 – Diagramme de flux de la déclaration PRISMA 2020 pour les revenues systémique

3.5 Sélection des données et analyse

Une matrice a été élaborée afin d'organiser les données extraites : le type d'étude, la population étudiée, l'objectif de l'étude, la méthodologie employée, le lieu de l'étude, les résultats obtenus et la définition de la santé utilisée. Leur analyse a permis d'identifier les principaux thèmes et résultats de recherche.

4 Caractéristiques des études

L'analyse des 11 études sélectionnées a été réalisée en deux étapes. Initialement, dans une première phase, l'analyse des données s'est concentrée sur l'ensemble des articles, dans le but de saisir la fréquence des publications au fil des dernières années et d'identifier les thèmes dominants. Dans un 2nd temps, l'analyse des articles a été conduite en se focalisant sur les recherches théoriques constituant un 1er groupe (N=3), tandis que le 2nd groupe inclut les recherches empiriques (N=8), soit quantitatives (N=2), soit qualitatives (N=3) ou enfin mixtes (N=3).

4.1 Première phase : présentation des articles sélectionnés

Toutes les études et leurs objectifs sont spécifiés dans le Tableau des études 1 (Fig. 2).

	TYPE	AUTEUR	OBJECTIFS
Théorique	Historique ou analyse	(Rollet, 2001)	Analyse du développement d'une culture internationale en matière de santé et de protection de l'enfance au cours de la période 1880-1920
		(Euillet, 2019)	Analyser à partir d'une approche particulière la santé des enfants protégés
		(Vitte et al., 2024)	Analyser les défis et les obstacles rencontrés lors de la conduite de recherches sur les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance
Empirique	Mixte	(Mouhot, 2003)	Établir une relation entre l'âge de l'enfant au moment de la séparation d'avec ses parents et les problèmes comportementaux ultérieurs ou les pathologies plus graves qu'il présente plus tard dans la vie
		(Castellani et al., 2015)	Évaluer et comparer le Quotient de Développement (QD) global et partiel des enfants afin de mesurer l'impact des traumatismes relationnels précoces
		(Euillet et al., 2017)	Analyser le fonctionnement institutionnel, la prise en charge de la santé par le dispositif de protection de l'enfance et ses partenaires du soin, l'accès à la santé et le sens du soin, du point de vue des enfants protégés et de leurs parents
	Qualitative	(Dumaret et al., 2011)	Connaître, à partir d'une recherche avec des anciens placés, les facteurs de risque et les facteurs de protection de leur parcours
		(Giannitelli et al., 2011)	Évaluer l'incidence des troubles du langage oral et écrit chez les enfants hospitalisés placés et suivis par l'ASE, en analysant la corrélation entre les troubles du langage et les principaux diagnostics psychiatriques
		(Robin, 2012)	Comprendre la perception de la santé chez ces enfants et adolescents placés
	Quantitative	(Rousseau et al., 2016)	Analyser l'évolution à long terme d'une population de très jeunes enfants pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance
		(Toussaint et al., 2023)	Comparer la santé des enfants placés en institution à celle des enfants de la population générale

Figure 2 – Tableau des études 1

4.1.1 Année de publication

Les 11 articles examinés ont été publiés à partir de 2011, à l'exception de deux articles plus anciens publiés en 2001 et 2003. On constate qu'à partir de 2011, la fréquence des publications est relativement stable, et en particulier à partir de 2015 un article est publié chaque année, à l'exception des années 2020, 2021 et 2022 (Figure 3).

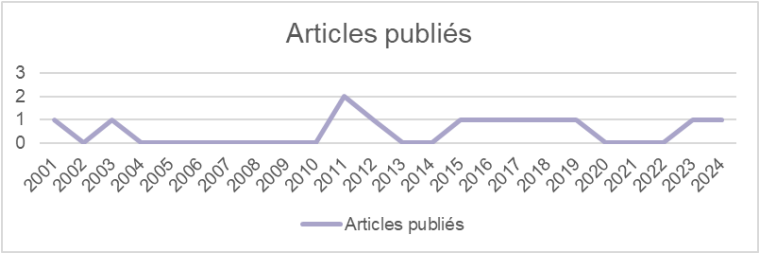


Figure 3 – Année de publication

4.1.2 Des objectifs hétérogènes

L'analyse révèle une diversité marquée en ce qui concerne les objectifs poursuivis, qui peuvent être déclinés en trois grands axes thématiques. Le 1er, repérable dans cinq articles, traite spécifiquement de la santé, entendue dans son acception au sens large, car ces articles évoquent des éléments de différents domaines (sociaux, juridiques, biologiques et psychiques) pour aborder le sujet. Cet axe regroupe une analyse historique du développement d'une culture internationale en matière de santé et de protection de l'enfance (Rollet, 2001), et des travaux portant spécifiquement sur la santé des enfants protégés : la perception de la santé chez les enfants et les adolescents (Robin, 2012) ; la prise en charge de la santé et de la notion de soin, du point de vue des enfants protégés et de leurs parents (Euillet, Halifax, Moisset & Séverac, 2018) ; l'analyse d'une approche spécifique de la santé des enfants protégés (Euillet, 2019) ; ainsi que la santé des enfants placés en lieu d'accueil collectif, en comparaison à celle de la population générale (Toussaint, Florin & Galharret, 2023).

Le 2e axe inclut des études qui se sont focalisées sur un aspect spécifique de la santé mentale. En effet, l'une de ces études s'est intéressée à la corrélation entre l'âge de l'enfant lors de la séparation d'avec ses parents et les problèmes que l'enfant présentera plus tard dans la vie (Mouhot, 2003). Une autre étude a évalué l'incidence des troubles du langage oral et écrit chez les enfants hospitalisés, placés et suivis par l'ASE, en analysant la corrélation entre les troubles du langage et les principaux diagnostics psychiatriques (Giannitelli, Plaza, Guillemont, Hingant, Bodeau, Chauvin, Jaunay, Deniau, Consoli, Guilé, & Cohen 2011) ; enfin, une troisième étude s'est concentrée sur l'évaluation et la comparaison du Quotient de Développement (QD) global et partiel des enfants afin de mesurer l'impact des traumatismes relationnels précoces (Castellani, Ninoreille, Berger et Perrin, 2015).

Finalement, le troisième groupe comprend les études qui analysent certains aspects du parcours : l'une d'elle vise à déterminer, à partir d'une méthode d'évaluation sur la qualité de vie auprès des anciens placés, les facteurs de risque et les facteurs de protection de leur parcours (Dumaret, Guerry & Crost, 2011). Pour une autre, il s'agit d'analyser l'évolution à long terme d'une population de très jeunes enfants pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (Rousseau, Riquin, Rozé, Duverger & Saulnier, 2016). La dernière étude aborde la définition des défis et des obstacles rencontrés dans la réalisation de recherches sur les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance (Vitte, Young, Pourcher, Durand, Gerardin et Apter, 2024).

4.2 Deuxième phase : analyse des études empiriques

Les informations présentes dans Tableau des études 2 (Fig. 4) rendent compte des disparités dans les objectifs de recherche, les publics étudiés, les contextes et les outils utilisés dans les huit articles relatifs à des études empiriques.

Figure 4 - Tableau des études 2

ARTICLE	POPULATION	METHODOLOGIE	LIEU	RÉSULTATS
(Mouhot, 2003)	82 jeunes adultes séparés de leurs parents pendant leur enfance et pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance. L'âge moyen de ces jeunes adultes au moment de l'étude était de 24 à 25 ans, et la plupart étaient nés entre 1972 et 1982.	Non spécifié	Besançon, France	Retarder la séparation des enfants de leurs parents, en particulier en cas de dysfonction parentale grave, entraîne des conséquences négatives importantes pour les enfants, notamment le placement en institution et l'inadaptation des adultes. La nécessité d'une intervention précoce.
(Castellani et al., 2015)	30 nourrissons en pouponnière et 30 enfants en crèche pour la recherche principale. Une étude parallèle a été menée dans des institutions d'accueil, testant 11 enfants	Le test de Brunet-Lézine (2001) a été utilisé pour mesurer le niveau de développement de ces enfants Les taux de cortisol salivaire ont également été explorés en tant qu'indicateur de stress Les évaluations ont été menées par des professionnels externes dans une crèche.	L'étude a été réalisée au service de psychiatrie pédiatrique de l'hôpital Bellevue (CHU Saint-Etienne)	Il n'existe pas de différence significative sur le QD global entre enfants en pouponnière et en crèche. Cependant, les enfants en pouponnière présentent un QD postural partiel supérieur et plus souvent des profils de développement dysharmoniques. Le QD global a significativement augmenté pour les enfants suivis en pouponnière sur un mois. Les enfants placés présentaient souvent des états dépressifs importants, exprimés physiquement, ce qui pourrait être considéré comme une forme de « régression ».

(Euillet et al., 2017)	Neuf jeunes âgés de dix à 17 ans, dont sept garçons et deux filles. Quatre ont été accueillis à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), tandis que cinq étaient placés sous l'autorité de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).	La recherche utilise une approche à méthodes mixtes, comprenant à la fois des méthodologies quantitatives et qualitatives. 39 entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnels de l'ASE, de la PJJ et de la CPAM. 203 questionnaires ont été collectés auprès des services départementaux de l'ASE, des délégations territoriales de la PJJ et des bureaux territoriaux de la CPAM Neuf jeunes âgés de dix à 17 ans ont été interrogés, dont quatre de l'ASE et cinq relevant de l'autorité de la PJJ. Un questionnaire a été élaboré en trois versions pour les différents acteurs institutionnels impliqués dans la protection de l'enfance	En France, à l'ASE, à la PJJ et à la CPAM.	La santé des enfants protégés révèle des problèmes plus généraux au sein du système de protection de l'enfance, soulignant la nécessité d'assurer la continuité et la cohérence des services de soutien et d'intégrer les différentes sphères de vie de l'enfant. Les préoccupations concernant la santé d'un enfant nécessitent la prise en compte de ses antécédents médicaux et des soins continus pour répondre de manière adéquate à ses besoins. Les rôles des professionnels impliqués dans le soutien socio-éducatif ne sont pas clairement définis, ce qui complique le processus de prise en charge des enfants. L'absence de communication et de coordination entre les soignants est soulignée par les enfants eux-mêmes, ce qui indique une approche fragmentée de leurs soins de santé. Les difficultés d'accès aux soins sont principalement dues à trois facteurs combinés : la réticence de certains prestataires de soins de santé à traiter les enfants couverts par la couverture sanitaire universelle, le fait que les parents ne remplissent pas toujours les démarches administratives nécessaires et les raisons financières

(Dumaret et al., 2011)	123 adultes, et sept décès ont été signalés au cours du processus d'enquête. Les participants avaient grandi dans un village d'enfants SOS pendant plus de trois ans et avaient quitté la prise en charge après l'âge de 14 ans.	La recherche utilise une approche à méthodes mixtes, comprenant à la fois des méthodologies quantitatives et qualitatives. Les données ont été collectées par le biais d'une enquête postale, y compris le questionnaire Duke Profile. Des entretiens en face à face. Les dossiers institutionnels pertinents ont été analysés pour compléter les données de l'enquête et des entretiens	Village d'enfants SOS, non spécifié.	La majorité des anciens enfants placés ont montré une intégration générale satisfaisante. Les deux tiers étaient bien intégrés sur le plan socio-économique et seul un sur cinq présentait des problèmes psychosociaux. La santé mentale, la sociabilité, l'estime de soi et la dépression ont un impact significatif sur l'intégration globale et la qualité de vie des anciens placements. La nécessité de prolonger les soins au-delà de 18 ans est soulignée. La qualité de vie est influencée positivement par le soutien social et négativement par la violence infantile et les problèmes de santé mentale persistants.
(Giannitelli et al., 2011)	Enfants et adolescents hospitalisés pour des soins psychiatriques Total de 104 patients hospitalisés : 64 garçons et 40 filles Tranche d'âge : six à 18 ans 50 patients étaient placés (ASE) et 54 ne l'étaient pas (non-ASE).	Étude cas-témoins L'évaluation comprenait des antécédents familiaux et médicaux, des diagnostics de l'Axe I et un dépistage systématique des capacités écrites L'évaluation linguistique a porté sur le langage oral, les compétences phonologiques, l'identification des mots, la vitesse de dénomination, la syntaxe et la compréhension	Les patients ont été recrutés dans quatre unités d'hospitalisation du service de psychiatrie pour enfants et adolescents de la Pitié-Salpêtrière	Les enfants issus de milieux familiaux défavorisés ou perturbés rencontrent des difficultés importantes pour acquérir des compétences linguistiques écrites, en particulier lorsqu'ils sont impliqués dans les services de protection de l'enfance (ASE). Les jeunes atteints de troubles psychiatriques graves présentent davantage de facteurs de risque psychosociaux et de difficultés d'apprentissage, avec une probabilité nettement plus faible de bénéficier d'un soutien orthophonique. Les enfants placés ont 3,5 fois moins de chance de bénéficier d'une prise en charge orthophonique adaptée.

(Robin, 2012)	16 enfants, dont six garçons et dix filles, âgés de huit à 18,5 ans. Un échantillon supplémentaire plus large de 318 enfants âgés de 0 à 18 ans a été référencé pour les données épidémiologiques.	La recherche utilise une approche à méthodes mixtes, comprenant à la fois des méthodologies quantitatives et qualitatives. Les données ont été collectées avec des entretiens semi-structurés, combinés à un questionnaire auto-administré. Le questionnaire utilisé était le Nottingham Health Profile (NHP).	Haute-Savoie, France	L'étude révèle des impacts significatifs sur divers aspects de la qualité de vie des enfants pris en charge. Il met en lumière les principales préoccupations concernant le sentiment de solitude des enfants et leur relation passive avec la santé. Les résultats du questionnaire ont révélé des problèmes liés à l'énergie (fatigue), à l'isolement social (difficulté à établir des liens avec les autres, sentiment de solitude) et au sommeil (difficulté à s'endormir, réveil nocturne, inquiétudes empêchant de dormir). Des réactions émotionnelles, telles que la colère ou la nervosité, ont également été signalées. La recherche souligne l'importance des facteurs sociaux dans les inégalités de santé et la nécessité de faire confiance aux relations et aux institutions.

(Rousseau et al., 2016)	129 enfants (60 filles et 69 garçons) placés avant l'âge de quatre ans La recherche a porté sur les enfants admis entre 1994 et 2001 à la crèche du foyer pour enfants de Maine-et-Loire (Foyer Saint-Exupéry).	Approche de recherche catamnestique et longitudinale, impliquant de multiples collectes de données sur des âges successifs L'étude décrit la vie de 129 enfants sur une période de 20 ans. Les biographies complètes de ces enfants ont été recréées de la naissance à l'âge adulte Données collectées auprès de diverses sources (de fichiers archivés et les données de suivi en temps réel pour les enfants toujours pris en charge).	Maine-et-Loire.	À l'admission, les enfants présentaient un mauvais état de santé général et des souffrances mentales À l'âge adulte, un quart des enfants continuaient de souffrir de handicaps psychologiques et d'inadaptation sociale, devenant dépendants des prestations sociales. À l'inverse, un autre quart a connu une évolution favorable, caractérisée par un placement précoce et des troubles somatiques et psychologiques réversibles. Un nombre important d'enfants ont été placés à plusieurs reprises, plus de la moitié d'entre eux ayant effectué cinq placements ou plus.
(Toussaint et al., 2023)	25 530 enfants et adolescents âgés de six à 18 ans. L'échantillon comprenait 477 enfants pris en charge et 23 672 non pris en charge.	Étude socio-épidémiologique transversale nationale La collecte des données s'est faite à l'aide d'une enquête transversale avec des questionnaires papier et en ligne auto administré (enquête nationale menée par UNICEF France). Au total, 25 530 questionnaires valides ont été reçus, dont 9 200 en ligne et 16 330 sur papier.	L'étude se concentre sur la santé des enfants dans les établissements de prise en charge. Il compare les enfants pris en charge à la population générale.	L'étude confirme que les besoins en matière de soins de santé des enfants pris en charge sont nettement supérieurs à ceux de leurs pairs (tristesse, perte d'intérêt pour les choses, manque de confiance en soi, ainsi qu'un taux plus élevé de comportements addictifs et d'exposition à la violence sexuelle) L'importance de prendre en compte le point de vue des enfants sur leur santé. Il révèle que les adolescents protégés signalent des taux plus élevés de dépression et de pensées suicidaires.

4.2.1 Caractéristiques des études empiriques

Les études ont recueilli des données provenant de plusieurs régions de France et auprès de différents publics. En ce qui concerne le profil du public étudié, trois travaux ont été effectués exclusivement auprès d'enfants placés (Mouhot, 2003 ; Dumaret et al., 2011 ; Rousseau *et al.*, 2016) ; quatre ont été réalisés auprès d'enfants placés et d'enfants non placés, afin de réaliser une analyse comparative des données par rapport à la population générale du même âge (Giannitelli et al., 2011 ; Robin, 2012 ; Castellani et al., 2015 ; Toussaint *et al.*, 2023) ; et une étude s'est focalisée sur les enfants placés par l'aide sociale et l'enfance et ceux relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Euillet et al., 2017).

Les études empiriques présentent des données issues de recherches menées auprès de différents groupes d'âge : avec des bébés (Castellani et al., 2015) ; des enfants et des adolescents (Giannitelli *et al.*, 2011 ; Robin, 2012 ; Euillet *et al.*, 2017 ; Toussaint *et al.*, 2023) ; et, des adultes qui ont été placés étant mineurs (Mouhot, 2003 ; Dumaret *et al.*, 2011 ; Rousseau *et al.*, 2016).

4.2.2 Des cadres théoriques

Parmi les articles étudiés, 3 s'inscrivent dans des épistémologies psychologiques (Mouhot, 2003 ; Dumaret *et al.*, 2011 ; Toussaint *et al.*, 2023), 1 article apporte un éclairage sociologique (Robin, 2012) et 1 article apporte un éclairage médical (Giannitelli *et al.*, 2011), tandis que 2 autres font référence à des conceptions médicales et psychologiques (Castellani *et al.*, 2015 ; Rousseau *et al.*, 2016). A noter, l'approche pluridisciplinaire d'un article (Euillet *et al.*, 2017).

5 Analyse des études empiriques

L'analyse thématique des études empiriques a révélé quatre thèmes principaux : le concept de santé mobilisé, l'accent mis sur la santé mentale et, en particulier, sur ce qui relève de l'histoire familiale, la « place » du placement, ainsi que sur les questions spécifiques de santé, telles que l'accès à l'information, la susceptibilité à certaines problématiques et l'accès aux soins.

5.1 Le concept de santé

Si certaines études proposent des définitions directes ou renvoient à des définitions établies, comme celle de l'OMS, d'autres déduisent le concept à travers leur discussion de questions connexes telles que le bien-être physique et mental, les pathologies ou les aspects liés au développement. Quatre études ont fait référence à la définition de l'OMS pour aborder la notion de santé (Robin, 2012 ; Dumaret *et al.*, 2011 ; Rousseau *et al.*, 2016 ; Toussaint *et al.*, 2023), tandis que les quatre autres se sont concentrées sur d'autres aspects de la santé, sans mentionner explicitement la définition de l'OMS (Mouhot, 2003 ; Giannitelli *et al.*, 2011 ; Castellani *et al.*, 2015 ; Euillet *et al.*, 2017). Les études témoignent ainsi d'une approche multidimensionnelle de la santé, sans toutefois un cadre conceptuel commun.

Certains auteurs, quant à eux, traitent du concept de santé en relation avec la présence de maladies ou de souffrances psychiques. Castellani *et al.* (2015), par exemple, nomment la santé en termes de pathologies et de problèmes de développement en lien avec les traumatismes relationnels précoces : « La souffrance induite par la violence et les traumatismes vécus par ces enfants, inhérente à ces pathologies de séparation familiale, a resurgi dans les relations avec l'institution » (p.15). Mouhot (2003) pour sa part, définit la santé par la présence ou l'absence de « troubles du comportement » et de « pathologies lourdes ».

5.2 Le focus sur la santé mentale

La majorité de ces études se focalisent sur les dimensions psychiques, même lorsque la santé physique est abordée. Les études abordent soit directement les questions de santé mentale, soit les effets de la santé mentale et/ou du bien-être sur la santé des enfants et des adolescents pris en charge. Deux axes de réflexion seront présentés ici : d'une part, la manière dont ces travaux, en analysant certains aspects de la santé, accordent une place prépondérante à la santé mentale des jeunes placés ; d'autre part, la façon dont la santé mentale est appréhendée, en la reliant non seulement à l'histoire de ces enfants, mais en mettant l'accent sur les relations familiales.

5.2.1 La santé mentale au centre des études

Sept des huit études empiriques examinées traitent de questions liées à la santé mentale et, parmi ces études, deux aborderont les questions de santé mentale de manière plus large, en tenant compte de leur aspect multifactoriel.

Robin (2012) aborde la santé de manière globale, soulignant que les logiques psychosociales structurant le rapport des enfants et des jeunes confiés à leur santé renvoient aux liens familiaux, à la projection dans l'avenir et aux relations aux institutions. L'étude met en évidence le risque d'isolement social, les effets sur le sommeil et le stress liés à la difficulté d'envisager l'avenir, ainsi que la manière dont ces enfants se sentent dans les institutions qu'ils fréquentent. Elle souligne ainsi l'importance des relations institutionnelles et la nécessité de considérer divers aspects de la vie des enfants et adolescents. Toussaint *et al.* (2023) confirment cette tendance, observant des niveaux élevés de souffrance psychologique, de dépression et de comportements à risque.

Les autres études traitent de la santé mentale des enfants à la lumière des expériences traumatisantes vécues au cours de leur histoire personnelle, notamment en lien avec leur famille. Ces événements seraient donc des facteurs déterminants des problèmes futurs rencontrés par ces enfants, à la fois dans le domaine comportemental (Mouhot, 2003), dans leur développement (Castellani *et al.*, 2015), dans les troubles du langage (Giannitelli *et al.*, 2011) ou encore, à l'âge adulte (Rousseau *et al.*, 2016 ; Dumaret *et al.*, 2011).

5.2.2 La santé mentale entre histoire familiale et trajectoires de vie

Dans cinq études, les questions liées à la santé des enfants ont été analysées en corrélation directe avec leur histoire personnelle, en se concentrant uniquement sur les

relations familiales. Mouhot (2003) comprend que les pathologies de la relation mère/-nourrisson ont des « conséquences catastrophiques sur l'avenir des enfants » (p.610). Selon Dumaret *et al.* (2011), la violence intrafamiliale est liée aux difficultés rencontrées par ces enfants à l'âge adulte. De même, avec d'autres termes, Rousseau *et al.* (2016) associent les relations pathologiques des parents avec les enfants comme facteur responsable des difficultés sociales et psychologiques persistantes. Castellani *et al.*, (2015) évoquent la notion de famille défaillante et les attitudes parentales inadéquates comme causes des traumatismes relationnels précoces. Giannitelli et ses collègues affirment « l'impact d'un milieu familial défavorisé ou déstructuré conduisant à une mesure ASE sur les acquisitions du langage écrit » (2011, p.499).

Tout en faisant référence aux relations familiales, deux études mobiliseront l'histoire de l'enfant dans une perspective plus globale pour comprendre les problèmes de santé mentale. Toussaint et ses collègues affirment que les enfants pris en charge ont des besoins en matière de santé nettement plus importants que leurs pairs, en évoquant « une plus grande souffrance psychologique liée à leurs histoires de vie » (2023, p.17).

Finalement, Robin établit un lien entre les difficultés rencontrées par les enfants « à l'insécurité socio affective dans laquelle ces enfants et adolescents sont placés. Que cette insécurité soit liée à des situations abandonniques ou à un tiraillement entre des espaces de vie et des liens pluriels, il en résulte une même difficulté pour les enfants confiés de trouver des liens fiables dans leur environnement sur lesquels ils pourraient s'appuyer pour préserver leur santé » (2012, p. 426).

Seules les études de Giannitelli *et al.* (2011) et de Toussaint *et al.* (2023) n'utilisent pas comme cadre conceptuel d'analyse la théorie d'attachement de façon liée aux problèmes de santé mentale. En effet, que l'on se réfère directement aux théories de l'attachement (Mouhot, 2003 ; Rousseau *et al.*, 2016 ; Euillet *et al.* 2017) ou que l'on considère les troubles d'attachement comme un facteur déterminant pour la santé (Castellani *et al.*, 2015 ; Dumaret *et al.*, 2011 ; Robin, 2012), il apparaît que la théorie de l'attachement exerce une influence prépondérante dans l'analyse et l'explication des questions concernant ces jeunes. Cet élément questionne à la fois sur les disciplines et les cadres théoriques qui investissent cette thématique mais aussi sur les cadres théoriques mobilisés dans les pratiques d'accompagnement auprès de ces enfants.

5.3 La « place » du placement

Les études abordent le placement sous différentes formes. L'un des aspects qui ressort le plus souvent concerne le parcours de l'enfant dans l'aide sociale à l'enfance, et plus précisément les changements de lieu de vie. Rousseau et ses collègues ont mené une étude auprès de 129 adultes ayant été placés avant l'âge de quatre ans. Ils ont identifié qu'« un petit tiers des enfants (37 enfants, soit 29,4 %) ont connu trois ou quatre placements. Et plus de la moitié (55,2 %) ont connu cinq placements et plus, dont 14 enfants qui ont connu entre dix et 27 placements » (2016, p. 358). Ces changements sont considérés comme problématiques (Robin, 2012 ; Rousseau, 2016), car l'un des effets de ces changements serait la reproduction de l'insécurité et de la rupture des liens chez les enfants placés, ce qui interfère de manière importante dans différents domaines de leur vie (Robin, 2012).

Un autre aspect abordé dans les études concerne la décision de retirer l'enfant de sa famille. Certaines études soulignent l'importance d'une intervention précoce lorsqu'un enfant est exposé à une situation de violence ou de négligence. Si Mouhot (2003) affirme la nécessité d'intervenir précocement pour éviter les « conséquences catastrophiques chez les enfants », Rousseau (2016) souligne, pour sa part, l'importance d'intervenir le plus tôt possible en étudiant le délai entre le 1er signe d'une situation de violence et la mesure de placement. Ainsi, ces études soulignent la place accordée à la santé comme un levier décisionnel d'une mesure de protection.

5.4 Dimensions de la santé et accès aux soins

L'analyse du thème de la santé sera présentée selon trois axes principaux : l'accès à l'information, les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontés les jeunes accueillis et, enfin, l'accès au réseau de soins de santé.

5.4.1 Accès aux informations relatives à la santé

Un accès restreint aux données médicales des enfants placés est une difficulté récurrente présentée dans trois des quatre études qui avaient pour objectif d'écouter directement les enfants (Robin, 2012 ; Euillet *et al.*, 2017 ; Toussaint *et al.*, 2023). Le problème d'accès aux données médicales peut se poser dans le contexte de la recherche scientifique compte tenu des questions éthiques soulevées (Robin, 2012 ; Toussaint *et al.*, 2023).

La difficulté d'accès aux données aurait également un impact direct sur les décisions et le suivi des professionnels dans le parcours de soins de chaque enfant (Euillet *et al.*, 2017).

5.4.2 Une plus grande susceptibilité aux problèmes de santé

Il existe un consensus parmi les auteurs concernant le fait que les enfants placés sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé, notamment en raison de facteurs liés à leur histoire personnelle ou aux conditions propres au parcours dans l'Aide sociale à l'enfance. Un autre point convergent concerne le contexte de précarité « les enfants pris en charge sont souvent issus de milieux précaires et connaissent des conditions de vie plus précaires, souvent aggravées par une séparation ou le décès de leurs parents » (Euillet *et al.*, 2017, p.78). Ainsi, une multiplicité de facteurs se combine pour engendrer des problèmes de santé au sein de cette population pendant la période d'accueil ou à l'âge adulte. À leur arrivée au service d'accueil, la morbidité individuelle des enfants est significativement élevée, principalement attribuable à un mauvais état de santé général et à une détresse psychologique (Rousseau *et al.*, 2016).

Pendant la période d'accueil, les enfants et les adolescents peuvent manifester diverses difficultés : de troubles linguistiques (Giannitelli *et al.*, 2011) et, pour les plus jeunes âgés de trois mois à deux ans, un quotient de développement global (GQD) significativement inférieur à celui du groupe témoin (Castellani *et al.*, 2015). De nombreux aspects de leur quotidien sont également affectés négativement, notamment leur niveau d'énergie, leur rapport au sommeil et leurs réactions émotionnelles, et ils signalent des problèmes de douleur (Robin, 2012). Une forte prévalence de troubles

mentaux est observée (Robin, 2012) : les enfants pris en charge présentent une augmentation significative des symptômes dépressifs tels que la tristesse et la mélancolie (Toussaint *et al.*, 2023). Chez les plus jeunes, ces affects dépressifs peuvent se manifester corporellement, par une altération de la posture physique (Castellani *et al.*, 2015).

Ces enfants tendent aussi à avoir une vision passive de la santé, liée à un manque de confiance en soi, dans les relations et dans les institutions (Robin, 2012), ainsi qu'à un manque de plaisir (Toussaint *et al.*, 2023). L'isolement social constitue un problème quotidien important, affectant leur qualité de vie (Robin, 2012), d'autant qu'ils sont significativement moins susceptibles d'avoir discuté de leur détresse avec leurs parents ou leur famille (Toussaint *et al.*, 2023). Les adolescents présentent des taux significativement plus élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (Toussaint *et al.*, 2023), sont plus exposés à la consommation de substances psychoactives (Robin, 2012 ; Toussaint *et al.*, 2023) et à la violence sexuelle, notamment à des rapports non désirés ou à des pratiques non consensuelles (Robin, 2012 ; Toussaint *et al.*, 2023). À l'âge adulte, certains problèmes persistent : troubles mentaux, inadaptation sociale, dépendance aux prestations sociales et difficultés d'insertion générale (Dumaret *et al.*, 2011 ; Rousseau *et al.*, 2016).

La recherche menée par Dumaret et ses collègues (2011) a révélé des éléments qui peuvent être interprétés comme des facteurs de protection. Selon les conclusions de l'étude, la qualité de vie des adultes anciens enfants placés est significativement associée à une meilleure perception de la santé sociale et mentale. De plus, l'intégration professionnelle, les relations sociales et l'environnement favorable à l'âge adulte contribuaient à cette amélioration.

5.4.3 L'accès aux soins

Les enfants et les adolescents pris en charge intériorisent souvent l'injonction de « faire taire leurs problèmes » et d'attendre que les difficultés de santé se résolvent d'elles-mêmes, plutôt que d'en discuter (Robin, 2012). Cette attitude, profondément ancrée dans leur vécu, contribue à rendre leurs besoins médicaux moins visibles et possiblement, à retarder la prise en charge.

En ce qui concerne l'accès au réseau de soins de santé, différentes raisons expliquent les difficultés rencontrées : refus de soins opposés par certains professionnels de santé, « les représentations sociales associées aux formes de protection sociale ainsi que sur les pratiques discriminatoires favorisant le renoncement aux soins » (Euillet *et al.*, 2017, p.78). D'autres raisons relèvent du taux faible ou absent de médecins généralistes déclarés, de consultations limitées aux situations de maladie ou encore de dossiers médicaux incomplets (Euillet *et al.*, 2017). Par exemple, les enfants confiés à l'ASE ont significativement 3,5 fois moins de chance d'avoir accès à un suivi orthophonique (Giannitelli *et al.*, 2011).

6 Discussion

Le nombre restreint d'études identifiées, 11 au total, reflète la rareté des travaux scientifiques consacrés à la santé des enfants placés en France, bien que ce sujet ait pris de l'importance sur la scène mondiale depuis le siècle dernier (Rollet, 2001). L'analyse réalisée met en évidence la richesse, mais également la fragmentation des connaissances disponibles sur le sujet. Il existe une forte hétérogénéité des approches : les études varient quant à leurs objectifs, leurs populations et leurs méthodologies. Néanmoins, l'ensemble des travaux converge vers un constat commun : ces enfants constituent un groupe dont l'état de santé nécessite une attention spécifique dans les politiques publiques.

Les enfants et les adolescents placés sont confrontés à un risque plus élevé de présenter des problèmes de santé (Vitte *et al.*, 2024). Les difficultés linguistiques et cognitives (Giannitelli *et al.*, 2011), les retards de développement (Castellani *et al.*, 2015) ainsi que les troubles du sommeil, de la douleur et de l'énergie (Robin, 2012) sont fréquemment observés. Les symptômes dépressifs, les idées suicidaires et les comportements à risque, notamment la consommation de substances psychoactives ou les rapports sexuels, sont également plus fréquents (Toussaint *et al.*, 2023).

À long terme, les adultes ayant connu un parcours de placement continuent souvent à souffrir de troubles mentaux, de difficultés d'insertion sociale et de dépendance aux prestations sociales (Dumaret *et al.*, 2011 ; Rousseau *et al.*, 2016). Ces problèmes sont souvent attribués à des expériences de maltraitance, de ruptures affectives et, parfois, aux conditions mêmes du placement. Cette situation souligne l'importance d'envisager la santé de cette population dans une approche multifactorielle, englobant également les déterminants sociaux.

De manière générale, la santé mentale occupe une place centrale dans les études analysées. Cela peut s'expliquer par l'importance croissante accordée aux questions de santé mentale de toutes les personnes, et en particulier des enfants et des adolescents (CNAN, 2023). Toutefois, cet aspect peut également être compris comme conséquence d'une hypothèse hégémonique dans le monde contemporain selon laquelle « la souffrance induite par la violence et les traumas vécus par ces enfants, [est] inhérente à ces pathologies de séparation familiale » (Castellani *et al.*, 2015, p.14). La prédominance de ce type d'analyse est conforme à l'étude de Rollet (2001), qui affirme que l'accent mis sur l'enfant en tant que personne ayant des relations familiales, ainsi que sur l'éducation, les soins prénataux et le rôle des femmes, est caractéristique de la relation entre les domaines de la santé et de la protection de l'enfance dans la modernité.

En prolongement de cette prédominance, la majorité des travaux empiriques aborde les troubles psychiques comme conséquence des expériences traumatiques précoces et des contextes familiaux. La théorie de l'attachement y joue un rôle explicatif récurrent, la relation parent-enfant étant souvent présentée comme déterminante dans la construction ou la fragilisation de la santé mentale. Cette focalisation sur la relation parent-enfant, bien qu'elle permette de comprendre l'impact des ruptures affectives sur le développement de l'enfant, elle peut réduire l'analyse aux facteurs familiaux, au détriment d'une compréhension plus large. En outre, bien que diverses études aient

établi un lien entre la santé mentale de la population générale et des aspects organiques, tels que la santé intestinale (Sunhary de Verville *et al.*, 2021), ou sociaux (Goldberg *et al.*, 2002), aucune étude spécifique auprès des enfants placés n'a été identifiée dans le cadre de cette revue.

Pour dépasser cette limitation, l'approche de la santé mentale sous un angle multifactoriel se situe dans la lignée de la conception proposée par l'OMS, qui la considère comme l'effet de « multiples déterminants individuels, sociaux et structurels [qui] peuvent se combiner pour protéger ou compromettre notre santé mentale et ainsi modifier notre position sur le spectre de la santé mentale » (Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes, 2025, p. 9). Comprendre les questions de santé mentale en relation avec l'histoire de l'enfant implique donc de prendre en compte les relations familiales, car « les rapports de filiation sont des rapports de reconnaissance fondamentaux » (Robin, 2012, p.426). Il s'avère également nécessaire de considérer les expériences vécues par l'enfant en dehors de son cadre familial, en intégrant les effets du fonctionnement de la politique de protection de l'enfance, les relations sociales ainsi que les interactions de l'enfant dans le monde extérieur, notamment durant son placement.

Le placement, en tant que tel, se présente comme un facteur complexe. Il peut offrir un cadre stabilisant qui favorise le développement corporel et psychologique (Castellani *et al.*, 2015). Cependant, le parcours d'un enfant au sein du système de protection est souvent caractérisé par une succession de changements de lieux de vie (ONPE, 2024), pouvant entraîner une perte de repères et une rupture des liens de confiance. Par conséquent, comprendre le rôle du placement dans la santé des enfants nécessite de prendre en compte la diversité des parcours, la qualité des contextes d'accueil, ainsi que la multiplicité des facteurs (familiaux, institutionnels et sociaux) qui interagissent dans leur développement.

Or, dans la pratique, ces parcours complexes s'accompagnent de nombreux obstacles à l'accès aux soins. D'une part, les bilans de santé à l'entrée dans le système de protection de l'enfance ne sont pas systématiques (Euillet, 2019). À cela s'ajoute le manque de données sur la santé de l'enfant (Euillet, 2019 ; Vitte, 2024). De plus, les enfants pris en charge disposent rarement d'un suivi médical continu, leurs dossiers sont incomplets et souvent non transférés lors des changements de placement (Euillet *et al.*, 2017). Les refus de soins, les difficultés administratives liées au remboursement ou à l'autorisation parentale, ainsi que la méfiance de certains praticiens envers les mineurs relevant de la protection de l'enfance aggravent ces inégalités. Parallèlement, Robin (2012) souligne un phénomène d'intériorisation du silence face à la souffrance : les jeunes accueillis tendent à minimiser leurs symptômes et à éviter de solliciter de l'aide, renforçant ainsi le risque de chronicisation des problèmes.

À la lumière de ces observations, les recherches participatives, qui prennent en compte la perception des jeunes, revêtent une pertinence croissante (Lacroix, 2016 ; Capelier, 2023). Les études de Robin (2012), Euillet *et al.* (2017) et Toussaint *et al.* (2023) mettent en avant la nécessité d'inclure la perception des jeunes sur leur propre santé et leur parcours, comme facteur de mieux-être. La prise en compte de la parole des enfants permettrait non seulement de mieux comprendre leurs besoins, mais aussi de

favoriser leur participation et leur estime de soi (Lacroix, 2016, p. 16), des éléments soulignés dans la littérature internationale (Maaskant *et al.*, 2016 ; Lundy, 2018 ; Rafeedie *et al.*, 2019).

7 Conclusion

Cet article a permis de synthétiser les connaissances concernant la santé des enfants et adolescents placés en France et d'identifier les principaux problèmes de santé auxquels ce public est confronté. Les 11 études analysées mettent en évidence la susceptibilité de ces enfants à être confrontés à divers problèmes de santé tout au long de leur vie, tout en soulignant l'importance de prendre soin de leur santé de manière globale et coordonnée.

Il a également été possible d'identifier plusieurs lacunes. En premier lieu, la majorité des études abordent le sujet de la santé sous un angle partiel, le plus souvent restreint à la santé mentale. La notion de santé utilisée, bien qu'elle puisse paraître en convergence avec les avancées théoriques dans ce domaine, se traduit, en pratique, par une focalisation sur l'histoire individuelle de l'enfant. De plus, les études sont confrontées à des obstacles, notamment l'accès restreint aux données médicales. Enfin, l'absence de littérature grise dans cette revue constitue une limite, justifiant la poursuite de travaux élargissant les sources consultées.

Dans l'ensemble, la littérature révèle des avancées concernant l'état des connaissances dans ce domaine. Cependant, il est important de noter que la participation des enfants reste limitée et que l'impact des contextes institutionnels demeure insuffisamment exploré. Il apparaît donc essentiel de développer des recherches visant à approfondir les connaissances sur les multiples facteurs qui contribuent à garantir la santé des enfants et adolescents tout au long de leur parcours de protection. En effet, l'exploration réalisée soulève l'importance d'un suivi global et multisectoriel de ces enfants pendant la durée de leur placement, en termes de préoccupation pour leur projet individuel tout comme de politiques publiques proactives à ce sujet.

Références bibliographiques

Assemblée générale des Nations unies (1948). *Déclaration universelle des droits de l'Homme* (Résolution 217 [III] A). https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Bacro, F., Rambaud, A., Humbert, C., & Sellenet, C. (2015). Les parcours de placement et la qualité de vie des enfants de 6 à 11ans accueillis dans des institutions relevant de la protection de l'enfance. *L'Encéphale*, 41(5), 412-419.

Balençon, M., Priol, A.-C., & Vabres, N. (2021). Santé des enfants en danger. *Dialogue*, 232(2), 135-145.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. (2023, juillet). *Synthèse du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2024 : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004).* https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_synthese-rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf

Capelier, F. (2023). Les droits de l'enfant à l'épreuve de normativités plurielles. *Droit et société*, 114-115(2), 439-460. https://doi.org/10.3917/drs1.114.0439

Castellani, C., Ninoreille, K., Berger, M. & Perrin, A. (2015). Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces. *Devenir*, 27(1), 5-29. https://doi.org/10.3917/dev.151.0005

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025, septembre). *En 2024, le nombre de mesures d'aide sociale à l'enfance augmente de 1,4 % : Jeux de données*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/250904_DATA-aide-sociale-a-lenfance

Dumaret, A.-C., Guerry, E., & Crost, M. (2011). Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(5), 289-298.

Eglin, M. (2008). Secret partagé en protection de l'enfance. Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007. *Enfances & Psy*, 39(2), 65-75. https://doi.org/10.3917/ep.039.0065

Euillet, S. (2019). La santé des enfants protégés, une approche particulière. *Les Métiers de La Petite Enfance*, 25, 24-26.

Euillet, S. ; Halifax, J. ; Moisset, P., & Séverac, N. (2016). *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin.* [Rapport de recherche] Défenseur des droits. https://hal.science/hal-01406775

Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2017). La santé des enfants protégés : un prendre soin à la croisée des sphères éducatives et sanitaires. *Éducation, Santé, Sociétés*, 4(1), 77-93.

Even, M., & Sutter-Dallay, A.-L. (2019). La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 45(4), 340-344.

Fisher, M. (2009). *Capitalist Realism. Is there no alternative ?* Zero Books.

France. (2022). *Code de l'action sociale et des familles*. https://www.legifrance.gouv.fr

Giannitelli, M., Plaza, M., Guillemont, F., & al. (2011). Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 492-500. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.10.001

Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., & Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé, 20*(4), 75-128. https://doi.org/10.3406/sosan.2002.15707

Lacroix, I. (2016) : La participation collective des jeunes en protection de l'enfance : une revue de littérature internationale. (Cahier 2016-01). CRÉVAJ.

Lundy, L. (2018). In defence of tokenism ? Children's right to participate in collective decision-making. *Childhood*,25(3), 340. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/090756821877729

Maaskant, A. M., van Rooij, F. B., Bos, H. M. W., & Hermanns, J. M. A. (2016). The wellbeing of foster children and their relationship with foster parents and biological parents : a child's perspective. *Journal of Social Work Practice*, 30(4), 379-395. https://doi.org/10.1080/02650533.2015.1092952

Ministère de la Justice. (n.d.). *La protection des mineurs en danger*. https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs/protection-mineurs-danger

Mouhot, F. (2003). Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 609-629. https://doi.org/10.3917/psye.462.0609

Mour, C. (s.d.). *La pratique des revues de littérature exploratoires interdisciplinaires au LIEPP : une note méthodologique* [Note technique]. LIEPP. https://www.sciencespo.fr/liepp/sites/sciencespo.fr.liepp/files/Methodo\%20scoping\%20-\%20Chloe\%20Mour.pdf

Observatoire national de la protection de l'enfance. (2024). *Discontinuité des parcours : quelle protection pour les jeunes ?* (OS n° 20). https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2024/12/os20-discontinuite_des_parcours_quelle_protection_pour_les_jeunes.pdf

Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2025). *Évaluation du dispositif « Psy de rue » du territoire Crestois-Pays de Saillans*.

Organisation mondiale de la Santé. (1948). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., *et al.* (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

PRISMA. (n.d.). *PRISMA Statement*. https://www.prisma-statement.org/

Rafeedie, J., Hudson, S. M., Deavenport-Saman, A., Rao, S., Rogers, K., & Roberts, S. (2019). Decision-making in foster care : A child-centered approach to reducing toxic stress in foster children. *Children and Youth Services Review*, 96, 10-16.

République Française. (2016). *Loi N° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.* Journal officiel de la République française.

République Française. (2022) *Loi N° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.* Journal officiel de la République française.

Robin, P. (2012). « La santé, c'est un peu de la vie » : étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance. *Santé Publique*, Vol. 24(5), 417-428. https://doi.org/10.3917/spub.125.0417

Rollet, C. (2001). La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920). *Annales de Démographie Historique*, no 101(1), 97-116.

Rousseau, D., Riquin, É., Rozé, M., Duverger, P. & Saulnier, P. (2016). Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*, 343-374. https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343

Séraphin, G. (2019). *La recherche sur la protection de l'enfance en France : État des lieux et enjeux.* Conseil national de la protection de l'enfance. https://hal.science/hal-04169910

Sunhary de Verville, P.-L., Boyer, L. & Fond, G. (2021). Microbiote et bien-être psychique. In C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (Eds.), *Grand manuel de psychologie positive : Fondements, théories et champs d'intervention* (p. 99-112). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.marti.2021.02.0097

Tarayoun, T., Abassi, É., Diallo, C.-T., & Vinceneux, K. (2024, juillet). *L'aide sociale à l'enfance* (Les dossiers de la DREES, n 119). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD119EMB.pdf

Tétreault, S. & Blais-Michaud, S. (2014). Étude de la portée (scoping review) In S. Tétreault & P. Guillez (Eds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 151-160). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0151

Toussaint, E., Bacro, F., Florin, A. & Schneider, B. (2019). Qualité de vie et représentations d'attachement d'enfants accueillis en foyer dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance. *Devenir*. 31(2), 165-185. https://doi.org/10.3917/dev.192.0165

Toussaint, E., Florin, A. & Galharret, J.-M. (2023). Le point de vue des enfants en foyer et famille d'accueil sur leur santé : étude comparative. *Santé Publique*, 35(6), 17-25. https://doi.org/10.3917/spub.236.0017

Université Laval. (2025). *Réaliser une étude de la portée (scoping review).* Bibliothèque, Université Laval. https://www.bibl.ulaval.ca/services/soutien-a-ledition-savante-et-a-la-recherche/syntheses-de-la-connaissance/realiser-une-etude-de-la-portee-scoping-review

Vitte, L., Young, H., Pourcher, C., Durand, A., Gerardin, P. & Apter, G. (2024). La recherche sur les enfants confiés à l'ASE : comment surmonter le parcours d'obstacles ? *Enfance*, 3(3), 241-254. https://shs.cairn.info/revue-enfance-2024-3-page-241?site_lang=fr