

Grandir en bonne santé hors de sa famille d'origine

Dix recommandations concernant
la prise en charge médicale des
enfants vivant en famille d'accueil
ou en institution

Argumentaire

Grandir en bonne santé hors de sa famille d'origine

Dix recommandations concernant
la prise en charge médicale des
enfants vivant en famille d'accueil
ou en institution

Argumentaire

Résumé

Le présent argumentaire complète les dix recommandations pour une prise en charge médicale de qualité des enfants qui grandissent en famille d'accueil ou en institution par des informations générales spécialisées et des expériences pratiques. Il décrit, sur la base de l'état actuel des connaissances scientifiques, le groupe cible et ses systèmes de soutien, les conditions-cadres légales et les données disponibles sur la santé des enfants placés hors de leur famille. L'argumentaire insiste sur le droit de chaque enfant de bénéficier des meilleurs soins médicaux possible conformément à la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant et présente les principales recommandations internationales en la matière. Il tient également compte des expériences des prestataires de soins de santé dans le contexte du placement extra-familial.

L'argumentaire souligne l'importance d'un suivi médical continu des enfants placés. Ce suivi requiert une étroite collaboration entre tous les acteurs* impliqués, les parents biologiques, les parents nourriciers, les médecins des diverses disciplines, les thérapeutes et les autorités. Seul un échange d'informations permanent permet de répondre de manière appropriée aux besoins de santé des enfants concernés. La prise en compte de la perspective de l'enfant ou de l'adolescent joue ici un rôle crucial : lorsque l'enfant est capable de discernement, il doit avoir la possibilité de participer directement aux décisions se rapportant à sa santé ; s'il est incapable de discernement, il faut trouver une autre manière appropriée de tenir compte de sa perspective.

Les recommandations et l'argumentaire s'adressent à toutes les personnes participant aux soins et à l'encadrement d'enfants placés en famille d'accueil ou en institution – des professionnels de la santé aux décideurs politiques. Les deux publications s'entendent comme un cadre d'orientation pour une prise en charge médicale continue, transdisciplinaire et adaptée aux besoins des enfants concernés. Le but des recommandations est à la fois d'améliorer la situation des enfants placés et d'aider les personnes responsables à mieux comprendre et coordonner leurs rôles respectifs dans le système de soutien.

Table des matières

5	Introduction
6	Bases
6	Description du groupe cible
7	Nombre d'enfants placés en Suisse
8	Conditions-cadres légales du placement extra-familial
19	Systèmes de soutien participant à la prise en charge médicale des enfants placés
12	État de santé des enfants placés : données internationales et nationales
14	Enquête auprès des pédiatres suisses sur les enfants placés
17	Prise en charge médicale des enfants et des adolescents selon la CDE-ONU
18	Documents de référence relatifs à la santé des enfants placés en Suisse
19	Recommandations et directives internationales
19	Recommandations de l'American Academy of Pediatrics
20	Situation en Allemagne
21	Situation en Suisse
22	Risques liés à la santé et encouragement de la santé en contexte de placement extra-familial
22	Petite enfance
22	Risques liés à la santé et au développement
24	Mesures d'encouragement de la santé et du développement
24	Âge scolaire
24	Risques liés à la santé et au développement
26	Mesures d'encouragement de la santé et du développement
27	Adolescence
27	Risques liés à la santé et au développement
28	Mesures d'encouragement de la santé et du développement
30	Défis et obstacles liés à une prise en charge médicale appropriée
30	Documentation et communication des données sur la santé
31	Multiplicité des acteurs
33	Collaboration entre les systèmes de soutien
35	Cloisonnement des connaissances au sein des systèmes de soutien
36	Connaissances techniques sur la santé des enfants placés
37	Protection de la personnalité, obligation d'annoncer et droit d'annoncer
40	Bibliographie

Introduction

Les enfants placés en famille d'accueil ou en institution doivent bénéficier d'une prise en charge médicale de la même qualité que les enfants qui grandissent dans leur famille d'origine. Les parents biologiques, parents nourriciers, personnes de référence, professionnels, tuteurs et autorités doivent être conscients de leur responsabilité en la matière : il faut garantir à ce groupe d'enfants une prise en charge médicale complète tenant compte des risques spécifiques auxquels ils sont exposés et leur donner accès à toutes les possibilités de traitement et de récupération nécessaires. En outre, la prise en charge médicale doit respecter leur droit de participation aux décisions concernant leur santé.

Vu les lacunes constatées dans ce domaine, pédiatrie suisse et le Collège de médecine de premier recours (CMPR) ont jugé impératif d'élaborer en collaboration avec la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (SSPPEA) et d'autres associations professionnelles, organisations et experts des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge médicale des enfants placés en famille d'accueil ou en institution. Ces recommandations, au nombre de dix, ont été adoptées le 19 septembre 2024.

Les recommandations s'inspirent de la pratique anglo-saxonne et tiennent compte du droit des enfants concernés à l'égalité de traitement dans le suivi médical. En outre, elles précisent les exigences posées aux experts de la santé et formulent des propositions pour une mise en réseau transdisciplinaire.

Elles fournissent un cadre d'orientation aux personnes responsables ou de référence ainsi qu'au personnel soignant afin d'offrir aux enfants placés une prise en charge médicale au plus près de leurs intérêts et de leur bien-être physique et psychique. Elles définissent aussi leurs droits en matière de santé vis-à-vis des décideurs politiques et administratifs.

Le présent argumentaire complète ces dix recommandations par des informations générales spécialisées et des expériences pratiques. Fondé sur l'état actuel des connaissances scientifiques, il tient compte des conditions-cadres du placement extra-familial en Suisse, des besoins de santé spécifiques des enfants en fonction de leur âge ainsi que des expériences des prestataires de soins de santé.

Bases

Description du groupe cible

Les recommandations pour une prise en charge médicale complète et de qualité concernent l'ensemble des enfants et des adolescents qui grandissent en dehors de leur famille d'origine¹. Ce groupe englobe les enfants et adolescents de tous âges vivant en famille d'accueil ou en institution de diverses formes organisationnelles ainsi que ceux placés auprès de la parenté.

Il existe plusieurs types de placement extra-familial : certains enfants sont placés dans une institution spécialisée parce qu'ils souffrent d'un handicap grave ou dans un foyer scolaire parce qu'ils présentent des troubles du comportement ou des besoins éducatifs particuliers, tandis que d'autres grandissent en institution ou en famille d'accueil privée ou professionnelle en raison de situations de mise en danger ou de détresse familiale. Pour ce qui est des nourrissons, il peut s'agir d'enfants placés en cure de sevrage néonatale stationnaire, confiés à une mère d'accueil de transition ou d'urgence ou qui séjournent avec leur mère dans un foyer mère-enfant. Les adolescents qui ne vivent pas avec leur famille – y compris les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés et les jeunes placés dans un établissement d'exécution des mesures – doivent eux aussi bénéficier d'une protection particulière et d'un soutien médical spécifique. Par ailleurs, les recommandations s'appliquent aux enfants en cours d'adoption, en particulier les enfants étrangers qui ont souvent vécu des situations traumatisantes dans leur pays d'origine. Elles concernent également les nouveau-nés donnés à l'adoption en Suisse qui sont confiés à une famille d'accueil de transition jusqu'à la fin de la procédure d'adoption et sur lesquels les changements de personnes de référence et d'environnements peuvent avoir des effets délétères.

Enfin, ces recommandations s'adressent aux care leavers : au moment où ces adolescents placés en famille d'accueil ou en institution entrent dans l'âge adulte (18 ans), ils sont souvent privés du soutien familial nécessaire. Ces recommandations sont aussi destinées aux professionnels médicaux concernés.

Nombre d'enfants placés en Suisse

Il n'existe pas en Suisse de données précises sur le nombre d'enfants et d'adolescents placés ni sur le type et l'évolution des placements. C'est pourquoi les recommandations communes de la CDAS et de la COPMA précisent ce qui suit : « Le Comité de l'ONU des droits de l'enfant a recommandé à la Suisse, dans un rapport de 2015, de réaliser une statistique nationale à ce sujet. Le Conseil fédéral a pris en compte cette observation dans son rapport du 19 décembre 2018 traitant des mesures visant à combler les lacunes dans la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant. Jusqu'à ce que le développement prévu de la plateforme pour le placement en établissement d'éducation et le placement familial (Casadata) gérée par la Confédération soit terminé, il faut se référer aux données propres à des domaines spécifiques ainsi qu'à des extrapolations (voir Comité des droits de l'enfant des Nations Unies). » (CDAS & COPMA, 2020, p. 15)

Selon PACH Enfants placés et adoptés Suisse, il y avait en 2017 entre 18 000 et 19 000 enfants et adolescents placés en famille d'accueil ou en institution (Seiterle, 2018), soit environ 1 % de la population résidente suisse âgée de 0 à 18 ans. Ces chiffres reposent sur une extrapolation des données, incomplètes, disponibles pour la Suisse pour les années 2015 à 2017. Au moment du relevé, un quart environ des enfants concernés vivaient dans des familles d'accueil de formes organisationnelles différentes. Certaines de ces familles d'accueil privées ou professionnelles font partie d'associations spécialisées (organismes de placement familial, OPF) – principalement en Suisse alémanique – qui les soutiennent sur le plan technique. Tous les autres enfants vivaient en institutions de type résidentiel, qui englobent les foyers pour nourrissons, les institutions de pédagogie curative et d'éducation spécialisée ainsi que les établissements d'exécution des mesures.

La COPMA publie chaque année des statistiques sur les mesures civiles de protection de l'enfant ordonnées en Suisse. Ces chiffres ne tiennent toutefois pas compte des placements extra-familiaux volontaires tels que les placements en foyer scolaire, qui sont mis en œuvre sans l'intervention d'une autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA). Même si les statistiques de la COPMA sont incomplètes et n'indiquent ni le type ni la durée des placements, elles donnent néanmoins un ordre de grandeur des mesures prises en vue de protéger les enfants dont l'intégrité psychosociale ou physique est menacée ou impossible à garantir par les parents. Ainsi, on a recensé en 2021 4644 retraits du droit de déterminer le lieu de résidence (art. 310 CC) et 332 retraits de l'autorité parentale (art. 311 et 312 CC). Témoignent également de l'importance d'une prise en charge médicale complète des enfants soumis à des mesures de protection les quelque 333 curatelles instituées en 2021 afin de garantir la mise en œuvre de mesures médicales.

¹ Aujourd'hui, on utilise généralement le terme d'« enfants placés hors de leur famille » (voir les recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales [CDAS] et de la Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes [COPMA], 2020). On parle aussi souvent d'« enfants placés ». Concrètement, il s'agit d'enfants et d'adolescents qui vivent dans des familles d'accueil, des institutions, des foyers scolaires, des établissements d'exécution des mesures pour adolescents ou encore chez des personnes avec lesquelles ils ont des liens de parenté. En font également partie les requérants d'asile mineurs non accompagnés, les enfants en procédure d'adoption ainsi que les care leavers.

Dans les cantons de Berne et de Zurich, les services de la jeunesse, qui sont responsables de délivrer les autorisations aux institutions et aux familles d'accueil et d'assurer leur surveillance, relèvent systématiquement des données sur les placements. Dans les autres cantons, on observe des différences notables tant au niveau de la saisie que de la surveillance des placements extra-familiaux, d'où l'absence de données comparables sur le nombre d'enfants placés ainsi que sur les contextes d'hébergement au début et à la fin du placement. Or ces informations seraient nécessaires pour pouvoir étudier l'état de santé ainsi que le développement ultérieur des enfants, par exemple leur parcours scolaire, sous l'angle du placement extra-familial (Oezdirek et al., 2021).

Conditions-cadres légales du placement extra-familial

En Suisse, le placement d'enfants et d'adolescents en famille d'accueil ou en institution intervient soit sur une base facultative à la demande ou avec l'accord des parents détenant l'autorité parentale soit en application d'une mesure civile de protection de l'enfant avec retrait de l'autorité parentale. Dans ce dernier cas, une APEA locale et/ou un tribunal sont impliqués dans la décision. Un placement institutionnel peut aussi être ordonné dans le cadre de l'exécution des peines et des mesures pour mineurs ou être décidé en tant que mesure scolaire.

Qu'il soit facultatif ou ordonné, le placement d'enfants et d'adolescents hors du foyer familial est toujours régi par l'ordonnance sur le placement d'enfants (OPE). En vertu de celle-ci, les familles d'accueil et les institutions doivent être titulaires d'une autorisation cantonale correspondante. L'OPE régit aussi la surveillance des familles d'accueil et des institutions. Elle distingue entre le placement chez des parents nourriciers (art. 4-11), le placement à la journée (art. 12) et le placement dans des institutions (art. 13-20), précise les conditions auxquelles doivent satisfaire les familles et les institutions concernées et comment ces conditions sont vérifiées. Le thème de la santé est évoqué entre autres à l'art. 15, let. c, qui exige des institutions qu'elles veillent à ce que les enfants bénéficient d'une alimentation saine et variée et soient sous surveillance médicale, que le bien de l'enfant soit pris en compte et que ce dernier puisse participer aux mesures le concernant en fonction de son âge.

Les résultats du projet de recherche « Enfants placés en famille d'accueil – prochaine génération » révèlent, entre autres, l'existence de différences considérables en matière de ressources, d'accompagnement professionnel et de surveillance des parents nourriciers, qui s'expliquent par une interprétation et une application très variables d'un canton à l'autre des prescriptions de l'OPE (Schurr et al., dans Netz Spezial, 2024). C'est pourquoi le postulat 22.4407 « Un cadre d'action moderne pour la prise en charge extrafamiliale » déposé en décembre 2022 au Conseil national a été adopté en mars 2023 déjà. Ce postulat charge le Conseil fédéral d'indiquer la marche à suivre nécessaire à une révi-

sion de l'OPE, qui doit d'avantage tenir compte des droits de participation des enfants, prévoir des procédures modernes pour le placement extra-familial et supprimer les inégalités juridiques entre les cantons.

Plusieurs organisations du système suisse de placement, par exemple l'association de branche des prestataires de services pour les enfants et les adolescents (YOUVITA, www.youvita.ch), l'association professionnelle pour l'éducation sociale et la pédagogie spécialisée (INTEGRAS ou PACH, <https://pa-ch.ch>), proposent des conseils aux enfants et aux jeunes vivant en famille d'accueil ou adoptive, dispensent des conseils et des formations aux familles d'accueil ou adoptives ainsi qu'aux professionnels et se rendent sur le terrain pour établir des expertises d'assurance qualité.

La CDAS et la COPMA ainsi que des organisations spécialisées comme INTEGRAS ont élaboré des recommandations et des guides afin d'uniformiser les pratiques cantonales en matière de placement. Ces documents définissent les fondements matériels des processus de placement selon le principe des bonnes pratiques et offrent un cadre d'orientation ainsi que de précieuses indications et aides pour la marche à suivre (CDAS & COPMA, 2020 ; INTEGRAS 2013). Les recommandations insistent notamment sur la nécessité d'une indication de placement, établie sur la base d'instruments de diagnostic socio-éducatifs par exemple, sur l'adéquation entre objectif du placement et contexte de placement, en famille d'accueil ou en institution par exemple, sur la prise en compte du droit de participation de toutes les parties prenantes ainsi que sur l'importance du suivi et de l'évaluation du processus de placement. Le but du placement extra-familial est de favoriser le développement optimal de l'enfant concerné. À cet égard, les recommandations se réfèrent au terme couramment utilisé, mais néanmoins vague, de « bien de l'enfant », qu'elles décrivent comme étant la possibilité pour l'enfant de se développer sainement (CDAS & COPMA, 2020) et qui, dans la littérature spécialisée actuelle, est aussi défini comme l'encouragement du développement de la personnalité de l'enfant (Gabriel & Aebischer, 2013).

Systèmes de soutien participant à la prise en charge médicale des enfants placés

Plusieurs systèmes de soutien participent à la prise en charge médicale des enfants placés hors de leur famille d'origine (illustration). Il s'agit des parents biologiques, qui suivent le développement et l'état de santé de l'enfant depuis sa conception, mais aussi des parents nourriciers ou des éducateurs sociaux qui s'occupent de l'enfant, suivent son développement et connaissent ses besoins. Les médecins des différents domaines de spécialisation, en particulier les pédiatres et les médecins de famille, font également partie du réseau de

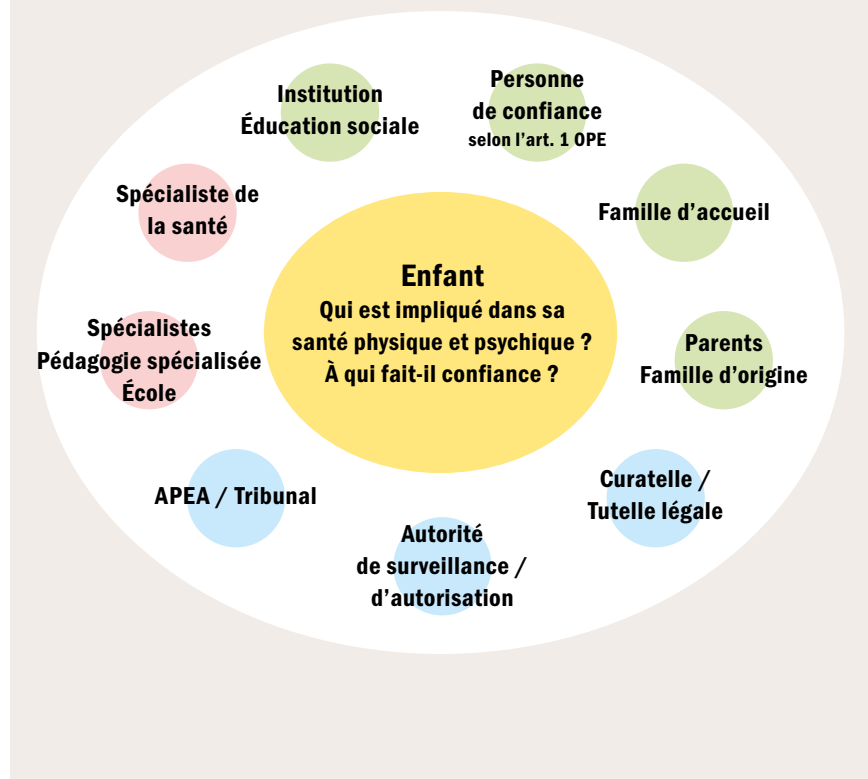
soutien ainsi que, en fonction du développement et de l'état de santé de l'enfant, les pédagogues spécialisée en intervention précoce, les logopédistes, les physiothérapeutes, les professionnels de la petite enfance, de l'école et de la formation professionnelle, les pédagogues spécialisés et les éducateurs sociaux ainsi que les psychothérapeutes ou les psychiatres. Le parcours de santé des enfants placés peut aussi être accompagné par les personnes de référence et, parfois, influencé par un curateur ou un tuteur légal. Lorsque les parents sont incapables de s'occuper de la santé de leurs enfants, les traitements médicaux nécessaires peuvent être ordonnés par les autorités impliquées (APEA, tribunaux, autorités de surveillance). Cette multitude d'acteurs qui gravitent autour de la santé des enfants placés complique, voire entrave parfois leur prise en charge médicale. L'illustration 1 donne une idée de la complexité du système de soutien et de personnes de référence que les professionnels de la santé rencontrent dans leur travail quotidien.

Dans la majorité des cas, les parents biologiques gardent l'autorité parentale et, par conséquent, le droit de décision concernant les mesures médicales. C'est pourquoi leur consentement est en principe nécessaire pour tout ce qui touche à la santé de leurs enfants, sous réserve des traitements d'urgence, qui relèvent généralement de la compétence des parents nourriciers ou de l'institution de placement. Il est rare que le droit de décision concernant les mesures médicales soit retiré aux parents et transféré à un curateurs ou à un tuteur.

En général, l'institution qui accueille un enfant demande la levée de l'obligation de garder le secret et une autorisation de consultations médicales et de traitements d'urgence. En cas de placement en famille d'accueil, la procédure dépend de l'organisation, de l'association faîtière ou des accords individuels passés. Or, comme toutes les familles d'accueil ne sont pas affiliées à une organisation, se pose la question de savoir comment, dans ces cas, assurer la continuité de la prise en charge médicale des enfants. C'est pourquoi la révision de l'OPE préconise que la prise en charge médicale et son contrôle fassent partie intégrante de la surveillance exercée sur les placements.

Illustration

Complexité du réseau de prise en charge des enfants, toutes catégories d'âge confondues, qui grandissent hors de leur famille d'origine



État de santé des enfants placés : données internationales et nationales

De nombreuses études réalisées dans différents pays portent sur l'état de santé général des enfants et des jeunes vivant en famille d'accueil ou en institution (voir p. ex. Keefe et al., 2022 ; McLeigh et al., 2021 ; Mackes et al., 2020 ; van IJzendoorn et al., 2020 ; Sonuga-Barke et al., 2017 ; Vasileva, 2016 ; Hillen & Gafson, 2014 ; Pears & Fisher, 2005 ; Clyman et al., 2002 ; Smyke, 2002). Tous les résultats s'accordent à dire que la santé physique et psychique des enfants concernés est significativement moins bonne que celle des enfants et adolescents qui grandissent au sein de leur famille d'origine. On constate ainsi que les adultes ayant vécu dans des conditions difficiles durant la première partie de leur vie souffrent nettement plus que la moyenne d'obésité, de maladies cardio-vasculaires, de troubles psychiques ou de contraintes sociales (Felitti, 2019 ; Egle et al., 2016 ; Fegert et al., 2021). Aujourd'hui, on comprend aussi mieux les mécanismes neurobiologiques à l'origine des conséquences à long terme des expériences traumatiques vécues durant l'enfance. On soupçonne par exemple que la négligence entraîne des troubles du développement cognitif, moteur et langagier, tandis que la maltraitance et la violence influent surtout sur la régulation émotionnelle et le contrôle cognitif (McLaughlin et al., 2014 ; Kavanaugh et al., 2017 ; Ellis et al., 2021).

En Suisse, les données sur l'état de santé des enfants et des adolescents placés sont lacunaires. Le Rapport national sur la santé 2020 édité par l'Observatoire suisse de la santé (rapport Obsan) a certes examiné la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse et analysé l'influence de la famille, de l'environnement, du comportement de santé ainsi que des maladies aiguës et chroniques, mais il ne livre aucune information sur la santé physique et le développement des enfants qui grandissent hors de leur famille d'origine. Le rapport Obsan mentionne une seule étude ayant observé un taux élevé de problèmes psychiques ou comportementaux chez les jeunes placés, qu'elle explique par les conditions de vie difficiles au sein de la famille d'origine comme la pauvreté, la violence, les troubles psychiques ou une addiction des parents (Averdijs et al., 2018).

Certaines études suisses documentent les troubles psychiques importants dont souffrent les adolescents qui grandissent en famille d'accueil ou en institution. Ainsi, un groupe de chercheurs de la clinique psychiatrique universitaire pour enfants et adolescents de Bâle (UPPKJ) s'est penché, conjointement avec des chercheurs de la clinique psychiatrique universitaire pour enfants et adolescents d'Ulm, sur le risque accru de maladies psychiatriques, de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et de traumatismes chez les adolescents placés en institution, ainsi que sur les lacunes en matière de diagnostics et de traitements correspondants (Schmid et al., 2013 ; Schmid, 2016 ; Schmid, 2011). Dans une analyse longitudinale consacrée au parcours de santé

de jeunes placés dans un établissement d'exécution des mesures ou dans d'autres institutions, les chercheurs ont examiné les corrélations entre troubles traumatiques et modifications immunologiques (Bürgin et al., 2022) et développé le diagnostic standardisé initial et d'évolution EQUALS (Schröder et al., 2013).

L'étude zurichoise encore en cours sur l'adoption (Gabriel & Keller, 2020) basée sur une analyse longitudinale des cheminements d'adoption dans le canton de Zurich a livré de premiers résultats qui indiquent dans de nombreux cas une diminution de la contrainte psychique initiale élevée des enfants adoptés et, plus rarement, une nette détérioration au fil du temps.

Une étude novatrice menée entre 1958 et 1961 par la dresse Marie Meierhofer à Zurich (Meierhofer & Keller, 1966) sur la santé des nourrissons placés en foyer fournit aussi de précieux résultats sur le long terme. L'étude a révélé que ces enfants présentaient des déficits du développement cognitif, émotionnel et langagier – en comparaison avec ceux qui avaient grandi dès leur naissance au sein de leur famille biologique et avaient été examinés dans l'étude longitudinale zurichoise (Sand et al., 2023). Les personnes concernées, nées entre 1953 et 1959 et aujourd'hui âgées de près de 70 ans, ont été invitées à témoigner sur leur parcours de vie dans le cadre du Programme national de recherche 76 « Assistance et coercition » (Lannen et al., 2021). Il ressort de ce projet portant sur une cohorte non sélective basée sur la population que leur taux de mortalité entre 15 et 30 ans était plus élevé que la moyenne observée dans l'étude longitudinale zurichoise. Les personnes interrogées ont aussi fait état d'une santé physique et psychique et d'une satisfaction de vie moins bonnes, de relations de couple difficiles et de capacités cognitives et de régulation émotionnelles restreintes. Lorsqu'elles avaient eu des contacts avec leur famille pendant leur séjour en foyer pour nourrissons, leurs déficits de développement, de santé et de bien-être à l'âge adulte étaient moins marqués (Lannen et al., 2024 ; Sand et al., 2024). Une étude qualitative de la Haute école zurichoise de sciences appliquées (ZHAW) basée sur des entretiens avec d'anciens enfants placés en foyer dans le canton de Zurich entre 1950 et 1990 parvient à des conclusions similaires concernant la prévalence de problèmes psychosociaux à l'âge adulte (Gabriel et al., 2021).

Les conclusions d'une étude clinique non représentative menée avec 16 enfants âgés de trois à cinq ans (Mögel, 2018) et dont la moitié vivait en famille d'accueil ou en institution vont dans le même sens que les résultats de l'étude de la dresse Marie Meierhofer et des études internationales récentes consacrées à ce groupe d'âge (Dozier et al., 2013). Par rapport aux enfants du même âge qui grandissaient au sein de leur famille, les enfants placés ont été décrits comme nettement plus fragiles sur les plans psychique et social-émotionnel (Heflinger, 2000 ; Smyke, 2002 ; Hillen, 2012). Ces problèmes étaient moins aigus lorsque ces très jeunes enfants vivaient en famille d'accueil ou avaient un contact régulier, plusieurs fois par semaine, avec une personne de référence issue de leur cercle familial.

Bien que l'importance de l'encouragement du développement en tant que partie intégrante d'un placement soit reconnue (Gabriel, 2022), on ne dispose à ce jour en Suisse d'aucune information sur l'utilisation et la mise en œuvre concrète des mesures – notamment dans le domaine de l'éducation précoce spécialisée, de la logopédie et de la pédagogie spécialisée – destinées à soutenir le développement des enfants placés. Cela dit, les hautes écoles spécialisées suisses en particulier déploient d'intenses efforts de recherche afin d'améliorer la situation des enfants et jeunes concernés et des care leavers. À cet égard, les résultats du projet « Enfants placés en famille d'accueil – prochaine génération » révèlent que, malgré le large consensus sur la nécessité de renforcer le droit de participation des enfants placés, ceux-ci ne se sentent souvent pas entendus. Par ailleurs, on observe que les personnes de référence sont fréquemment démunies face aux comportements problématiques des enfants liés à leurs éventuels déficits de développement et/ou mauvaises expériences et ne savent pas comment les gérer de manière adéquate (Kilde et al., 2024). S'ajoute à cela l'absence d'offres de conseil pour aider les parents d'origine à soutenir le bien-être de leurs enfants durant tout le processus de placement (Aeby et al., 2024).

En résumé, on dispose aujourd'hui en Suisse surtout de données sur la santé psychique des adolescents ainsi que d'études à long terme en lien avec le placement extra-familial. S'agissant des enfants plus jeunes et des enfants qui grandissent en famille d'accueil ou en institution, par contre, force est de constater que les données sur leur santé physique et psychique ainsi que sur le besoin de mesures d'encouragement du développement sont extrêmement rares (Werner & Stohler, 2024).

Enquête auprès des pédiatres suisses sur les enfants placés

Pour combler les lacunes évoquées ci-dessus, une enquête en ligne a été réalisée (en français, allemand et italien) en novembre 2021 auprès de la pédiatrie suisse afin d'interroger les acteurs médicaux sur leur expérience en matière de prise en charge médicale des enfants et des adolescents placés en Suisse (Mögel & Jenni, 2023).

Sur les 1964 pédiatres actifs de la pédiatrie suisse, 187 (9,5 %) ont participé à l'enquête en ligne. Parmi ceux-ci, 122 (82 %) exerçaient en cabinet, 34 (22 %) travaillaient à temps plein ou à temps partiel dans des institutions ou des hôpitaux et 24 (21 %) étaient responsables de la prise en charge médicale dans un établissement d'accueil pour enfants ou adolescents. 120 personnes participantes ont complété leurs réponses par des commentaires et des témoignages. La plupart des pédiatres ont qualifié la condition physique des enfants et des adolescents qu'ils avaient vus au cours de l'année précédente de très bonne ou plutôt bonne (65 %). Leur état de santé psychique a quant à lui été jugé plutôt perturbé par un tiers des personnes interrogées (34 %). Il a été considéré

comme très bon dans deux cas seulement. Certains pédiatres ont signalé dans leurs commentaires des troubles de la régulation et de fréquentes infections chez les nourrissons et les tout jeunes enfants placés, notamment chez les nourrissons ayant suivi une cure de sevrage néonatale stationnaire et qui avaient par la suite posé de graves problèmes aux parents nourriciers.

Les personnes interrogées ont constaté de graves problèmes psychiques chez les adolescents en particulier. Elles ont ainsi été nombreuses à avoir évoqué des évolutions critiques, parfois une prise non contrôlée de médicaments ainsi que l'absence de suivi par un médecin de famille.

64 pédiatres (57 %) ont diagnostiqué des retards de développement. Selon un tiers, il s'agissait principalement de troubles du développement langagier et cognitif. Environ 50 % ont fait état de problèmes concernant le comportement social des enfants. 71 % avaient vu les enfants et les adolescents concernés dans le cadre d'exams de prévention principalement, et 29 % uniquement lors de consultations d'urgence. Dans près d'un tiers des cas, les mesures de soutien ordonnées (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, éducation précoce spécialisée ou logopédie) avaient été interrompues, voire n'avaient jamais été mises en œuvre.

La continuité et la fiabilité des traitements de soins aigus et des exams préventifs (EP) ont été qualifiées de variables par 48 % des personnes sondées, et près de 10 % d'entre elles ont estimé qu'elles étaient insuffisantes pour garantir une prise en charge médicale appropriée.

L'absence d'informations sur les antécédents de santé des enfants et les traitements déjà suivis, y compris sur l'anamnèse familiale, a été citée comme un défi de taille dans la prise en charge médicale. La collaboration personnelle avec les parents d'origine, les parents nourriciers, les institutions, les curateurs et les autorités a été qualifiée de généralement bonne, variable ou insatisfaisante par respectivement 71 %, 27 % et 2 % des pédiatres.

Certaines personnes interrogées ont mentionné le temps nécessaire – beaucoup trop long – et les difficultés pour obtenir le consentement parental lorsque le père et/ou la mère étaient gravement malades ou difficilement joignables. Les pédiatres voient d'un œil particulièrement critique le fait que les parents placés sous curatelle et ceux disposant d'un droit de visite restreint ou sous surveillance uniquement conservent le droit de décision sur les mesures médicales de leurs enfants. Certains pédiatres qualifient cette situation d'incompréhensible, voire estiment qu'il y a atteinte à l'intérêt de l'enfant, notamment lorsqu'il s'agit de vaccins, de traitements avec du méthylphénidate (Ritaline) en cas de TDAH ou de traitements psychothérapeutiques.

Commentaires faits dans le cadre de l'enquête auprès de la pédiatrie suisse

Interruption du traitement

Tant que le contexte de vie de l'enfant est stable et structuré, tout se passe généralement bien. Les changements abrupts, qui entraînent très souvent l'interruption du suivi médical, sont problématiques, car nous ne sommes que rarement tenus au courant de la suite des événements et/ou de la prise en charge (transmission du dossier). Cette situation est particulièrement fréquente lors d'un changement de canton.

Examens préventifs chez les enfants en âge scolaire

Comme il n'y a pas beaucoup d'examens préventifs chez les enfants en âge scolaire, les contacts avec les médecins sont rares. Lorsqu'il s'agit d'un enfant placé, c'est généralement nous qui devons rappeler les consultations médicales, les examens préventifs ou les vaccinations nécessaires, et il arrive que les rendez-vous ne soient pas honorés.

Prise en charge médicale des adolescents

Les adolescents ont des besoins en matière de santé très variés (p. ex. contraception, troubles alimentaires, consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, etc.). Dans les situations de prise en charge complexes, leur besoin à la fois d'autonomie et d'aide peut les pousser à se surestimer et à se mettre en danger, comme l'illustre le cas suivant : « J'ai reçu en consultation spéciale une adolescente que j'avais déjà rencontrée au service d'urgence pour une tentative de suicide. Elle vit actuellement dans une famille d'accueil, dans une autre commune que sa mère. Elle consulte donc un nouveau médecin de famille depuis quelques mois. Aucun de ses deux médecins n'est au courant de l'existence de l'autre. L'adolescente dit qu'elle prend six médicaments différents par jour, dont un seul lui a été prescrit par un professionnel, sa gynécologue en l'occurrence. (J'ai eu un contact téléphonique avec deux médecins de famille, la gynécologue et le service psychiatrique.) On ne sait pas d'où proviennent les autres médicaments, pour lesquels il n'y a aucune indication (il ne s'agit pas de médicaments psychoactifs) ».

Il convient de préciser que les résultats de l'enquête en ligne ne sont pas représentatifs en raison du caractère subjectif des évaluations et du faible taux de réponses. En outre, les thèmes importants tels que la santé bucco-dentaire, le statut vaccinal et la fréquence des infections n'ont pas été pris en compte dans le sondage. Cela dit, les informations recueillies sur les principaux retards du langage et du développement social ainsi que sur les obstacles à une prise en charge médicale continue et de qualité coïncident avec les résultats de nombreuses études internationales (Vasileva & Petermann, 2018 ; Keefe et al., 2022 ; Espleta et al., 2023).

Prise en charge médicale des enfants et des adolescents selon la CDE-ONU

Tant les recommandations internationales que les présentes recommandations suisses relatives à la prise en charge médicale des enfants placés hors de leur famille se fondent sur l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE-ONU), selon lequel « [l]es États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation ». La Suisse a ratifié la CDE-ONU en 1997.

Les droits de l'enfant ci-dessous sont déterminants pour garantir une prise en charge médicale complète – qui intègre le bien-être psychique et la prévention des maladies associées – des enfants et des adolescents vivant dans une famille d'accueil :

- Droit à l'égalité de traitement (art. 2, CDE-ONU) : « Aucun enfant ne doit être discriminé en raison de son sexe, de ses origines ou de sa nationalité, de sa langue, de sa religion ou de la couleur de sa peau. »
Aucun enfant ne doit être désavantagé dans sa prise en charge médicale du fait de son placement en famille d'accueil ou en institution.
- Droit au respect de l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3, CDE-ONU) : « Chacune fois que l'on prend des décisions susceptibles d'avoir des conséquences pour l'enfant, l'intérêt supérieur de l'enfant prévaut. Ceci est valable aussi bien au sein de la famille qu'au niveau de l'action de l'État. »
Les décisions prises dans le cadre du processus de placement par les autorités ou les parents ayant l'autorité parentale ont souvent des répercussions sur l'état psychosocial et la santé des enfants concernés.
- Droit à la vie et au développement (art. 6, CDE-ONU) : « Chaque enfant doit être encouragé dans son développement, avoir accès aux soins médicaux et pouvoir aller à l'école. Il doit être protégé contre les abus et l'exploitation. »
Le bien-être, le développement et l'accès à la prise en charge médicale de l'enfant concerné peuvent être entravés pendant le processus de placement du fait des problèmes préexistants et des changements de lieux de vie et de personnes de référence.
- Droit de faire entendre son avis et de participer (art. 12, CDE-ONU) : « Chaque enfant doit pouvoir faire entendre son avis sur les questions ou décisions le concernant. Son avis doit être pris en compte dans les décisions. Cela signifie aussi qu'il est informé de manière adaptée à son âge. » Les enfants qui, en raison de leur placement dans un foyer, une institution ou une famille d'accueil, ne connaissent pas (encore) ou insuffisamment leurs personnes de référence doivent disposer de structures dédiées pour faire entendre leur avis et participer aux décisions les concernant.

Documents de référence relatifs à la santé des enfants placés en Suisse

En Suisse, la CDAS et la COPMA travaillent main dans la main dans le domaine du placement extra-familial des enfants. En 2020, les deux commissions ont publié des recommandations communes visant à renforcer les droits de l'enfant en situation de placement hors de sa famille d'origine (CDAS & COPMA, 2020). Ces recommandations se fondent notamment sur les droits internationaux de l'enfant en matière de prise en charge médicale évoqués ci-dessus (CDE-ONU, 2023) ainsi que sur l'OPE. Elles constituent une base importante pour une meilleure intégration de la prise en charge médicale dans la planification et le suivi des processus de placement. S'agissant de la santé, du développement et de l'état psychique de l'enfant placé, les recommandations précisent que son bien, ou intérêt supérieur, bien qu'il s'agisse d'un concept juridique indéterminé recouvrant de multiples perspectives, se réfère toujours « à ce dont un enfant a besoin pour se développer sainement et aux circonstances concrètes qui le permettent ou non » (CDAS & COPMA, 2020).

Durant la première phase d'un placement extra-familial, la CDAS et la COPMA recommandent aux cantons de clarifier les besoins de l'enfant en procédant à « une description et une évaluation soigneuses de la situation, en lien avec les formes d'aide à disposition ». Elles renvoient à cet effet aux outils d'évaluation socio-éducatifs, « par exemple les instruments d'évaluation lucernois et bernois » (CDAS & COPMA, 2020). Elles précisent que le but de la prise en charge pendant la durée du placement consiste à soutenir les enfants « afin qu'ils puissent accomplir et assimiler les étapes de développement adaptées à leur âge ainsi que leur situation d'enfant placé (que cela soit en famille d'accueil ou en institution) » (CDAS & COPMA, 2020), sans toutefois indiquer par qui ou avec quels instruments ce but doit être atteint et contrôlé.

Dans leurs recommandations, la CDAS et la COPMA soulignent en outre le besoin de conseil des enfants placés « au-delà de leur majorité », d'un éventuel soutien financier après la phase de sortie ainsi que d'offres flexibles « afin de répondre au mieux aux différents besoins des enfants et des jeunes, en recourant si possible à des collaborations (régionales) intercantionales lorsque c'est nécessaire » (CDAS & COPMA, 2020).

En Suisse, il existe d'autres documents de référence et fiches d'information qui abordent les aspects spécifiques liés à la prise en charge médicale des enfants placés. Ainsi, INTEGRAS et la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (SSPPEA) ont formulé conjointement en 2021 huit recommandations pour la pratique et la collaboration interprofessionnelles dans le cadre de la prise en charge pédopsychiatrique et de l'éducation sociale des enfants vivant en famille d'accueil ou en institution/foyer (INTEGRAS & SSPPEA, 2021).³

Recommandations et directives internationales

Au plan international, il n'existe que peu de directives relatives à la prise en charge médicale des enfants placés. Seuls les États-Unis, la Grande-Bretagne et l'Australie ont élaboré des lignes directrices et des recommandations correspondantes. En Grande-Bretagne, les ministères de la santé et de la formation ont édicté des directives contraignantes, fondées sur une base légale, pour la prise en charge médicale des enfants placés (Department of Education & Department of Health, 2015). Aux États-Unis, de telles recommandations ont été élaborées par l'association nationale des pédiatres (American Academy of Pediatrics [AAP], Council on Foster Care, Adoption and Kinship Care, 2015). Nous consacrons le point 2.9.1 ci-dessous aux recommandations américaines, étant donné qu'elles émanent, comme les présentes, d'une société de discipline médicale.

Recommandations de l'American Academy of Pediatrics (AAP)

L'AAP recommande – en accord avec le système de santé américain facultatif – de prévoir un premier examen pédiatrique complet de l'enfant, y compris de son développement et de son bien-être, au plus tard 72 heures après le placement, et de le faire suivre d'autres visites médicales à planifier dans les trois mois. Les informations sur l'état de santé de l'enfant ainsi recueillies sont prises en compte dans la formulation des buts du placement, et les pédiatres sont invités à assurer le conseil psychologique des parents nourriciers pendant la phase d'acclimatation de l'enfant concerné.

L'association met en outre l'accent sur une prise en charge médicale continue (follow-up) et sur l'établissement d'une documentation détaillée de l'état de santé physique comme psychique de l'enfant, tout en insistant sur l'importance d'identifier à temps les éventuels mauvais traitements. Les pédiatres doivent être intégrés aux entretiens de bilan et jouer le rôle d'interface dans la communication avec les personnes responsables pour tout ce qui a trait à la santé des enfants placés. L'AAP prévoit aussi la possibilité d'une prise en charge médicale des care leavers jusqu'à 21 ou 26 ans sur requête médicale (chafee option).

³ Il existe de nombreux autres documents de référence tels que la fiche d'information concernant les enfants, parfois non accompagnés, d'Ukraine ayant besoin de protection (publiée en avril 2022 par la CDAS et la COPMA, en accord avec le Secrétariat d'État aux migrations [SEM], l'Office fédéral de justice [OFJ] et l'ambassade d'Ukraine). Ce document met en avant les besoins spécifiques des enfants et des jeunes, leurs droits de participation ainsi que leur besoin de contact avec les personnes de référence, les droits de représentation de leurs parents et leurs besoins de protection particuliers lorsqu'ils sont arrivés en Suisse sans être accompagnés d'une personne investie de l'autorité parentale.

À l'origine, l'AAP avait suggéré de créer des centres de santé pédiatriques (medical homes) qui, grâce à leur expérience en matière de protection de l'enfant et à leurs équipes interdisciplinaires, étaient censés garantir le suivi médical en cas de changements de placement également. Cette idée a finalement été abandonnée au profit d'un réseau de santé concrétisé sous la forme d'une plateforme en ligne (« Medical Home »). Accessible aussi bien aux pédiatres et autres spécialistes de la santé qu'aux parents et aux familles d'accueil, cette plateforme disponible sur le site de l'AAP sous la rubrique « Foster care » propose de nombreuses fiches d'information sur les bonnes pratiques ainsi que divers instruments de diagnostic (American Academy of Pediatrics, 2021).

Le réseau met à disposition des connaissances sur la protection de l'enfant et de la jeunesse, sur les conditions-cadres des placements dans les différents États fédéraux ainsi que sur les troubles post-traumatiques et leur traitement et les thérapies correspondantes. Il offre aussi des conseils et un soutien pour accéder aux ressources de traitement et garantit une documentation complète des données de santé de l'enfant.

Selon une enquête menée auprès de parents nourriciers dans plusieurs États fédéraux des États-Unis, le niveau de satisfaction est élevé et le parcours de santé des enfants, amélioré lorsque les pédiatres appliquent les recommandations de l'AAP dans leurs cabinets (Espeleta et al., 2023).

Situation en Allemagne

Plus près de chez nous, en Allemagne, à défaut de recommandations spécifiques, il existe plusieurs initiatives visant à améliorer la prise en charge médicale des enfants et adolescents concernés. Ainsi, la Dachorganisation der kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften a pris position sur la question des enfants placés dans le cadre d'un projet de loi d'aide aux enfants et aux adolescents (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz ; KJSG). Elle a en particulier attiré l'attention sur la nécessité de mieux prendre en compte la perspective des enfants placés et de renforcer le conseil et le soutien aux parents d'origine et aux parents nourriciers. Par ailleurs, elle a salué l'introduction d'une nouvelle disposition dans la loi qui subordonne la fin d'un placement de longue durée (« accueil long terme ») aux critères déterminants pour le bien de l'enfant suivants : contexte de vie stable, qualité des relations avec les parents nourriciers et les parents d'origine ainsi que déficits du développement nécessitant le maintien de l'enfant dans la famille d'accueil (Mall et al., 2017). En 2019, le Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) et la Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) ont également pris position sur le projet de KJSG conjointement avec la Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), l'association faïtière DGSPJ et la Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ). Ces associations ont notamment exigé que les dentistes soient davantage intégrés dans les réseaux de protection de l'enfant,

dans la mesure où leurs examens pouvaient jouer un rôle important dans le dépistage de cas de négligence ou de violence (Karpinski et al., 2019).

En Allemagne, le manuel « Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem » mis à disposition en open source par la clinique universitaire de psychiatrie pour enfants et adolescents d'Ulm propose de précieux conseils et outils pour le diagnostic psychologique et le traitement des troubles post-traumatiques chez l'enfant (Oswald et al., 2011).

Situation en Suisse

En comparaison internationale, la Suisse dispose d'un excellent système de santé pour les enfants et les adolescents (Jenni & Sennhauser, 2013).

Les examens préventifs occupent une place importante dans le système de santé helvétique. Ainsi, la pédiatrie suisse recommande de procéder à 17 examens pédiatriques de la naissance à l'âge de 14 ans, dont huit doivent avoir lieu durant les douze premiers mois de vie de l'enfant. Ensuite, et jusqu'à l'âge de quatre ans (début de l'école enfantine), la pédiatrie suisse prévoit des visites médicales tous les six à douze mois. Le « Carnet de santé » édité par la pédiatrie suisse et qui recense tous les besoins en matière de santé et de développement est remis à chaque enfant né en Suisse (pour plus de détails sur les divers examens préventifs, voir Jenni & Holtz, 2024). L'intervalle de temps entre l'examen préventif des six ans au début de l'école primaire et le suivant prévu à dix ans semble toutefois trop long pour les enfants placés en famille d'accueil ou en institution ainsi que pour ceux qui changent de lieu de vie.

En Suisse, la prise en charge médicale durant la petite enfance est complétée par l'offre de conseils préventifs de l'Association suisse des consultations parents-enfants (AS CPE) qui fait office de point de contact national pour toutes les familles avec des nourrissons et de jeunes enfants. Les conseillers, souvent des infirmières diplômées au bénéfice d'une formation spécialisée dans la petite enfance, conseillent gratuitement et de manière confidentielle les parents de nourrissons et d'enfants en bas âge, de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans révolus.

Notre pays est en outre doté d'un système de prise en charge étendu dans les domaines de la psychiatrie infanto-juvénile et de la pédiatrie du développement en institution. L'accès aux traitements psychothérapeutiques pour enfants et adolescents dans les cabinets ou dans les hôpitaux reste toutefois insatisfaisant, comme le révèle une initiative sur la sécurité de l'offre de soins en matière de psychiatrie infanto-juvénile déposée en 2022 par le Parlement suisse.

Enfin, s'agissant des mesures d'encouragement du développement, la Suisse dispose d'un vaste réseau de prestataires cantonaux dans le domaine de la pédagogie curative ou spécialisée intervenant en institution, en cabinet médical ainsi qu'à l'école, tous niveaux confondus (Kronenberg, 2021).

Risques liés à la santé et encouragement de la santé en contexte de placement extra-familial

Petite enfance

Risques liés à la santé et au développement

Le nourrisson et l'enfant en bas âge ont besoin, pour leur bon développement, de la présence de leurs parents ou de leurs personnes de référence primaires. La tendresse et l'affection sans jugement de ces adultes leur permettent de se découvrir et d'explorer leur environnement, de pouvoir construire un système de régulation du stress résilient ainsi qu'une organisation individuelle de l'attachement et de soi. Surtout, la co-régulation des émotions dans le cadre d'une relation parent-bébé familière et continue constitue la base d'une estime de soi cohérente et donc d'un développement psychologique stable chez les enfants. Autrement dit, l'équilibre du petit enfant dépend fondamentalement de la disponibilité, de la fiabilité et de la compréhension de ses personnes d'attachement ainsi que de la stabilité sécurisante de l'environnement dans lequel il grandit (Bronfenbrenner, 2005 ; Jenni, 2024).

Les dangers typiques de la petite enfance peuvent prendre leur source avant la naissance déjà, notamment si la future mère consomme des stupéfiants ou que sa grossesse se déroule dans un contexte de violence domestique ou d'exil (Jenni, 2024). Le nourrisson ou le petit enfant confronté à la négligence et à diverses formes de carence, subissant des maltraitements physiques, sexuelles ou émotionnelles ou des actes de violence, ou dont les parents souffrent de troubles psychiques graves et/ou d'un surmenage chronique et d'un manque de ressources familiales présentera tôt ou tard des problèmes de développement socio-émotionnel, cognitif et physique potentiellement durables (Egle et al., 2016 ; Felitti et al., 2019). Suivant la durée et l'ampleur de ces mauvais traitements, la capacité de l'enfant en bas âge de réguler son stress ou de créer du lien peut en être considérablement diminuée (Ellis et al., 2022 ; Evans, 2013 ; Kavanaugh et al., 2017). Souvent, c'est le cumul de tels facteurs de risque qui conduit finalement à la séparation de l'enfant et de sa mère et de sa famille et à son placement extra-familial.

Les placements au cours de la petite enfance sont particulièrement exigeants, la plupart des étapes clés du développement de l'enfant s'inscrivant dans une progression définie par la génétique et la biologie (Jenni, 2021). Ainsi, la construction d'une organisation relationnelle sûre, qui présuppose la présence continue et quotidienne d'au moins une personne d'attachement, se produit spécifiquement entre l'âge de six mois et celui de 18 mois. Ensuite, pour continuer de développer ses compétences cognitives, sociales et émotionnelles, le petit enfant a besoin d'être stimulé et rassuré au cœur d'une relation

stable et continue avec ses parents. À cet égard, la recherche récente en neurosciences et sur les enfants placés démontre que les nourrissons et les enfants en bas âge réagissent très fortement à une longue séparation d'avec leurs personnes de référence et leurs environnements familiaux, même défavorables (Dozier et al. 2013 ; Jenni, 2024 ; Sheridan et al. 2022 ; Ziegenhain et al., 2014). Bien que les enfants en bas âge placés aient un besoin urgent de se lier durablement à de nouvelles personnes de référence, les contingences juridiques et administratives qui régissent les placements dans la petite enfance confèrent souvent à ces derniers un caractère provisoire en raison des nombreux changements de personnes de référence et de lieux de vie (Mögel, 2022 ; Ziegenhain et al., 2014). Par ailleurs, l'anxiété causée par la séparation ou la perturbation de l'enfant concerné n'est pas toujours facile à identifier pour les personnes extérieures (Ducieux & Neumanns, 2021), au même titre que sont sous-estimées les répercussions de négligences émotionnelles, d'événements traumatisants et de séparations des personnes de référence primaires sur le développement socio-émotionnel, linguistique et cognitif de l'enfant et sur sa future stabilité psychique (Leslie et al., 2002 ; Hillen & Gafson, 2014 ; Vasileva & Petermann, 2017 ; McLeigh et al., 2021 ; Sheridan et al., 2022). Ainsi, un comportement de retrait, une sociabilité indifférenciée ou une exploration peu ciblée sont souvent interprétés comme une grande capacité d'adaptation ou comme de l'insouciance alors qu'il peut s'agir de signes de stress et d'anxiété relationnelle (Ziegenhain et al., 2014 ; Humphreys et al., 2017). Or les problèmes de comportement et le passé douloureux d'un enfant en bas âge risquent d'entraver son aptitude à créer un nouveau lien nourricier et, de fait, son intégration dans un environnement favorable (Lohaus et al., 2018).

De toute évidence, le besoin de protéger la relation parents-enfant initiale est particulièrement élevé lorsque les parents souffrent de troubles psychiques ou de stress intense. C'est pourquoi les parents d'un nourrisson placé se voient souvent accorder une longue période de récupération, durant laquelle l'enfant passe de placements d'urgence en hébergements en institution limités dans le temps. La solution du placement en institution – qui va à l'encontre des recommandations de l'UNICEF et des sociétés spécialisées – est celle que préfèrent généralement les parents par peur de perdre leur rôle parental. Cependant, si le contact parents-enfant n'est pas encouragé et entretenu intensivement, la récupération de la fonction parentale peut être longue et difficile, étant donné que le nourrisson placé crée des liens avec son nouvel environnement et les personnes qu'il y côtoie au quotidien. De nouveaux changements de placements peuvent alors s'avérer nécessaires vers la fin de la première ou dans le courant de la deuxième année de vie, soumettant le très jeune enfant à des séparations précoces supplémentaires qui influent à leur tour sur son développement socio-émotionnel (Dozier et al., 2013 ; Mögel, 2022 ; Ziegenhain et al., 2014).

Mesures d'encouragement de la santé et du développement

Dans le cadre du placement extra-familial au cours de la petite enfance, les mesures d'encouragement de la santé peuvent se fonder sur diverses approches. Citons par exemple les interventions stationnaires destinées à rétablir la relation mère-enfant dans des unités psychiatriques ou des établissements socio-éducatifs dédiés ou la limitation à 14 jours au maximum de la durée des placements provisoires n'impliquant pas de personnes de référence (Ziegenhain, 2014). Il importe, en particulier lors de placements en institution, de mettre rapidement en place des mesures psychothérapeutiques ou psychoéducatives en vue de créer un environnement propice aux contacts intensifs. C'est le seul moyen de maintenir ou d'établir une relation solide entre l'enfant et ses parents.

Il est crucial d'évaluer le plus tôt possible l'état psychique de l'enfant et la qualité de sa relation avec les parents et les personnes de référence dans le lieu d'hébergement afin de poser les bases de la suite du placement.

L'accompagnement et l'encouragement du nourrisson ou de l'enfant en bas âge dans la création de liens de confiance tant avec la famille nourricière qu'avec sa famille d'origine sont des priorités. Ainsi, le fait de proposer un conseil et un suivi communs aux parents biologiques et à la famille d'accueil sur les défis d'une parentalité partagée (co-parenting) permet d'éviter la fragmentation du milieu de vie de l'enfant. Une telle approche favorise également l'expérience de la cohérence et de l'appartenance, qui sont le fondement d'un développement sain au cours de la petite enfance (Mögel, 2014 ; Zimmermann, 2020).

Pour conclure, si des retards de développement sont constatés dans l'exploration, l'acquisition du langage ou d'autres étapes du développement liées à l'âge, il faut déployer sans tarder des outils de soutien.

Âge scolaire

Risques liés à la santé et au développement

Durant les premières années de sa scolarité, l'enfant développe des concepts identitaires à mesure qu'il découvre ses compétences individuelles et ses aptitudes scolaires, qu'il cherche sa place parmi ses pairs et qu'il explore son rôle au sein de sa famille (Jenni, 2021). Malgré son autonomie croissante, l'enfant se réfère encore beaucoup aux figures parentales positives et, en cas de difficultés, se tourne en premier lieu vers les liens qui existent dans son système familial. Durant cette période, les exigences auxquelles il est confronté hors de la maison peuvent accroître ses symptômes d'anxiété (phobie sociale ou scolaire) ou de TDAH (Goemans et al., 2016).

L'enfant en âge scolaire vivant hors de sa famille d'origine n'a pas encore le recul nécessaire pour appréhender les problèmes de ses parents dans une perspective globale. Il éprouve souvent de la honte et de la culpabilité, tend à inver-

ser les rôles (c.-à-d. qu'il assume la responsabilité des adultes), développe des conflits de loyauté et de la morosité face aux problèmes de ses parents. Même si l'éloignement protecteur le soulage d'un quotidien familial très pesant ou mal-traitant, l'enfant concerné continue de se faire du souci pour sa famille ou de se sentir responsable de la situation. De plus, en étant éloigné de son environnement familial, il risque de perdre des ressources importantes comme des personnes de confiance, des amis, des loisirs dans des associations sportives ou l'école (Schofield & Beek, 2005 ; Schröder et al., 2017).

Contrairement aux enfants qui vivent dans leur famille d'origine, l'enfant placé n'a pas d'autre choix que de s'intégrer dans deux environnements de vie (Wolf, 2012). Il lui faut beaucoup de temps pour ajuster à la nouvelle donne les stratégies d'adaptation qu'il a acquises dans son milieu de vie habituel et pour nouer peu à peu des relations de confiance avec les nouvelles personnes de référence. L'enfant placé doit donc trouver sa place dans deux mondes souvent très dissemblables et réévaluer l'importance du lien avec ses parents.

En même temps, l'enfant qui grandit hors de sa famille d'origine doit franchir des étapes spécifiques à son âge comme l'intégration dans un groupe de pairs et la capacité de répondre aux exigences scolaires. Ces deux tâches requièrent des compétences d'auto-régulation telles qu'une tolérance croissante à la frustration, la maîtrise des émotions et le contrôle des impulsions et de l'attention (Jenni, 2021). Du fait des expériences douloureuses ayant conduit à leur placement extra-familial, de nombreux enfants ont dû tellement mobiliser leur capacité d'autorégulation qu'ils paraissent souvent plus « jeunes » en termes de développement et de besoins que leurs contemporains élevés dans leur famille d'origine (Vasileva & Petermann, 2018 ; Keefe et al., 2022). Un comportement externalisé évident (agitation, impulsivité, inattention ou agressivité) peut ajouter encore à la difficulté de s'adapter socialement et scolairement et cache souvent des symptômes internalisés aigus (détresse due à des angoisses, morosité et inquiétude). Les problèmes de développement du langage supérieurs à la moyenne chez l'enfant placé sont eux aussi liés aux difficultés qu'il traverse (Golding et al., 2013 ; Vasileva & Petermann, 2018 ; Krier & Duren Green, 2018 ; Ellis et al., 2022).

Cumulées, ces contraintes et exigences aussi nombreuses que complexes peuvent régulièrement mettre à mal la capacité de résistance d'un enfant placé. Le stress psychique, les problèmes de comportement ou les autres difficultés d'apprentissage qui en découlent menacent non seulement l'intégration dans le lieu d'accueil et à l'école, mais aussi le développement d'une estime de soi positive. Pour parer à ces déficits, il faut tenir compte des besoins individuels de l'enfant en matière de participation et de durée de développement, encourager ses ressources et ses intérêts et dépister et traiter le plus tôt possible les éventuelles atteintes à sa santé.

Mesures d'encouragement de la santé et du développement

Dans le cadre du placement extra-familial durant l'âge scolaire, les mesures d'encouragement de la santé peuvent revêtir divers aspects. Pour être à même de développer un sentiment d'efficacité personnelle conforme à son âge, l'enfant concerné doit se sentir accepté et appartenir à son contexte de placement, à l'école et à son groupe de pairs. Sa situation particulière doit être respectée, et il doit disposer de suffisamment de temps pour s'adapter à la nouvelle donne. Parfois, il faut le soutenir dans les contacts et l'interaction avec sa famille d'origine et l'aider à s'approprier son parcours de vie en prêtant attention à son besoin de participation, en lui offrant la proximité avec les personnes et les lieux familiers et en le soutenant dans l'épanouissement de ses aspirations et talents individuels.

Les mesures d'encadrement, d'encouragement et d'accompagnement individuels spécifiques sont particulièrement pertinentes pour les enfants placés qui souffrent de problèmes scolaires ou psychiques (Schofield & Beek, 2005 ; Oswald et al., 2011 ; Keefe et al., 2022). Sur indication correspondante, ces enfants ont droit à la continuité d'une prise en charge médicale ou de pédagogie spécialisée, par exemple lors d'un changement de placement. Ils sont aussi censés consulter régulièrement leur pédiatre habituel pour les examens préventifs recommandés dans le carnet de santé car, comme la fréquence de ces examens diminue à cet âge, des lacunes peuvent apparaître durant cette période dans le suivi des traitements ou les dépistages, notamment lors de changements de lieux de placement.

Lorsqu'un enfant présente des difficultés scolaires, sociales ou d'intégration dans un groupe de pairs ou qu'un handicap est suspecté, une évaluation de pédiatrie du développement ou de pédopsychiatrie doit être effectuée sans tarder afin de pouvoir prendre les mesures de soutien qui s'imposent. Il convient également de conseiller la famille d'accueil, les parents biologiques et le personnel éducatif des institutions sur les problèmes scolaires en vue de constituer un réseau incluant des personnes de référence et des spécialistes rattachés au milieu scolaire ou extérieurs à celui-ci.

Les mesures pédopsychiatriques, médicales et thérapeutiques de soutien ainsi que leur mise en œuvre (p. ex. annonce à l'AI, pédagogie spécialisée ou soutien scolaire intégré) doivent être coordonnées et définies en concertation avec toutes les personnes de référence, de même qu'avec les parents, les parents nourriciers et les spécialistes qui s'occupent de l'enfant concerné. Le point de vue, les besoins et l'état psychique de l'enfant sont toujours au centre des préoccupations.

Si nécessaire, les prestataires de soins doivent également encourager le bien-être émotionnel de l'enfant concerné et travailler en coordination étroite avec les services pédopsychiatriques ou pédopsychologiques, l'accent devant être mis sur l'apparition de signes d'anxiété, d'une tendance au retrait et de

troubles du comportement. Les troubles émotionnels et diverses formes de traumatisme doivent faire l'objet d'une investigation approfondie et d'un traitement adéquat (Oswald et al., 2011). En cas de diagnostic de TDAH ou de troubles du spectre de l'autisme (TSA), il faut inclure les comorbidités courantes, c'est-à-dire poser un diagnostic complet, mettre en place un traitement continu et, surtout, vérifier scrupuleusement la nécessité d'une médication (Kutcher et al., 2004). Le développement et l'état psychique d'un enfant handicapé doivent être évalués de manière très approfondie.

Adolescence

Risques liés à la santé et au développement

L'adolescence se caractérise par un grand nombre de processus de maturation biologiques, sociaux et psychiques (Jenni, 2021). Sous l'effet des hormones, le corps subit des poussées de développement qui induisent la croissance, des changements corporels et la maturité sexuelle. Le cerveau aussi se modifie, avec des transformations fondamentales de la pensée, du ressenti et du comportement. Ces mutations permettent à l'adolescent de se détacher peu à peu de ses parents en vue de mener une vie autonome et responsable et de nouer des relations profondes, notamment avec ses contemporains. Il se préoccupe aussi de son avenir, en particulier scolaire et professionnel, se cherche sur le plan identitaire et développe des valeurs morales et un système normatif personnel.

Ce processus d'autonomisation amène aussi le jeune à prendre sa santé en main, par exemple en passant du pédiatre à un médecin de famille ou, le cas échéant, en choisissant lui-même son psychothérapeute. Il en va de même pour les jeunes femmes concernant le choix de leur gynécologue.

D'une manière générale, l'adolescence est un parcours jalonné de crises pouvant s'accompagner de problèmes sanitaires, psychosomatiques ou psychosociaux comme des troubles alimentaires, des états dépressifs ou des pensées suicidaires, une consommation exagérée d'alcool, de tabac ou de cannabis ou un comportement sexuel à risque. Cela étant, lorsqu'il rencontre des situations difficiles, qu'il vit des expériences négatives ou qu'il planifie son avenir scolaire ou professionnel, l'adolescent continue de chercher l'échange avec sa mère ou son père ou du soutien auprès de ces derniers (Jenni, 2021).

Les processus d'autonomisation et d'identité qui se déroulent durant l'adolescence posent des défis de taille aux jeunes placés hors de leur famille comme à leur environnement. Il peut en effet y avoir incompatibilité entre le détachement progressif nécessaire à cet âge et le but du placement, à savoir offrir un espace de récupération et de structuration dans un contexte sûr. Les problèmes vécus durant la petite enfance semblent favoriser les troubles dépressifs vers la fin de l'adolescence et ce, même si, dans les premiers temps du placement, le

jeune avait pu reprendre son souffle dans un contexte sécurisant (Sonuga-Barke et al., 2017 ; Gabriel et al., 2021). On a constaté que, lorsque les jeunes avaient été victimes de négligence émotionnelle, de maltraitance physique ou sexuelle ou de traumatismes ou avaient subi plusieurs changements de lieux de vie, ils avaient tiré un bénéfice moindre des mesures de soutien proposées et n'avaient guère eu d'occasions de développer leur capacité d'autonomisation (Fegert et al., 2021; Schmid et al., 2017).

Les multiples exigences liées à la formation et au choix d'un métier sont aussi des enjeux majeurs pour les adolescents concernés et leur environnement. Pris en étau entre injonctions de l'entourage et besoin d'autonomie, les jeunes peuvent vite se sentir dépassés par les événements. Les comportements à risque ou l'instabilité psychique résultant de traumatismes antérieurs se soldent parfois par des changements de lieux de placement, des interruptions de formation ou des hospitalisations, autant d'obstacles potentiels qui compliquent et ralentissent le passage à l'âge adulte des adolescents placés hors de leur famille d'origine (Nowacki & Schoelmerich, 2010 ; King et al., 2023).

Les jeunes concernés sont souvent défavorisés sur le plan financier. Faute de soutien social ou financier de leur famille d'origine, ils ont besoin de plus d'aide que leurs pairs durant la formation professionnelle et le passage à l'âge adulte (Werner & Stohler, 2021). À cet égard, l'association Careleaver Schweiz attire l'attention sur la corrélation entre problèmes financiers et santé physique et bucco-dentaire due au fait que, à partir de 18 ans, les care leavers sont rares à pouvoir compter sur leur famille d'origine pour payer leurs primes d'assurance-maladie et leurs frais de santé. Si, en plus, leurs parents ou leur curatelle ont résilié leur assurance complémentaire pour des raisons de coût, les jeunes adultes risquent de ne plus pouvoir en souscrire en raison des réserves formulées sur la base des traitements ergothérapeutiques ou psychothérapeutiques reçus dans l'enfance.

Mesures d'encouragement de la santé et du développement

Les mesures d'encouragement de la santé sont décisives pour le bien-être des adolescents placés et des care leavers. Le jeune doit bénéficier d'un conseil individuel sur le thème de la santé et sur son propre parcours de santé incluant, s'il le souhaite, ses personnes de référence ou de confiance. Pour promouvoir sa prise d'autonomie, il faut lui proposer des offres adaptées à son âge et à ses intérêts ainsi qu'à son besoin d'autodétermination tout au long du processus de traitement.

Outre la santé physique et bucco-dentaire, l'attention doit aussi être portée sur l'état psychique et émotionnel des adolescents. Concrètement, il s'agit de détecter précocement les atteintes ou les troubles psychiques de même que les risques d'addiction et, le cas échéant, de dispenser un conseil ciblé ou d'aiguiller les jeunes concernés vers un service spécialisé pouvant lui apporter le sou-

tien nécessaire. Il faut aussi veiller à les sensibiliser à la santé sexuelle en leur donnant accès à des informations exhaustives sur la contraception, la protection contre les maladies sexuellement transmissibles et les pratiques potentiellement à risque, entre autres. Lorsque c'est nécessaire, les jeunes filles sont orientées vers des consultations gynécologiques en vue d'une prise en charge médicale appropriée.

Les mesures doivent aussi porter sur la santé en lien avec l'intégration scolaire et professionnelle. Elles peuvent se traduire par un conseil global incluant au besoin l'accompagnement pour l'annonce à l'assurance-invalidité (AI). Il importe de tenir compte des problèmes de santé des jeunes dans le processus d'intégration afin de maximiser leurs chances de réussir leur formation et de prendre pied dans la vie professionnelle.

Il est nécessaire par ailleurs d'accompagner le jeune lorsqu'il quitte son pédiatre pour un médecin de famille. Il faut l'informer sur le financement des frais médicaux, les caisses-maladies et les couvertures d'assurance, et clarifier ses besoins et objectifs en matière de prise en charge médicale individuelle. Dans une optique de continuité de la prise en charge médicale, ces thématiques doivent être abordées avant que le jeune atteigne ses 18 ans et quitte la famille d'accueil ou sorte de l'institution.

À la fin de son placement, le jeune adulte doit être en possession de tous les documents médicaux relatifs à sa santé et avoir la possibilité de discuter de ces questions avec un spécialiste de confiance.

Toutes ces mesures visent à encourager durablement la santé et le bien-être des jeunes vivant hors de leur famille d'origine et à favoriser une transition réussie vers l'âge adulte.

Défis et obstacles liés à une prise en charge médicale appropriée

Les fréquents changements de personnes de référence, de lieux de vie, d'administrations et de spécialistes qui jalonnent le parcours de l'enfant placé peuvent entraîner des interruptions de sa prise en charge médicale – p. ex. traitements ou thérapies de soutien – et des lacunes dans son dossier médical, risquant de mettre à mal la confiance et la compliance (acceptation) et de compromettre les traitements subséquents ou l'efficacité des mesures thérapeutiques.

Ci-après sont présentés des obstacles classiques à la prise en charge médicale des enfants placés, décrits également dans les recommandations et directives anglo-saxonnes. Les exemples de cas sont tirés de l'enquête menée auprès des pédiatres (Mögel & Jenni, 2023) et de la pratique du service de pédiatrie du développement de l'hôpital pédiatrique universitaire de Zurich.

Documentation et communication des données sur la santé

Un placement, qu'il soit ordonné par une autorité ou organisé en accord avec les parents, implique non seulement le transfert de la responsabilité de l'enfant à de nouvelles personnes de référence dans un nouveau lieu de vie, mais aussi le changement de référents médicaux. Souvent, les thérapies et traitements en cours doivent être poursuivis dans ce nouvel environnement. Or l'attribution de la compétence en matière de prise en charge médicale peut se révéler compliquée, en particulier en l'absence de curatelle. En effet, la plupart des parents conservent l'autorité parentale et, partant, le droit de prendre les décisions médicales ; ils répondent donc de la santé de leur enfant mais, du fait de la complexité de leur propre situation, ne sont souvent pas en mesure d'assumer cette charge ni de réunir les documents et rapports médicaux nécessaires au moment du placement. Il est pourtant primordial pour tout enfant grandissant hors de sa famille d'origine que ses prestataires de soins de base aient accès à l'ensemble de ses documents médicaux et des données de l'anamnèse familiale.

Rarement informés du changement de garde et de personnes de contact, les spécialistes tardent, pour des raisons diverses, à demander l'accord des parents pour transférer le dossier médical de l'enfant concerné. Il s'écoule ainsi un temps précieux avant que l'enfant soit emmené en consultation chez un nouveau pédiatre et que celui-ci requière auprès des parents l'autorisation de consulter le dossier médical. C'est ce que montre l'exemple ci-après.

Exemple de cas : de l'importance de pouvoir agir au moment propice

L'enfant de cinq ans issu d'une famille en détresse psychique et sociale est d'abord placé dans un foyer pour enfants en bas âge au titre d'une intervention de crise. Peu auparavant, un traitement logopédique urgent avait été initié à la demande de sa pédiatre d'alors, au terme d'une longue attente. Ce traitement a été interrompu au moment du placement. Aucun rapport de transfert n'a été rédigé, et l'enfant n'a pas été présenté à un nouveau pédiatre. Les troubles du langage évidents de l'enfant ont d'abord été attribués à la situation vécue dans sa famille d'origine. Après quelques mois, à l'initiative d'un personnel d'institution attentif et avec le soutien de sa maîtresse d'école enfantine, l'enfant apparemment perturbé passe un examen psychothérapeutique. Lorsque la thérapeute pour enfants signale les graves troubles du développement du langage déjà connus par l'anamnèse familiale et le besoin urgent d'un traitement logopédique, les ressources de soutien correspondantes sont depuis longtemps épuisées pour l'année scolaire en cours.

Multiplicité des acteurs

L'attention que leur porte leur environnement est un facteur essentiel pour le bien-être physique et psychique non seulement des nourrissons et des enfants en bas âge, mais aussi des enfants en âge scolaire et des adolescents. Cette attention, qui inclut l'observation des changements de comportement et d'état psychique de l'enfant concerné, dépend de la sensibilité de la personne de référence et de sa proximité avec l'enfant. S'agissant des enfants placés, cette relation privilégiée peut être mise à mal pour diverses raisons :

- méconnaissance des nouvelles personnes de référence / responsables concernant l'enfant, sa santé et son développement : c'est le cas lors de placements d'urgence ou de changements de lieu d'accueil, de curatelle ou encore de personnel ;
- épuisement des parents nourriciers accueillant des enfants en situation très difficile ou surcharge de travail du personnel pédagogique spécialisé dans les institutions ;
- inaccessibilité des parents détenteurs de l'autorité parentale ou refus de ceux-ci de coopérer : du fait de leurs propres difficultés, ils ne sont pas en mesure de prendre en main la santé de leur enfant en autorisant des examens ou des traitements médicaux au moment opportun, par exemple ;

- manque de coordination ou conflits au sein du réseau de référence et de soutien, qui détournent l'attention des personnes concernées de la prise en charge médicale des enfants ;
- surmenage du personnel de santé dû à l'ampleur des situations individuelles et à la complexité des systèmes de soutien dans le placement extra-familial des enfants et des adolescents.

Il est dès lors possible que les enfants placés en famille d'accueil ou en institution ne bénéficient pas à temps ou de manière complète des consultations préventives ou des examens médicaux dont ils ont besoin. En outre, le devoir de non-ingérence dans le droit de décision médicale des parents biologiques fortement recommandé aux parents nourriciers et au personnel de référence institutionnel peut être difficile à accepter pour le personnel soignant, qui interprète souvent l'attitude distante ainsi imposée déontologiquement aux parents nourriciers ou aux pédagogues spécialisés comme un refus de coopérer ou de s'engager en faveur du bien-être physique et psychique de l'enfant. Bien connu de la recherche sur les enfants placés, ce phénomène peut considérablement compromettre la réussite d'un traitement ou entraver le suivi de mesures de soutien (Unterberg et al., 2013).

Exemples de cas en pédiatrie du développement (hôpital pédiatrique universitaire de Zurich)

Lors d'un contrôle de pédiatrie du développement, la mère nourricière d'un enfant en première année enfantine se montre très concernée par ce dernier, qui présente des troubles du comportement et du langage. Soucieuse de le soutenir, elle demande d'urgence un examen et un conseil pédopsychologiques. Après que le personnel soignant s'est démené pour fixer un rendez-vous rapidement, la mère nourricière le reporte de six mois au motif qu'elle doit s'occuper de plusieurs enfants placés. Au final, elle ne se rend à l'hôpital qu'une année plus tard sur l'insistance du personnel de la crèche.

Un enfant de sept ans, en manque de liens mais ayant tissé une relation de confiance avec une personne de référence dans son institution, se voit prescrire en vue de sa scolarisation un examen médical par la pédiatre en raison de ses graves retards de développement. La mère de cet enfant, souffrant elle-même de troubles cognitifs et placée sous curatelle, détient l'autorité parentale exclusive. Elle refuse longtemps la levée de l'obligation de garder le secret afin de permettre les échanges avec les autorités scolaires qui proposent un changement d'institution car l'école spécialisée de la commune ne dispose que de peu de places. La mère ne répond pas non plus aux convocations à un entretien. Le médecin chargé de l'examen et le réseau de

soutien en place se démènent de façon exceptionnelle pour obtenir le consentement de la mère, pouvoir effectuer l'examen médical et mener l'entretien d'évaluation avec la collaboration de la plupart des spécialistes et des personnes de référence concernées. Dans l'intervalle, la place dans l'école spécialisée proche de l'institution de l'enfant et dont celui-ci avait urgemment besoin a été attribuée. Or, étant donné que l'enfant supporterait difficilement un changement de lieu de vie, la question de sa scolarisation reste ouverte.

Collaboration entre les systèmes de soutien

Divers facteurs peuvent entraver la collaboration entre les systèmes de soutien : discordance des langages techniques, foisonnement des parties prenantes ou encore profusion des processus administratifs et disparité des normes régissant les procédures d'évaluation. En effet, les concepts et les jargons ne sont pas les mêmes pour les diagnostics médicaux et de pédiatrie du développement, les évaluations de psychiatrie infantile et juvénile, les appréciations psychothérapeutiques et socio-éducatives ou encore les mesures de protection de l'enfant selon le code civil (Ziegenhain et al, 2014 ; Biesel et al., 2017).

Le placement d'enfants en famille d'accueil ou en institution est une mesure de protection de l'enfant prise en réponse à une situation d'urgence et, toujours plus souvent, sur la base d'évaluations socio-éducatives (Blülle et al., 2013 ; Biesel et al., 2017 ; CDAS & COPMA, 2020). Les parents ne donnent pas systématiquement leur accord à la transmission des documents médicaux, et les instances chargées des examens (maternités, pédiatres et médecins de famille, consultations parents-enfants, physiothérapie, etc.) perdent un temps considérable. Souvent, alors qu'il faudrait prendre une mesure drastique comme un changement de place d'accueil ou le retour dans la famille d'origine, la constitution d'un dossier médical complet est un processus fastidieux et chronophage passant par des expertises pédopsychiatriques ou psychologiques complexes (Leslie et al., 2002 ; Pedrina & Mögel, 2016).

Le témoignage ci-dessous, fait dans le cadre de l'enquête menée auprès de la pédiatrie suisse, est emblématique d'une compréhension interdisciplinaire axée sur la perspective de l'enfant au sein d'un réseau de soutien.

Les lacunes et difficultés qui apparaissent au sein du réseau de soutien au fil des traitements ou des mesures de soutien nuisent au bon déroulement de la prise en charge médicale des enfants et des adolescents concernés.

Ces problèmes touchent notamment la participation des parents et, le cas échéant, l'implication des personnes de référence des enfants placés dans les traitements et les thérapies. Il en résulte plusieurs questions : Qui assure le

Commentaire d'un pédiatre dans le cadre de l'enquête auprès de la pédiatrie suisse

« Le placement dans une institution située dans un lieu différent du domicile habituel de l'enfant entraîne en général un changement de pédiatre. Si ce transfert est compréhensible du point de vue de la structure d'accueil, il n'en est pas moins regrettable étant donné que les enfants concernés sont souvent des cas complexes bien connus du pédiatre habituel et, dans tous les cas, nettement mieux que des nouveaux spécialistes.

Dans le cas présent, une éducatrice sociale a estimé qu'il était indispensable que l'enfant reste auprès du pédiatre qui le suivait depuis sa naissance. Pour cette professionnelle, ce dernier était l'un des rares points de référence stables dans la vie de l'enfant, une des seules personnes à connaître son passé et à l'accompagner depuis toujours. L'éducatrice sociale a donc choisi d'assumer elle-même les trajets, dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Un engagement sensible et remarquable. »

suivi de l'enfant au quotidien et, partant, en cas de maladie ? Qui accompagne l'enfant dans les mesures de soutien ou thérapeutiques et qui remplit la fonction de parents dans ce contexte ? Quelle personne connaît suffisamment bien l'enfant et sa perspective pour détecter et évaluer les variations de son état physique et psychique et son développement ? Qui est en mesure de défendre vis-à-vis de tiers les intérêts d'un nourrisson ou d'un enfant en bas âge qui ne peut pas encore s'exprimer verbalement ?

Quel spécialiste du réseau de soutien peut se faire une vue d'ensemble de ces questions ? À l'inverse, le personnel soignant est-il prêt à intégrer aussi bien les parents que les personnes de référence, avec leurs rôles et points de vue différents, dans le processus de traitement ? Le cas échéant, les personnes de référence de l'enfant peuvent-elles être parties prenantes aux processus de traitement et de décision contre la volonté des parents d'origine ?

En outre, il est nécessaire de clarifier les domaines dans lesquels l'enfant ou l'adolescent capable de discernement souhaite la participation de ses parents d'origine, des parents nourriciers et des personnes de référence ou de confiance dans ses propres soins de santé, et ceux dans lesquels il ne le souhaite pas.

Il faut également définir la manière de conseiller les personnes de référence – parents d'origine, parents nourriciers, éducateurs sociaux au sein des institutions – sur la prise en charge médicale et les sensibiliser aux besoins de l'enfant. C'est en particulier le cas lorsque lesdites personnes de référence ne sont pas aptes, pas disposées ou pas autorisées légalement à assumer la responsabilité pédagogique de l'enfant.

Préciser les compétences en matière de décision médicale ne suffit pas à assurer la couverture complète des besoins de santé des enfants placés. Pour ce faire, et pour garantir une bonne compréhension des rôles dans le processus, toutes les parties prenantes – parents, personnes de référence et professionnels – doivent échanger ouvertement sur les questions posées plus haut et s'engager mutuellement à collaborer sur une base régulière.

Cloisonnement des connaissances au sein des systèmes de soutien

Les systèmes de soutien réagissent à l'urgence d'une situation à l'aune de leurs connaissances techniques, de leur mandat et de leurs compétences. Tous ne bénéficiant pas des mêmes savoirs médicaux, il faut trouver le moyen de garantir la continuité des traitements, de la transmission des résultats et du suivi des thérapies de soutien en cours.

Les modalités de la prise en charge médicale d'un enfant ou d'un adolescent placé varient d'un type d'hébergement à l'autre. En général, la procédure veut qu'une levée générale de l'obligation de garder le secret et une autorisation de consultations médicales et de traitements d'urgence soient demandées lors d'un placement en foyer ou en institution. En famille d'accueil, le processus dépend du degré d'organisation, de l'adhésion à une organisation de familles d'accueil ou de conventions individuelles. Pour les familles d'accueil qui ne sont pas affiliées à une organisation, la conclusion et le contrôle annuel de conventions régissant les modalités de la prise en charge médicale de l'enfant devraient relever de la surveillance cantonale. La révision de l'OPE pourrait contenir des normes contraignantes à cet égard. L'ancrage formel de la prise en charge médicale dans le système de soutien – tant pour la planification d'un placement extra-familial que pour la surveillance des conditions d'accueil – pourrait combler les lacunes décrites plus haut. Or, précisément dans la petite enfance, il arrive que les sage-femmes, les maïeuticiens, les pédiatres ou les médecins de famille soient les seuls à connaître la biographie médicale d'un enfant, des données qui peuvent être décisives dans le parcours de placement de l'enfant concerné.

Commentaire d'un pédiatre dans le cadre de l'enquête auprès de la pédiatrie suisse

« Notre cabinet pédiatrique était responsable d'une institution pour mères toxicomanes. Quand l'une d'elles sortait de l'institution, le suivi médical de son enfant était confié au pédiatre proche du domicile de la mère. On nous a rarement demandé notre avis. Nous avons fini par nous sentir traités comme quantité négligeable par rapport aux autres parties prenantes – travailleurs sociaux, curateurs, etc. »

Connaissances techniques sur la santé des enfants placés

De nombreuses formations de base et continues dans le domaine médical et thérapeutique – pédiatrie, médecine de famille, pédopsychiatrie, consultation parents-enfants, éducation précoce spécialisée, logopédie, physiothérapie et psychothérapie – n'abordent pas systématiquement les questions juridiques et administratives du placement extra-familial en Suisse. Les professionnels concernés n'acquièrent pas non plus de connaissances cliniques spécifiques aux risques de santé et aux possibilités de traitement des enfants confrontés à de graves difficultés (Leslie et al., 2002 ; Scott Heller et al., 2002 ; Glennen, 2022). Toutefois, des initiatives visent désormais à intégrer dans les cursus de formation médicale et psychologique des méthodes de diagnostic éprouvées adaptées aux réalités et aux contraintes propres aux enfants placés (Oswald et al., 2011 ; Mögel, 2019 ; Hofer & Fellinger, 2022).

Exemple de cas tiré de la pratique d'un prestataire de soins de base pédiatriques

« Un enfant de deux ans est amené en consultation dans le cabinet pédiatrique par la personne de référence de son institution d'accueil. Alors que le pédiatre examine ses oreilles, l'enfant s'endort soudainement. Cette situation se reproduit à plusieurs reprises. Le pédiatre, expérimenté dans la prise en charge des enfants en bas âge vivant en institution, voit dans ce comportement inhabituel (sudden sleep onset ou épisodes d'endormissement soudain) un signe de traumatisme, c'est-à-dire une forme alarmante de repli sur soi dicté par une recherche de protection. Il recommande donc de procéder à l'anamnèse de l'enfant pour mettre au jour un événement traumatique subi par celui-ci et d'accorder la plus grande attention à son besoin de sécurité. »

Pour garantir une prise en charge optimale des enfants placés, il est crucial de mieux former les professionnels concernés et de les sensibiliser aux thèmes liés à la santé des enfants placés. Ces spécialistes doivent en effet être à même d'identifier les signes et les séquelles de traumatismes, de négligences ou de mauvais traitements, ou encore de répondre de façon adéquate au stress induit par un changement de personne de référence ou de lieu de vie. Les professionnels impliqués devraient aussi apprendre à aborder ces problèmes et à les traiter dans le cadre de liens nourriciers favorables.

Il importe en outre d'identifier et d'encourager le plus en amont possible les ressources et le potentiel de développement des enfants concernés, y compris dans des conditions difficiles. Les professionnels doivent apprendre à impliquer activement les enfants dans les mesures de traitement et les décisions les concernant, en tenant compte de leurs ressources individuelles. De

plus, pour créer un environnement rassurant, il est indispensable de mettre en place un conseil approprié à l'intention des personnes de référence et des spécialistes qui suivent ces enfants.

Il faut aussi documenter de façon continue et conséquente l'historique de santé des enfants placés afin que, devenus adolescents puis care leavers, ils aient une vue d'ensemble complète de leur parcours de santé. Enfin, une approche coordonnée des soins de santé passe par la prise de décisions concertée entre personnes de référence et systèmes de soutien concernant les mesures médicales, cela dans le but d'optimiser le suivi médical des enfants en situation particulière et de mieux tenir compte de leurs besoins individuels.

Protection de la personnalité, obligation d'annoncer et droit d'annoncer

Le secret médical, les droits procéduraux sous la surveillance des autorités et les droits de participation des enfants de tout âge constituent, avec les droits parentaux, un bien juridique sensible qui pose des défis en matière de gestion des données de santé. Les personnes clés qui gravitent autour de l'enfant placé sont soumises à l'obligation de garder le secret (secret professionnel pour le personnel médical, secret de fonction pour le personnel administratif, déclaration de confidentialité pour les parents, la famille d'accueil, le personnel pédagogique spécialisé institutionnel, etc.).

Cette obligation de garder le secret concerne l'ensemble des données et des informations recueillies dans le cadre de la prise en charge médicale des enfants placés. Elle sert à protéger la sphère privée de ces derniers et constitue un fondement essentiel pour garantir des rapports de confiance au sein du réseau de soins.

S'ils constatent une mise en danger ou une violation du bien de l'enfant – atteinte à son intégrité physique, psychique ou sexuelle –, les personnes dans l'exercice de leur fonction officielle ou les professionnels de la médecine et de la psychologie ont l'obligation d'aviser l'autorité de protection de l'enfant lorsqu'ils ne peuvent pas remédier à la situation dans le cadre de leur activité (art. 314d CC).

L'autorité impliquée peut et doit quant à elle exiger d'autres documents et renseignements (art. 20d, al. 5, OPE), par exemple dans le cadre de l'obligation de rendre des comptes sur les rapports et prescriptions ou sur l'opinion des enfants relative aux décisions importantes les concernant. L'autorité de surveillance est autorisée à s'intéresser « aux difficultés psychiques (diagnostics) auxquelles les enfants font face et [à] vérifier que les enfants sont impliqués de manière adéquate dans les décisions déterminantes pour leur existence » (CDAS & COPMA, 2020).

Commentaire de deux pédiatres dans le cadre de l'enquête auprès de la pédiatrie suisse

« Je ne comprends pas en vertu de quoi les parents biologiques conservent le droit de décision concernant les mesures médicales et thérapeutiques (dans ce cas, après que les parents concernés ont maltraité leur enfant). Pourquoi ces mesures ne peuvent-elles pas être prises directement avec la famille d'accueil voire, si nécessaire avec l'accord de la curatelle ?

Il m'est difficile d'accepter que des parents souffrant de troubles psychiques puissent décider de vacciner ou non leur enfant placé. Comme il n'y a pas d'obligation vaccinale en Suisse, la vaccination n'a pas été ordonnée par le curateur de deux de mes patients, ce qui constitue à mes yeux une atteinte au bien-être de ces enfants. »

Exemple tiré de la pratique psychothérapeutique

Un enfant de huit ans déclare, scandalisé, qu'il ne dira plus la vérité à l'avocate à partir de maintenant. Il explique que, après qu'il lui a confié que son père l'avait frappé à deux reprises, elle l'obligeait à rester dans sa famille d'accueil contre son gré. Il lui a aussi raconté que son père nourricier lui avait fait mal une fois, ce que certains indices suggéraient. La semaine suivante, l'enfant revient sur ses dires. Ce n'est qu'après avoir pris le temps de s'assurer que la thérapeute ne divulguait rien de ce qu'il lui disait qu'il accepte d'écouter l'avocate. Cette dernière lui explique alors que son placement n'avait pas été motivé par la gifle de son père, mais par la maladie et l'incapacité croissante de celui-ci de gérer le quotidien. Ainsi, même si l'enfant souhaite toujours retourner vivre chez son père, le fait de connaître la réalité le libère d'une lourde culpabilité. Il peut s'exprimer plus ouvertement en thérapie sur les moments difficiles vécus avec son père biologique et son père nourricier et finit par autoriser la thérapeute à s'entretenir avec les deux hommes à son sujet.

Dès lors qu'ils se procurent le consentement des parents investis de l'autorité parentale ou de leurs représentants et qu'ils clarifient les modalités de l'échange d'informations avec les personnes de référence d'entrée de jeu, les professionnels de la santé désamorcent bien des conflits d'intérêts potentiels liés à la prise en charge médicale d'un enfant placé. Ainsi, dès le début d'un placement, qui implique souvent un changement de pédiatre ou de médecin de famille, les spécialistes responsables devraient convenir avec les parents qui ont l'autorité parentale de la manière dont ceux-ci entendent avaliser les traitements prévus ou imprévus et définir les modalités de la circulation des informations entre les systèmes de soutien. Ces démarches incluent la gestion de l'obligation de garder le secret dans le cadre de l'échange d'informations avec les personnes de référence au quotidien ainsi qu'avec d'autres professionnels (p. ex. scolaires) et la consultation des données de santé de l'enfant.

Compte tenu des souhaits de l'enfant ou de l'adolescent capable de discernement, le personnel soignant privilégie les échanges avec l'ensemble du réseau de soutien – parents, personnes de référence au lieu de vie de l'enfant et, le cas échéant, autres spécialistes et personnes de confiance. C'est le seul moyen pour ces parties prenantes de construire une relation de confiance avec l'enfant, de contextualiser leurs évaluations et d'affiner leur compréhension des besoins en matière de santé de l'enfant placé.

Les droits de participation de l'enfant, les droits laissés à des parents eux-mêmes en difficulté, le secret professionnel et la protection de l'enfant sont autant de paramètres qui caractérisent les situations de vie complexes des enfants placés. Les professionnels du système de santé peuvent profiter des efforts d'interdisciplinarité déployés dans le cadre de la protection de l'enfant et de l'adulte pour développer des solutions et des méthodes pour reconnaître et concilier les intérêts et les besoins contradictoires des différentes parties prenantes (Stucky & Wider, 2018 ; Blum et al., 2022).

Bibliographie

- AAP American Academy of Pediatrics. Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care, Committee on Adolescence, and Council of Early Childhood. (2015). Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics*, 136(4), e1131–e1140.
Siehe auch auf der AAP Plattform «Foster Care» 2025, <https://www.aap.org/en/patient-care/foster-care/>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles*. University of Vermont Department of Psychiatry.
- Aeby, G., Reimer, D., & Etienne, M. (2024). Begleitung von Herkunftseltern kaum geregelt. *Netz Spezial*, 1, 16–21.
- Averdijk, M., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2018). The long-term effects of out-of-home placement in late adolescence: A propensity score matching analysis among Swiss youths. *Longitudinal and Life Course Studies*, 9(1), 30–57.
- Biesel, K., Jud, A., Lätsch, D., Schär, C., Schnurr, S., Hauri, A., & Rosch, D. (2017). Nicht Entweder-oder, sondern Sowohl-als-auch? Zur Kombination des Berner und Luzerner Abklärungsinstruments zum Kinderschutz und des Prozessmanuals zur dialogisch-systemischen Kindeswohlklärung. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 2, 139–155.
- Blum, S., Brunner, S., Grossniklaus, P., Herzig, C. A., Jeltsch-Schudel, B., & Meier, S. (2022). *Kindesvertretung: Konkret, partizipativ, transdisziplinär*. transcript Verlag.
- Blülle, S., Cassée, K., & Diethelm, K. (2013). *Leitfaden Fremdplatzierung*. INTEGRAS. Bronfenbrenner, U., (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bürgin, D., Clemens, V., Vargheses, N., & Schmid, M. (2022). Adverse and traumatic exposures, post-traumatic stress disorder, telomere length, and hair cortisol – Exploring associations in a high-risk sample of young adult residential care leavers. *Brain Behaviour & Immunity-Health*, 26(49), 100524.
- Carnet de santé suisse : <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/documents/carnet-de-sante/>
- CDAS & COPMA (2020). Recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de la Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) relatives au placement extra-familial. <https://www.kokes.ch/fr/documentation/recommandations/placement>
- Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) (2019). Droit et obligation d'aviser l'APEA selon les art. 314c, 314d, 443 et 453 CC. https://www.kokes.ch/download_file/view/69b9693b-19e8-438a-bc48-17821f6336e1/286
- Clyman, R., Harden, B. J., & Little, Chr. (2002). Assessment, Intervention and Research with Infants in Out-Of-Home Placement. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 435–453
- Department of Education, & Department of Health (Eds.). (2015). *Statutory guidance on promoting the health and well-being of looked after children*. DCSF. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children--2>
- Dozier, M., Zeanah, C., & Bernard, K. (2013). Infants and Toddlers in Foster Care. *Development Perspectives*, 7(3), 166–171.
- Ducreux, E., & Puentes-Neumann, G. (2020). Adaptation of babies in three types of placement: An ethological approach. *Infant Mental Health Journal*, 1–13.
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – Ein Update. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1247–1254.
- Ellis, B. J., Abrams, L. S., Masten, A. S., Sternberg, R. J., Tottenham, N., & Frankenhuis, W. E. (2022). Hidden talents in harsh environments. *Development and Psychopathology*, 34(1), 95–113.
- Espeleta, H. C., Bakula, D. M., Cherry, A. S., Lees, J., Shropshire, D., Domm, K., Ruggiero, K. J., Mullins, L. L., & Gillaspay, S. R. (2023). Caregiver perceptions of the pediatric medical home model to address the health services needs of youth in foster care. *Children and Youth Services Review*, 150, 106964.
- Fegert, J. M., Sachser, C., & Witt, A. (2020). Adverse Childhood Experiences (ACE) – belastende Kindheitserlebnisse. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad, & T. Legenbauer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 1–10). Springer Berlin Heidelberg.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56, 774–786.
- Fiche d'information concernant les enfants d'Ukraine ayant besoin de protection. https://ch-sodk.s3.eu-west-1.amazonaws.com/media/files/c24f0875/882c/4b39/87ab/d6a6cf963cdf/2022.04.06_CDAS-COPMA_Fiche_dinformation_mineurs_dUkr.pdf
- Gabriel, Th., & Keller, S. (2020). Soziale Elternschaft und soziale Zugehörigkeit: Reflexionen der Zürcher Adoptionsstudie. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 23, 295–322.
- Gabriel, Th. & Aebischer, M. (2013), Einleitung, in: INTEGRAS *Leitfaden Fremdplatzierung*, 7–9,
- Gabriel, Th., Keller, S., Bombach, C., Stohler, R., & Ibrahim, B. (2015). *Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich*. ZHAW.

- Gabriel, Th., Keller, S., & Bombach, C. (2021). Vulnerability and Well-Being Decades After Leaving Care. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Gabriel, Th. (2022). Aufsicht über Pflegefamilien. *Netz. Pflegekinder-Aktion Schweiz*, 1, 8–10.
- Glennen, S. (2002). Language Development and Delay in Internationally Adopted Infants and Toddlers: A Review. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 11(4), 333–339.
- Goemans, A., van Beem, M., Vedder, P., & van Geel, M. (2016). Developmental Outcomes of Foster Children: A Meta-Analytic Comparison With Children From the General Population and Children at Risk Who Remained at Home. *Child Maltreatment*, 21(3), 198–217.
- Golding, S., William, C., & Leitão, S. (2013). Speech and language development: Knowledge and experiences of foster carers. *ACQ*, 13(1), 12–20.
- Goldman, P. S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bradford, B., Christopoulos, A., Ken, P. L. A., Cuthbert, C., Duchinsky, R., Fox, N. A., Grigoras, S., Gunnar, M. R., Ibrahim, R. W., Johnson, D., Kusumaningrum, S., Agastya, N. L. P. M., Mwangangi, F. M., Nelson, C. A., Ott, E. M., Reijman, S., van IJendoorn, M. H., Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: Policy and practice recommendations for global, national, and local actors. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 606–633.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to Determine the Clinical Status of Children in State Custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55–73.
- Hillen, T., Gafson, L., Drage, L., & Conlan, L. M. (2012). Assessing the Prevalence of Mental Health Disorders and Mental Health Needs among Preschool Children in Care in England. *Infant Mental Health Journal*, 33, 411–420.
- Hillen, T., & Gafson, L. (2014). Why good placements matter: Pre-placement and placement risk factors associated with mental health disorders in pre-school children in foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 486–499.
- Hofer, J., & Fellinger, J. (2022). 3/m – Pflegekind mit Hyperaktivität und deutlich eingeschränkter Sprachentwicklung. Vorbereitung auf die Facharztprüfung: Fall 101. *Monatsschrift Kinderheilkunde, Suppl* 6, 545–552.
- Humphreys, K., Nelson, C. A., Fox, N., & Zeanah, C. (2017). Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder et age 12: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Development and Psychopathology*, 29(2), 675–684.
- INTEGRAS Association professionnelle pour l'éducation sociale et la pédagogie spécialisée & Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (SSPPEA) (2021). Recommandations de bonnes pratiques interprofessionnelles entre les domaines de l'éducation sociale et de la pédopsychiatrie/pédopsychothérapie dans un contexte de placement extra-familial. <https://www.integras.ch/fr/actualites/921-integras-et-la-ssppea-publie-de-nouveaux-standards-recommandations-de-bonnes-pratiques-interprofessionnelles>
- Jenni, O. & Sennhauser, F.H. (2016). Child Health Care in Switzerland. *Journal of Pediatrics*, 177, 203–212.
- Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen*. Springer-Verlag.
- Jenni, O. & Holtz, S. (2024). Vorsorgeuntersuchungen. In S. Meyer (Ed.), *Duale Reihe Pädiatrie* (pp. 55–69).
- Jenni, O. (2024). *Entwicklungsstörungen verstehen*. Springer Verlag.
- Karpinski, H., Peter, S., Rodeck, B., Thyen, U., & Trost-Brinkhues, G. (2019). *Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ e.V.) mit ihrem Konvent – Mitglied Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ e.V.) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ e.V., Dachverband der Kinder- und Jugendmedizin) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG)*. <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-261020.pdf>
- Kavanaugh, B. C., Dupont-Frechette, J. A., Jerskey, B. A., & Holler, K. A. (2016). Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Applied Neuropsychology: Child*, 6(1), 64–78.
- Keefe, R. J., Cummings, A. D. L., Greeley, C. S., & Van Horne, B. S. (2022). Mental Health and Developmental Disorder Diagnoses of Foster and Nonfoster Children Enrolled in Medicaid. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 43(5), e296–e303.
- Kilde, G., Köngeter, S., & Moser, L. (2024). Partizipation: Dem Erlebten Sinn geben. *Netz Spezial*, 1, 11–15.
- King, L. S., Guyon-Harris, K. L., Valadez, E. A., Radulescu, A., Fox, N. A., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2023). A Comprehensive Multilevel Analysis of the Bucharest Early Intervention Project: Causal Effects on Recovery From Early Severe Deprivation. *The American Journal of Psychiatry*, 180(8), 573–583.
- Krier, J., & Duren Green, T. (2018). Youths in foster care with language delays: Prevalence, causes, and interventions. *Psychology in the Schools*, 55(5), 523–538.
- Kronenberg, B. (2021). *Sonderpädagogik in der Schweiz: Bericht im Auftrag des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) im Rahmen des Bildungsmonitorings*. SBFI und EDK. <https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/fr/home/services/publications/base-de-donnees-des-publications/pedagogie-specialisee.html>

- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R. L., Fisman, S., Greenhill, L. L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11–28.
- Lannen, P., Sand, H., Sticca, F., Gallego, R., Bombach, C., Simoni, H., Wehrle, F., & Jenni, O. (2021). Development and Health of Adults Formerly Placed in Infant Care Institutions – Study Protocol of the Life Stories Project. *Front Human Neurosci*, 14(611691).
- Lannen, P., Simoni, H., & Jenni, O. (2024). Heimplatzierung von Kleinkindern in der Schweiz – 60 Jahre danach. In H. Liebsch, E. Flemming, & C. Spitzer (Eds.), *Wochenkrippen und Säuglingsheime: Institutionalisierte Fremdbetreuung im frühen Kindesalter* (pp. 143–156). Psychosozial-Verlag.
- Lannen, P., Sticca, F., Sand, H., Bombach, C., Simoni, H., & Jenni, O. (2024). «Lebensgeschichten». Säuglingsheimplatzierung und ihre Bedeutung über die Lebensspanne. In A. Knüsel, A. Grob, & V. Mottier (Eds.), *Schicksale der Fremdplatzierung. Behördenentscheidungen und Auswirkungen auf den Lebenslauf*. (Vol. 3, pp. 27–38). Schwabe Verlag.
- Leslie, L. K., Gordon, J., Ganger, W., & Gist, K. (2002). Developmental Delay in Young Children in Children Welfare By Initial Placement Type. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 496–516.
- Lohaus, A., Kerkhoff, D., Chodura, S., Möller, C., Symanzik, T., Rueth, J. E., Ehrenberg, D., Job, A.-K., Reindl, V., Konrad, K., & Heinrichs, N. (2018). Longitudinal relationships between foster children's mental health problems and parental stress in foster mothers and fathers. *European Journal of Health Psychology*, 25, 33–42.
- Mackes, N. K., Golm, D., Sarkar, S., Kumsta, R., Rutter, M., Fairchild, G., Mehta, M. A., Sonuga-Barke, E. J. S., & on behalf of the ERA Young Adult Follow-up team. (2020). Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(1), 641–649.
- Mall, V., Horacek, U., & Oberle, A. (2017). *Stellungnahme der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften zum Bereich Pflegekinder*. <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-pflegekinder-300317.pdf>
- McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu. Rev. Dev. Psychol.*, 1, 277–312.
- McLeigh, J. D., Tunnell, K., & Lazcano, C. (2021). Developmental Status of Young Children in Foster Care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 42(5), 389.
- Meierhofer, M., & Keller, W. (1966). Frustration im frühen Kindesalter (3. Auflage 1974). Hans Huber.
- Mögel, M. (2014). Sinn und Gestaltung von Besuchskontakten in der frühen Kindheit. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht*, 143–145.
- Mögel Wessely, M. (2019). «Sie wären eine lange Familie gewesen» Das Zugehörigkeitserleben in Obhut genommener Vorschulkinder in der MacArthur Story Stem Battery [Konstanz]. <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/45806>
- Mögel, M. (2021). Selbst- und Beziehungsentwicklung in ungewissen Lebenswelten. Platzierungen in der frühen Kindheit. *Frühförderung Interdisziplinär*, 40, 201–212.
- Mögel, M., & Jenni, O. (2023). Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz. *Prim Hosp Care*, 23(9), 268–270.
- National Health Service & Department for Education. (2015). *Promoting the health and wellbeing of looked after children. Statutory guidance for local authorities, clinical commissioning groups and NHS England*. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children--2>
- Nowacki, K. & Schoelmerich. (2010). Growing up in foster families or institutions: Attachment representation and psychological adjustment of young adults. *Attachment & Human Development*, 12, 551–566.
- Observatoire suisse de la santé, Peter, C., Diebold, M., Delgrande, M., Dratva, J., Kickbusch, I. & Stronski, S. (2020) OBSAN. La santé en Suisse - Enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020. Hogrefe. <https://www.obsan.admin.ch/fr/rapport-annuel-2020>
- Oezdirek, M., Tschäppeler, B., Guarise, C., Fried, G., Kapp, J., Horber, P., & Reimer, D. (2021). *Standards Qualität des processus dans le placement d'enfants et adolescents en famille d'accueil*. Verlag Integras.
- Oswald, S. H., Ernst, C., & Goldbeck, L. (2011). *Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Praxismanual*. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Downloads/Praxismanual_Stand_Juni2011.pdf
- Pears, K., & Fisher, P. (2005). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 112–121.
- Pedrina, F., & Mögel, M. (2016). Soziale Elternschaft: Geteilte Verantwortung bei der Gestaltung von Übergängen von Kleinkindern in Pflegefamilien. In *Elternschaft: Klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven* (Vol. 5, pp. 226–249). Brandes & Apsel.
- Programmes d'action cantonaux de promotion de la santé : <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/themes-et-publications/themes/promotion-de-la-sante-dans-la-petite-enfance>

- Raby, K. L., Freedman, E., Yarger, H. A., Lind, T., & Dozier, M. (2019). Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*, 22(2), e12753.
- Rauser, G., Meierhofer, K., Reimer, D., Tausendfreund, T., & Gabriel, Th. (2021). *Implications of a child centered research, policy and practice*. 16th International Conference of the European Scientific Association on Residential & Family Care for Children and Adolescents (EuSARF), Zürich.
- Reimer, D. (2021, May). *Peer Review on «Furthering quality and accessibility of Foster Care service» Thematic Discussion Paper Better Quality in Foster Care in Europe – How can it be achieved?* Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Website: <https://digitalcollection.zhaw.ch/items/28597d6a-bb3b-4925-8a83-7c052b5542f5>
- Royal Australasian College of Physicians RACP. (2006). Health of children in «out-of-home» care. <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/health-of-children-in-out-of-home-care.pdf>
- Sand, H., Sticca, F., Eichelberger, D., Wehrle, F., Simoni, H., Jenni, O., & Lannen, P. (2024). Raised in conditions of psychosocial deprivation: Effects of infant institutionalization on early development. *Children and Youth Service Review*, 163. 107718.
- Schmid, C. (2018). *Kindeswohlgefährdung in der Schweiz. Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen* (UBS Optimus Foundation, Ed.). <https://www.kinderschutz.ch/fr/offres/telecharger-commander/etude-optimus-2018>
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry* 2013 13:3.
- Schmid, M. (2011). *Gute und schlechte Verläufe in der Heimerziehung. Welche Heranwachsenden erreichen ihre pädagogischen Ziele? Ergebnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ).* BKJPP-Jahrestagung, Friedrichshafen.
- Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2017). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung von Pflegefamilien. In S. B. Gahleitner, Th. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schnurr, S., Rein, A., Galle, S., Ramsauer, N., & Schoch, A. (2024). Zuständigkeiten klären und Begleitung verankern. *Netz Spezial*, 1, 23–28.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Risk and Resilience in Long-Term Foster-Care. *British Journal of Social Work*, 35, 1–19.
- Schröder, M., Jenkel, N., & Schmid, M. (2013). EQUALS – ein teilstandardisiertes Instrument zur interdisziplinären Zielvereinbarung und Unterstützung des Hilfeplanverfahrens in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch, & D. Hillenbrand (Eds.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 171–187). Kohlhammer.
- Schröder, M., Perez, T., Buderer, C., & Schmid, M. (2017). Bindungsauffälligkeiten und psychische Belastung bei Kindern aus der Pflegekinderhilfe und Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 118–126.
- Scott Heller, S., Smyke, A., & Boris, N. (2002). Very Young Foster Children and Foster Families: Clinical Challenges and Interventions. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 555–575.
- Seiterle, N. (2017). *Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2015*. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz.
- Seker, S., Bürgin, D., d'Huart, D., Schmid, M., Schmeck, K., Jenkel, N., Fegert, J. M., Steppan, M., & Boonmann, C. (2022). Der Verlauf von psychischen Problemen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis in deren Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 9–21.
- Sheridan, M., Mukerji, C. E., Wade, M., Humphreys, K., Garrisi, K., Goel, S., Patel, Fox, N., Zeanah, C. H., Nelson, C., & McLaughlin, K. (2022). Early deprivation alters structural brain development from middle childhood to adolescence. *Neuroscience*, 8, 1–13.
- Smyke, A., Zeanah, C., Fox, N., & Nelson, C. (2010). Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children. *Child Development*, 81, 212–223.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet*, 389(10078), 1539–1548.
- Spangler, G., Bovenschen, I., Jorjadze, N., Zimmermann, J., Werner, A., Riedel, N., Gabler, S., Kliwer-Neumann, J., & Nowacki, K. (2019). Inhibited symptoms of Attachment Disorder in children from institutional and foster care samples. *Attachment & Human Development*, 21(2), 132–151.
- Stucky, M., & Wider, D. (2018). Peer-Arbeit als Form der Partizipation – auch im Kindes- /Erwachsenenschutz! *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 4, 304–310.
- Tottenham, N. (2014). The importance of early experiences for neuro-affective development. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 109–129.
- Turney, K., & Wildeman, Ch. (2016). Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5), e20161118.

UNICEF. (2013). Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant.

<https://www.unicef.ch/fr/lunicef/convention-relative-aux-droits-de-lenfant>

Unterberg, A., Schröder, M., Perez, T., Di Gallo, A., & Schmid, M. (2013). Der Zusammenhang von elterlichem Stress, Bindungsproblemen und psychischer Belastung von Pflegekindern. *Familiendynamik*, 4, 278–288.

van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703–720.

Vasileva, M., & Petermann, F. (2018). Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443–458.

Werner, K., & Stohler, R. (2021). Berufliche Integration von Jugendlichen in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe – Herausforderungen und Unterstützung. *Gesellschaft-Individuum-Sozialisation. Zeitschrift für Sozialisationsforschung*, 2(1).

Wieber, F., Zysset, A., & von Wyl, A. (2022). *Central concepts in mental health promotion programs for children and adolescents: Evidence and examples from Switzerland*. Abstract citation ID: ckac129.451.

Windsor, J., Benigno, J. P., Wing, C. A., Carroll, P. J., Koga, S. F., Nelson, C. A., Fox, N., & Zeanah, C. H. (2011). Effect of Foster Care on Young Children's Language Learning. *Child Development*, 82(4), 1040–1046.

Wolf, K. (2012). *Sozialpädagogische Interventionen in Familien*. Beltz Juventa.

Zeanah, C.H. & King, L.S. (2022): Practice and Policy Regarding Child Neglect: Lessons from Studies of Institutional Deprivation, *Annual Review of Developmental Psychology* 4(1), 399–422

Ziegenhain, U., Fegert, J., Petermann, F., Schneider-Hassloff, H., & Künster, A. (2014). Inobhutnahme und Bindung. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 248–259.

Zimmermann, J. (2020). *Förderung positiver Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien Implementierung des bindungsbasierten Beratungsprogramms Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC) für Pflegefamilien in den Regelstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe*. Fachtagung Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/Pflegefamilien/ACB_Fachtag_2020_Zimmermann.pdf

Impressum

Éditeurs :

pédiatrie suisse,
Collège de médecine de premier recours (CMPR),
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
d'Enfants et d'Adolescents (SSPPEA)

Auteurs :

Dr rer. nat. Maria Mögel et
Prof. Dr méd. Oskar Jenni
Abteilung Entwicklungspädiatrie,
Universitäts-Kinderspital Zürich

Relecture et correction :

Stefanie Wolff-Heinze

Traduction en français :

Pascale Baer et Diane Rouge-Wick

Mise en pages :

Michael Stahl Visuelle Kommunikation

Impression :

Valmedia AG, Pomonastrasse 12, 3930 Visp

Adresse de référence :

pédiatrie suisse
Rue de l'Hôpital 15, 1700 Fribourg
E-Mail : secretariat@pediatriesuisse.ch

Droits d'auteur :

pédiatrie suisse,
Collège de médecine de premier recours (CMPR),
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
d'Enfants et d'Adolescents (SSPPEA)

Cette publication est disponible en téléchargement sur

<https://www.paediatricschweiz.ch/fr/fremdplatzierte-kinder-fr/>



