

**Bilan socio-scolaire et prises en charge
des jeunes en placement familial**

Comportements et perceptions des adultes

RAPPORT FINAL

juin 1999

A.C. DUMARET et D. RUFFIN

**Bilan socio-scolaire et prises en charge
des jeunes en placement familial**

Comportements et perceptions des adultes

Annick-Camille DUMARET, ingénieur de recherche à l'INSERM
CERMES, 182 Bld de la Villette, 75019 Paris

et

Daniel RUFFIN, démographe, vacataire de recherche

Cette recherche été financée pour partie par la SLEA - Accueil familial, dirigée par Bernadette Chifflet, et a été réalisée grâce à l'infrastructure du CERMES-INSERM U502.

L'enquête a été effectuée avec la participation active des équipes socio-éducatives et des assistantes maternelles. L'ensemble du traitement informatique et des analyses statistiques de l'étude a été réalisé par Daniel RUFFIN.

Un premier bilan des résultats a été présenté le 7 novembre 1998 lors de la réunion annuelle des assistantes maternelles de l'institution.

Les auteurs remercient les associations de placement familial (Association Jean Cotxet et Œuvre Grancher) pour les données scolaires fournies.

Introduction

Quels profils présentent aujourd'hui les enfants placés? S'interroger sur la situation des jeunes en placement familial quant à leur scolarité, à leurs comportements, implique également de s'interroger sur leur environnement et sur les pratiques institutionnelles.

En effet, une approche globale de l'adaptation de l'enfant doit tenir compte non seulement des milieux de vie dans lesquels il évolue (famille, école, amis), de son propre rôle actif dans les interactions qu'il a avec ses proches et ceux qui l'ont en charge, mais aussi du regard d'autrui, qui n'est pas neutre.

Nombre sont les observations et travaux qui montrent que ces jeunes vivant hors de leur milieu familial d'origine traditionnellement qualifié à risque présentent un développement déficitaire dans le domaine intellectuel et socio-comportemental. Les résultats de recherches menées par notre équipe il y a plus de 15 ans auprès de populations d'enfants placés et adoptés ont mis en avant l'effet du milieu socio-éducatif et culturel sur le niveau intellectuel (évalué à partir du QI) et scolaire et l'impact des carences de soins maternels au sein d'un même milieu social défavorisé. Les échecs scolaires des enfants placés plus marqués que l'échec d'ordre psychométrique (QI inférieur à une certaine norme) montraient que les déficiences constatées sont plus d'ordre socioculturel que médical. Mais ces échecs ont aussi longtemps fait écho au moindre intérêt scolaire et aux présupposés négatifs de multiples intervenants qui les avaient en charge : les enfants et adolescents de l'Assistance Publique, puis de l'ASE, voués aux filières scolaires dévalorisées, ont été et sont encore victimes d'a priori de la part de leur entourage. N'ont-ils pas souvent intériorisé l'échec scolaire ? Le pessimisme ne devient-il pas réalité si on n'a pas la volonté de changer les choses ? Alain écrivait : *"Ce qui est bien n'a aucune chance d'être si on ne le veut pas et si on ne se savait pas capable de le faire"*.

Depuis ces propos écrits en 1970, sous l'impulsion de cliniciens et de praticiens du PF (Soulé, David...), de profondes modifications sont intervenues dans la vie des enfants placés et dans les pratiques de soin : importance plus grande accordée aux besoins de l'enfant, étayage des équipes du placement familial et meilleur encadrement des familles d'accueil, travail dans le sens de la continuité de son histoire et de ses liens à ses parents. On a pu montrer les effets positifs du changement radical d'environnement comme dans le cadre de l'adoption ou de modifications conséquentes du milieu de vie dans le cadre de placements familiaux de longue durée, assortis de prises en charge thérapeutiques et pédagogiques :

effets auprès des adolescents : récupération des retards de développement sur le plan cognitif,

effets auprès d'adultes : dans l'ensemble une bonne insertion sociale et professionnelle et un bon état de santé, une vie relationnelle relativement riche, sinon tout à fait correcte.

Cependant, les adaptations s'effectuent selon des modes différents en fonction de l'âge, du vécu antérieur et de la pathologie parentale (nous verrons l'importance du cumul des facteurs de risque), et des caractéristiques du nouveau milieu de vie. Si le devenir reste en partie fonction du passé, il est aussi lié aux différents projets que l'on fait pour les jeunes.

L'objectif de ce travail était d'obtenir un bilan général de la situation scolaire, des prises en charge et des comportements sociaux des jeunes en accueil familial perçus par les adultes qui s'occupent d'eux. Cet objectif a été élargi à la demande de l'institution, désireuse de sensibiliser le personnel éducatif à une recherche de type évaluatif, et également de poursuivre une réflexion sur les pratiques et le travail des équipes. En particulier, plusieurs points ont été abordés : celui des relations parents-enfants, problème qui interroge aujourd'hui les professionnels du placement, non seulement en France mais aussi dans plusieurs pays européens, celui de la séparation travaillée dans le sens d'un retour ultérieur en famille, avec les interrogations que pose le constat de certaines situations pathologiques et pathogènes pour les enfants. Comment travailler sur le long terme ?

L'une des particularités du PF concerne les représentations que se font des situations des enfants et de leur famille les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles. On est là face à deux espaces de confrontation, en ce qui concerne les perceptions des troubles du comportement et de la conduite des jeunes. Face à des représentations parfois différentes, quel est le rôle de médiation de l'institution ?

Après une description de la population étudiée et des profils des familles, on présentera la situation scolaire des jeunes et leurs comportements socio-scolaires. En ce domaine, les représentations des assistant(e)s maternel(le)s seront comparées à celles des travailleurs sociaux. On analysera ensuite les prises en charge dont les jeunes ont fait ou font encore l'objet, puis le travail des équipes dans la relation avec les parents. Enfin, une synthèse sera tentée autour de la question de la durée du placement.

Méthodologie

Les données analysées ont été recueillies au moyen d'un questionnaire élaboré conjointement avec l'institution. Ce questionnaire permet de décrire la situation des enfants sur le plan familial et en qui concerne leur placement :

- situation administrative (autorité parentale, placements antérieurs, ...)
- motifs de placement
- profils médico-psychosociaux actuels des parents
- parcours scolaire
- problèmes de santé, troubles affectifs et comportementaux
- prises en charge médico-psychologiques et éducatives
- relations parent(s)-enfants pendant le placement
- travail du service auprès des parents

Ce questionnaire a été complété par les travailleurs sociaux référents des enfants à partir de leur propre connaissance des situations. Certaines données (situation scolaire, sexe, date d'entrée et de naissance, composition des fratries), disponibles dans le fichier de gestion de l'institution, ont été ajoutées à ce recueil.

En parallèle, il a été demandé aux référents institutionnels et aux assistantes maternelles de remplir pour chaque sujet un questionnaire standardisé d'évaluation des comportements socio-scolaires (échelle de Rutter).

L'anonymat des différentes données a été établi par la SLEA, les chercheurs n'ayant pas accès aux données nominatives.

L'étude s'est faite en deux temps. Portant initialement sur la seule sous-population des enfants placés depuis plus de cinq ans, elle a été étendue aux enfants placés depuis moins de cinq ans, offrant ainsi une couverture exhaustive des placements existant au 31 décembre 1997. Les mêmes instruments de mesure ont été utilisés lors de cette seconde phase, avec quelques compléments d'information dans la grille des situations familiales.

Une analyse complémentaire porte sur l'ensemble des placements intervenus depuis 1987. Elle permet de resituer les résultats dans le contexte plus large de l'évolution de l'institution.

Présentation de la population : motifs de placement et profil des familles

Toute présentation est forcément réductrice de la mosaïque des situations. Derrière les chiffres et les statistiques se cachent des histoires uniques et des situations singulières. Ce chapitre tente de dégager les principales caractéristiques des familles dont les enfants sont accueillis en placement familial. Par ailleurs, on ne dispose pour certaines familles que de données imprécises.

1. Descriptif général

La population étudiée concerne les 407 jeunes accueillis en placement familial au 31 décembre 1997, 215 garçons et 192 filles (soit 53% de garçons et 47% de filles).

La majeure partie de ces enfants a été placée précocément : 25% avant l'âge de 1½ ans et 50% avant l'âge de 3½ ans. Les accueils d'enfants de 12 ans et plus restent minoritaires au sein de l'effectif (environ 5%).

Tableau 1 : Age actuel, durée de placement et âge au placement de la population étudiée

Age au 31 décembre 1997				Durée du placement				Age au placement				
Age (en années révolues)		Effectif	%	Durée (en années révolues)		Effectif	%	Age (en années révolues)		Effectif	%	cumul
			cumul				cumul					
0	2	0%	0%	0	63	15%	15%	0	74	18%	18%	
1	5	1%	2%	1	41	10%	26%	1	56	14%	32%	
2	4	1%	3%	2	53	13%	39%	2	53	13%	45%	
3	19	5%	7%	3	26	6%	45%	3	42	10%	55%	
4	20	5%	12%	4	22	5%	50%	4	36	9%	64%	
5	19	5%	17%	5	24	6%	56%	5	23	6%	70%	
6	24	6%	23%	6	18	4%	61%	6	18	4%	74%	
7	29	7%	30%	7	19	5%	65%	7	18	4%	79%	
8	21	5%	35%	8	9	2%	68%	8	14	3%	82%	
9	37	9%	44%	9	28	7%	74%	9	15	4%	86%	
10	30	7%	52%	10	23	6%	80%	10	8	2%	88%	
11	28	7%	58%	11	16	4%	84%	11	14	3%	91%	
12	26	6%	65%	12	14	3%	87%	12	11	3%	94%	
13	24	6%	71%	13	14	3%	91%	13	12	3%	97%	
14	26	6%	77%	14	12	3%	94%	14	4	1%	98%	
15	18	4%	82%	15	6	1%	95%	15	5	1%	99%	
16	23	6%	87%	16	12	3%	98%	16	1	0%	99%	
17	21	5%	92%	17	2	0%	99%	17	3	1%	100%	
18	20	5%	97%	18	5	1%	100%					
19	6	1%	99%									
20	5	1%	100%									
total	407	100%		total	407	100%		total	407	100%		
en moyenne 11,0 ans				en moyenne 6,2 ans				en moyenne 4,8 ans				
25% ont moins de 7,3 ans				25% admis depuis 2,0 ans				25% placés avant 1,5 ans				
50% ont moins de 10,7 ans				50% admis depuis 4,9 ans				50% placés avant 3,5 ans				
75% ont moins de 14,6 ans				75% admis depuis 10,0 ans				75% placés avant 7,3 ans				

La durée de placement distingue quatre groupes d'enfants : enfants admis depuis moins de 2 ans (environ 25%), depuis 2 à 5 ans (25%), depuis 5 à 10 ans (25%) et depuis plus de 10 ans (25%), les placements les plus anciens remontant à l'année 1979 (avec la prolongation en placement de quelques jeunes majeurs).

Au 31 décembre 1997, la répartition par âge montre une dispersion importante, chaque année d'âge représentant 5% à 7% de l'ensemble.

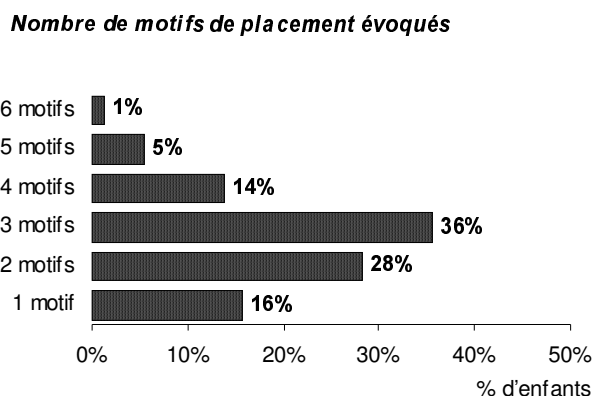
2. Motifs de placements rencontrés

2.1- Poids des différents motifs de placements

Comme motif de placement, il faut entendre le motif initial, à l'origine du placement, ou les motifs précisés ultérieurement en cas de révision de situation.

Un premier résultat concerne la multiplicité des motifs. Dans 85% des cas, plusieurs motifs sont mentionnés (Figure 1).

Figure 1 : Nombre de motifs de placement évoqués



Notons que le nombre de motifs mentionnés n'est pas lié à l'âge auquel l'enfant est placé : quelle que soit cet âge, un même nombre moyen de motifs est rencontré.

Les motifs de placements les plus rencontrés sont les troubles de la relation à l'enfant (50%), les carences éducatives graves (47%) et les troubles mentaux des parents (43%). Viennent ensuite les problèmes économiques et de logement (30%), la maltraitance (27%), l'incapacité à assurer les soins vitaux (défauts de soins) sans mention de carences graves (24%) et le désintérêt des parents (17%).

Tableau 2 : Motifs de placement les plus fréquemment évoqués

Motifs les plus fréquemment évoqués :

<i>troubles de la relation parent(s)-enfant</i>	50%
<i>carences éducatives graves</i>	47%
<i>troubles mentaux des parents</i>	43%
<i>problèmes économiques et de logement</i>	30%
<i>maltraitance</i>	27%
<i>défauts de soins</i>	24%
<i>désintérêt des parents</i>	17%

A titre d'ordre de grandeur, si on examine le motif principal¹, ce sont les carences graves (29%) qui priment, puis les troubles mentaux des parents (19%) et la maltraitance (13%). Troubles de la relation, problèmes économiques et désintérêt des parents envers l'enfant viennent plutôt en motif secondaire ou ultérieur.

A cette liste de motifs, il faut également en ajouter certains, non prévus dans le questionnaire initial, mais qui ont été pris en compte au cours de la collecte, et dont la mesure reste partielle :

Il s'agit notamment de la violence conjugale ou de l'instabilité du couple parental, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. En ce qui concerne les motifs liés au couple, ils concernent 30% des cas de placements intervenus dans les 5 dernières années.

Le dernier motif invoqué est relatif aux problèmes de garde de l'enfant posés par l'éloignement du parent seul ou des parents (émigration, incarcération, hospitalisation ou grave maladie).

2.2- Variation des motifs selon l'âge au placement

Compte tenu de la prévention précoce, les enfants sont en moyenne placés à un âge plus jeune en cas de défauts de soins, de carences éducatives graves, de trouble mental des parents et de maltraitance physique. A l'inverse, en cas d'abus sexuel, de désintérêt des parents, les enfants sont plus âgés au moment du placement.

2.3- Typologie des motifs de placements

Lorsqu'on tente de considérer l'ensemble des motifs invoqués pour chaque enfant, on parvient à définir six profils. Certains d'entre eux correspondent aux profils classiques du placement familial :

La négligence (20%) : on retrouve ici les défauts de soins, accompagné la plupart du temps de problèmes économiques (58%) ou concernant des parents avec trouble mental (36%).

La maltraitance (15%) : elle apparaît fortement corrélée avec les troubles de la relation (77%) et les carences graves (50%). Ce sont les enfants qui correspondent à ce profil de placement qui sont placés au plus jeune âge (moins de 3 ans en moyenne).

¹ Cette information n'a pu être relevée pour l'ensemble des enfants. Il est parfois impossible de mettre en avant un motif principal.

Les troubles de la relation, sans mention de maltraitance, et peu de carences graves. Dans un cas sur 4, il y a désintérêt des parents.

Les troubles mentaux accompagnés de carences graves de la part des parents et de troubles de la relation. Quatre fois sur dix, ces parents sont maltraitants.

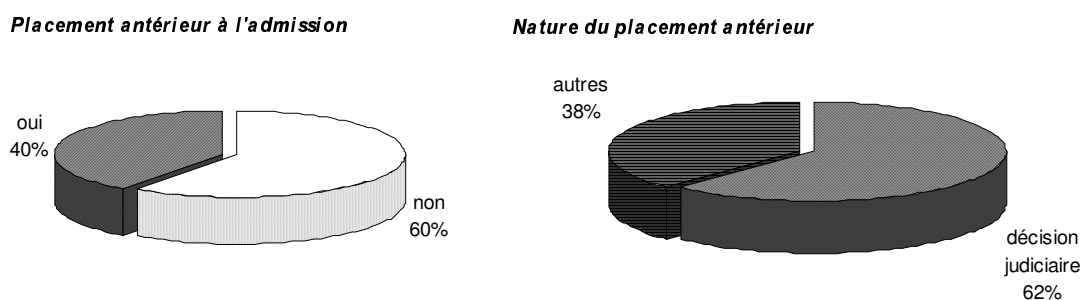
Les problèmes économiques associés à des carences graves (10%). Ce profil est sans doute composite. Ces problèmes recouvrent en effet des situations diverses : on retrouve une fois sur deux le trouble mental et les troubles de la relation, et une fois sur trois la maltraitance et le désintérêt.

Le dernier profil correspond aux autres motifs, non prévus initialement, notamment les conflits conjugaux. Dans deux tiers des cas, il y a carences graves. (dans trois quart des placements, on a mention par ailleurs de conflit dans le couple parental).

3. Placements antérieurs au placement à la SLEA

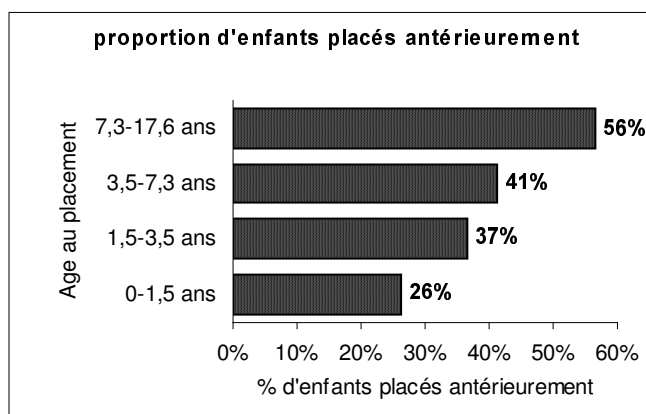
40% des enfants ont connu un placement avant celui à la SLEA, six fois sur dix sur décision judiciaire.

Figure 2 : Placement(s) antérieur(s) à l'admission



Le risque de placement antérieur augmente avec l'âge de l'enfant : en d'autres termes, il y a d'autant plus d'antécédents de placement que l'enfant est arrivé tardivement à la SLEA (Figure 3). Toutefois, un quart des enfants admis avant 2 ans ont déjà connu un placement antérieur.

Figure 3 : Proportion d'enfants placés antérieurement selon l'âge au placement



Ainsi, lorsqu'on regarde la situation pour les enfants ayant moins de 7 ans aujourd'hui, un sur deux a été placé auparavant. Il y a deux cas de figure : des

enfants de 5 à 6 ans qui viennent d'être admis, qui ont plus de chances d'avoir été placés auparavant, et des enfants du même âge, qui avait été admis avant l'âge de 2 ans, dont ¼ qui a connu un placement antérieur.

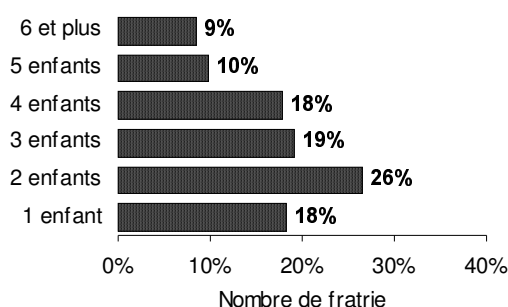
4. Description des fratries

4.1- Frères et soeurs en placement familial à la SLEA ou en placement ASE

Près de 12% des enfants n'ont pas de frère et soeur, ce qui correspond à 18% de familles où l'enfant est unique.

Figure 4 : Nombre d'enfants par fratrie

Nombre d'enfants par fratrie



En moyenne, on compte 3 enfants parmi les 262 fratries identifiées.

Au 31 décembre 1997, on estime à environ deux tiers la proportion d'enfants non uniques qui ont des frères et soeurs placés (Tableau 3). Cette donnée est importante en ce qui concerne le travail de l'équipe du placement familial avec les parents. En effet, lorsque plusieurs enfants sont placés, le travail d'accompagnement concerne toute la famille.

Tableau 3 : Placements SLEA et ASE des frères et soeurs des enfants de l'étude

Frères et soeurs placés :

non (enfants uniques)	18%
pas de frères et soeurs placés (SLEA ou ASE)	9%
pas de frères et soeurs placés (SLEA)	23%
placement(s) à la SLEA	34%
placement(s) à l'ASE	8%
placements SLEA et ASE	7%

De façon sûre : pour 40% des fratries, il y a au moins deux enfants placés à la SLEA et pour 15% des fratries il y a un placement à l'ASE.

Les familles qui n'ont à la connaissance des travailleurs sociaux aucun autre enfant placé sont donc minoritaires dans la population (9%, auxquels il faut ajouter une partie des 23% pour les quelles on ne sait pas s'il y a un placement à l'ASE).

5. Profils actuels des parents

5.1- Les parents présents

On a essayé d'identifier globalement la situation actuelle des parents, à commencer par l'identification des cas de décès et des parents inconnus ou perdus de vue.

La proportion d'enfants dont les parents sont décédés est relativement faible : 5% des enfants n'ont plus leur mère et 6% leur père.

La proportion d'enfants dont les parents sont inconnus ou perdus de vue est plus importante : 6% des enfants n'ont plus leur mère et près d'un enfant sur quatre n'a plus son père. Concernant les pères absents, le chiffre comprend également les cas où les pères sont inconnus à la naissance.

De façon à peu près sûre, 85% des enfants ont une mère vivante, présente ou non dans l'entourage de l'enfant, et 62% un père. Et c'est plus de la moitié des enfants (55%) qui ont leurs deux parents vivants. Une mère sur deux vit seule. Les situations de conflit dans le couple parental (uni ou désuni) sont prédominantes (75% des enfants sont concernés).

5.2- Autorité parentale

L'information recueillie sur l'autorité parentale permet de préciser l'environnement de l'enfant (Figure 5).

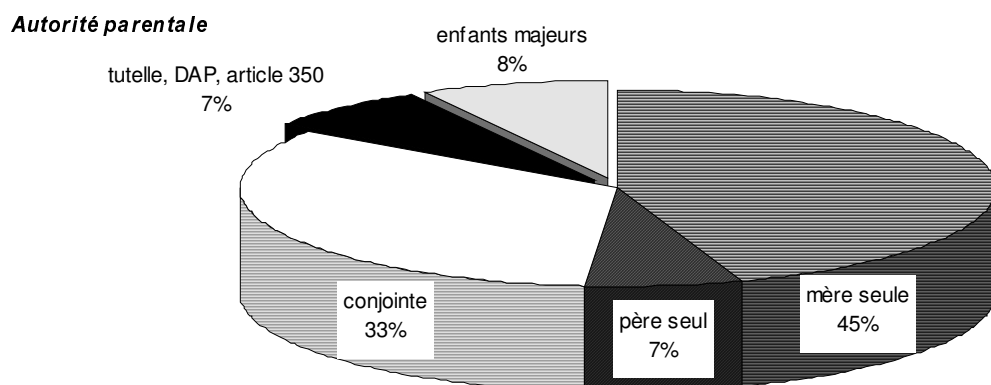
Dans un tiers des situations, l'autorité parentale est aux deux parents.

Dans 45% des cas, elle est à la mère seule et dans 7% des cas au père seul.

Dans 7% des cas, il y a tutelle, DAP (délégation d'autorité parentale) ou procédure d'adoption (article 350 en cours).

Les 8% restants sont des enfants venant d'accéder à la majorité ou ayant demandé un maintien en famille d'accueil.

Figure 5 : Répartition des enfants selon l'autorité parentale



6. Profil psychosocial des parents présents actuellement

Les chiffres que l'on donne ici sont calculés au niveau des enfants : il s'agit à chaque fois du pourcentage d'enfants concernés par une caractéristique chez leurs parents. Toutefois, une présentation en fonction des familles, c'est-à-dire des parents ne modifie pas les ordres de grandeurs.

6.1- Les problèmes de santé physique

Parmi les enfants ayant leur(s) parent(s) vivant(s), 24% des enfants sont concernés par un problème de santé physique chez la mère, et 15% par un problème chez le père.

6.2- Les problèmes de santé mentale

Comparés aux problèmes de santé physique, les problèmes de santé mentale sont trois fois plus importants chez les mères, et deux fois plus chez les pères.

Ainsi, la pathologie psychiatrique des mères concerne 42% des enfants. S'y ajoutent pour 34% des enfants des difficultés d'ordre psychologique ou un état dépressif chez les mères.

6.3- Les parents anciens placés

Un peu plus d'un tiers des enfants (36%) ont une mère qui elle-même a été placée dans l'enfance. Un enfant sur cinq a son père qui a été placé. Mais il ne s'agit là que de données rétrospectives, qui ne permettent pas de parler de répétition de placement. En effet, on ne sait pas quel sera le devenir de ces jeunes.

6.4- La pathologie sociale

Nous avons utilisé le terme de « pathologie sociale » pour caractériser un ensemble de conduites inadaptées (délinquance, usage de drogue, ... et en conséquence incarcération). La pathologie sociale de la mère concerne 38% des enfants, et celle des pères 36%.

6.5- Profils des mères et des pères

Défavorisées sur le plan socio-économique, ces familles le sont également sur le plan de la santé. On constate des corrélations entre profils parentaux, cumul de facteurs identiques chez les deux parents, cumul de plusieurs facteurs chez chaque parent.

Les problèmes de santé mentale se rencontrent à la fois chez la mère et chez le père, de même que les pathologies sociales, les problèmes de santé physique et le fait d'avoir été placé dans son enfance.

Par la suite, compte tenu de cet effet de cumul, on parlera surtout de la situation des mères.

Une partie des enfants est concernée par des parents cumulant la maladie physique, la maladie mentale, la pathologie sociale et le placement antérieur. 52% des enfants sont ainsi concernés par au moins deux facteurs de risque maternels, et 20% des enfants par au moins 3 facteurs.

17% des enfants sont concernés par le cumul chez la mère d'une pathologie sociale et d'un problème de santé mentale.

Près de 30% sont concernés par la pathologie psychiatrique seule, sans mention de pathologie sociale, et 17% par des troubles psychologiques.

20% des enfants sont concernés par la pathologie sociale seule, sans mention de problèmes de santé mentale.

16% des enfants ne présentent pas de risque de ce point de vue. L'absence de ces facteurs de risque s'explique dans la moitié des cas parce que la mère est décédée ou perdue de vue.

6.6- Liens entre profils parentaux et motifs de placements

La pathologie parentale actuelle n'est pas directement liée à un motif spécifique de placement. Lorsqu'on met en regard les profils de placements avec la situation psychosociale actuelle des mères vivantes, on peut retenir deux résultats :

En cas de pathologie psychiatrique de la mère, on rencontre 26% de placement motivés par les troubles de la relation, 22% par des carences graves et des troubles de la relation. Par contre, on rencontre moins de motifs liés à la maltraitance que dans l'ensemble. Le profil de placement lié à la maltraitance se trouve davantage corrélé à une catégorie de mères décrites comme ayant des troubles psychologiques ou dépressifs.

En cas de pathologie sociale, il s'agit dans 30% des cas de négligences. Mais également, il faut noter les motifs liés aux troubles de la relation (21%) et à la maltraitance (19%).

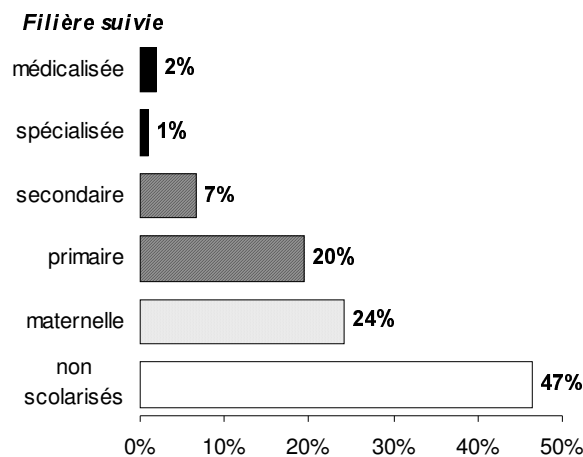
La situation scolaire des enfants en placement familial à la SLEA

Les données recueillies permettent de décrire la scolarité des enfants lors de leur admission et actuellement, avec comme perspectives la filière suivie et le retard scolaire. L'appréciation de la situation scolaire en 1997/1998 repose sur deux registres de comparaison : tout d'abord avec les données nationales, puis avec d'autres populations d'enfants placés (Œuvre Grancher - année scolaire 1998-1999, Association Jean Cotxet - 1997/1998).

1. Situation scolaire à l'admission

Au moment de l'admission, compte tenu de leur jeune âge, la majeure partie des enfants ne sont pas scolarisés, ou bien sont en maternelle. Seuls 30% suivent l'école obligatoire (Figure 6).

Figure 6 : Répartition des enfants selon la filière scolaire à l'admission

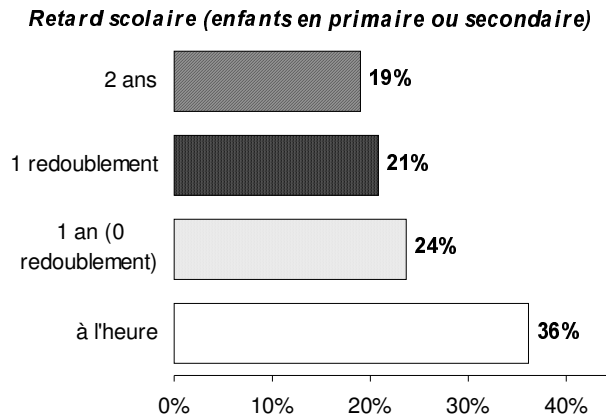


Pour ceux qui sont scolarisés dans les filières normales du primaire et du secondaire, si l'on met en regard la classe fréquentée et l'âge au moment de l'admission, on peut de façon sûre identifier un tiers des enfants qui sont dans la classe de leur âge (Figure 7).

Pour 45% des enfants, on trouve un retard d'un an entre la classe fréquentée et l'âge à l'admission.

Le décalage est de deux ans pour 19% des enfants.

Figure 7 : Répartition des enfants selon le retard scolaire à l'admission



Ces chiffres présentent la situation selon un angle sans doute trop défavorable : tous les enfants en retard de 1 an n'ont pas redoublé avant l'admission :

Une partie a pu être scolarisé tardivement : sans correspondre à un échec, cela peut constituer un handicap pour la suite, jouant en particulier sur l'orientation. Sans être qualifié de redoublement, le maintien en maternelle peut être motivé par des difficultés dès les apprentissages préscolaires.

Il faut également signaler une imprécision dans le relevé pour les enfants admis pendant la période de vacances scolaires.

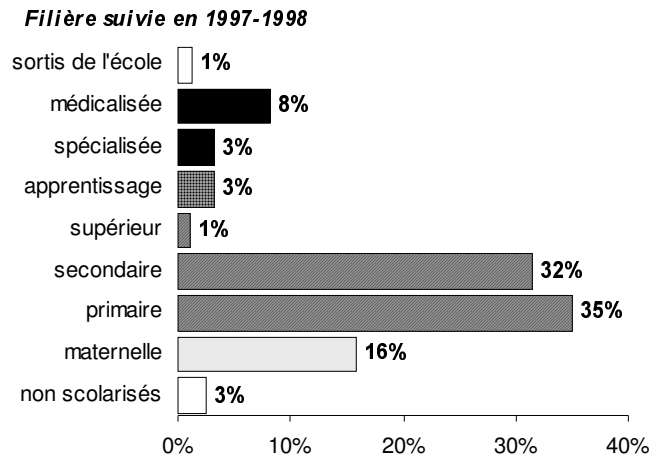
Compte tenu de ces observations, aux 36% d'enfants à l'heure du point de vue scolaire lors de l'admission, il faut sans doute ajouter 24% pour lesquels on ne mentionne pas de redoublement. Pour le reste, qui représente tout de même 40% des enfants déjà scolarisés à l'admission, il y a retard scolaire dû à un ou plusieurs redoublements.

2. Situation scolaire actuelle

2.1- Situation selon la filière suivie en 1997-1998

Pour l'année scolaire 1997-1998, les enfants non scolarisés compte tenu de leur âge sont très peu nombreux (3%). 16% sont en maternelle. Deux tiers des enfants sont scolarisés dans les filières scolaires normales : 35% dans le primaire, 32% dans le secondaire (général ou technique) et 3% sont en apprentissage. 3% des enfants sont dans des classes spécialisées et 8% dans des classes médicalisées. Seuls 5 enfants sont sortis du système éducatif (Figure 8).

Figure 8 : Répartition des enfants selon la filière scolaire suivie en 1997-1998



2.2- Situation selon la filière et le retard

Plus de 90% des enfants de 6 à 8 ans, en âge à fréquenter les classes de CP, CE1 ou CE2, sont dans des filières de scolarisation normale. 16% sont en retard d'un an. 9% sont en classe médicalisée ou spécialisée (Tableau 4).

Tableau 4 : Retard scolaire en 1997-1998

Retard scolaire des enfants en filière normale du primaire et du secondaire

	à l'heure	retard		Total
		1 an	2 ans	
à 6-8 ans	75%	16%	0%	91%
à 9-10 ans	50%	38%	2%	90%
à 11-14 ans	28%	45%	6%	79%
à 15-17 ans	21%	28%	25%	74%

LIRE AINSI :

Parmi les enfants âgés de 6 à 8 ans fin 1997, 16% ont un an de retard dû à un redoublement avant ou pendant le placement.

Ne sont pas mentionnés dans le tableau les filières médicalisées, spécialisées et l'apprentissage.

A 9-10 ans, seule une moitié des enfants sont dans la classe de leur âge (CM1, CM2). Cela dit, le poids des retards accusés (2 ans ou plus) reste faible (2%). 10% sont en classe médicalisée ou spécialisée.

A 11-14 ans, âge auquel normalement on fréquente le collège, le retard est plus accusé : il n'y a plus que 28% d'enfants à l'heure, et 45% ont un an de retard. 6% ont un retard de deux ans par rapport à leur âge. 21% sont en classe médicalisée ou spécialisée.

A partir de 15 ans, 75% des enfants sont inscrits en lycée général, en lycée technique, ou au collège pour ceux qui ont pris du retard, dont 25% en retard de 2 ans par rapport à leur âge. Parmi le quart

restant, 15% ont été orientés vers l'apprentissage, ce qui représente une part importante, et 10% poursuivent une scolarité dans la filière médicalisée.

Le nombre d'enfants en filière spécialisée (CLIS, CLAD, SES) apparaît globalement modeste (3%). C'est parmi les enfants ayant l'âge de fréquenter le collège qu'elle est la plus élevée. Ces enfants sont pour la plupart en CLIS ou en CLAS. Dans la population nationale, la proportion de jeunes scolarisés en CLIS est en CLAS est de 1,7% (Note d'information du Ministère de l'Education Nationale, Direction de l'Evaluation et de la Prospective, n°96/06).

En fait, hormis les classes SES, on repère mal les cursus spécialisés du collège, comme les 4° et 3° aménagées ou technologiques et les 3° d'insertion. Dans nos chiffres, les enfants inscrits dans ces classes ne sont pas distingués des autres, ce qui explique le poids du retard scolaire à l'adolescence. A titre de référence, on rappellera que l'enseignement spécialisé (SES, SEGPA, classes d'atelier, EME, ...) représente 2,5% de l'ensemble des effectifs du second degré (Note d'information du MEN, DEP, n°96/06).

3. Comparaison aux données nationales

3.1- Contexte général de la réforme scolaire

La scolarisation des enfants de l'étude, qui se déroule sur les années 80 et 90, est contemporaine de grandes réformes dans le système éducatif. Ces réformes se traduisent par une modification sensible des parcours scolaires. D'après le Ministère de l'Education Nationale (Note d'information du MEN, DEP, n°98/01), qui a suivi à dix ans d'écart deux panels d'enfants à partir de la classe de 6°, les points de transformation sont les suivants :

1° point : aujourd'hui, la quasi totalité des entrants en sixième va désormais jusqu'au terme du premier cycle de l'enseignement secondaire, en troisième. Cette évolution correspond à la quasi disparition du seuil d'orientation après la cinquième, avec la filière du CAP. Les classes de 4° et 3° technologiques permettent aux enfants qui précédemment auraient été orientés après la cinquième d'atteindre le second cycle général ou technique.

2° point : les cursus sont plus rapides en raison d'une baisse des redoublements, et les sorties du système scolaire sont plus tardives.

3° point : la croissance de la scolarisation a largement bénéficié aux catégories les plus défavorisées, tant sur le plan scolaire que social. Cela dit, après la troisième, les différences d'orientation, vers l'enseignement technique court ou général, persistent selon l'origine sociale.

4° point : Un facteur important de moindre réussite scolaire est le retard acquis à l'entrée en sixième. Par retard, il faut entendre le fait que les enfants ne sont pas dans la classe de leur âge, ne serait-ce que d'une année. Ces enfants en retard ont sans doute des compétences moindres, mais l'âge en lui-même reste un facteur d'orientation différentielle.

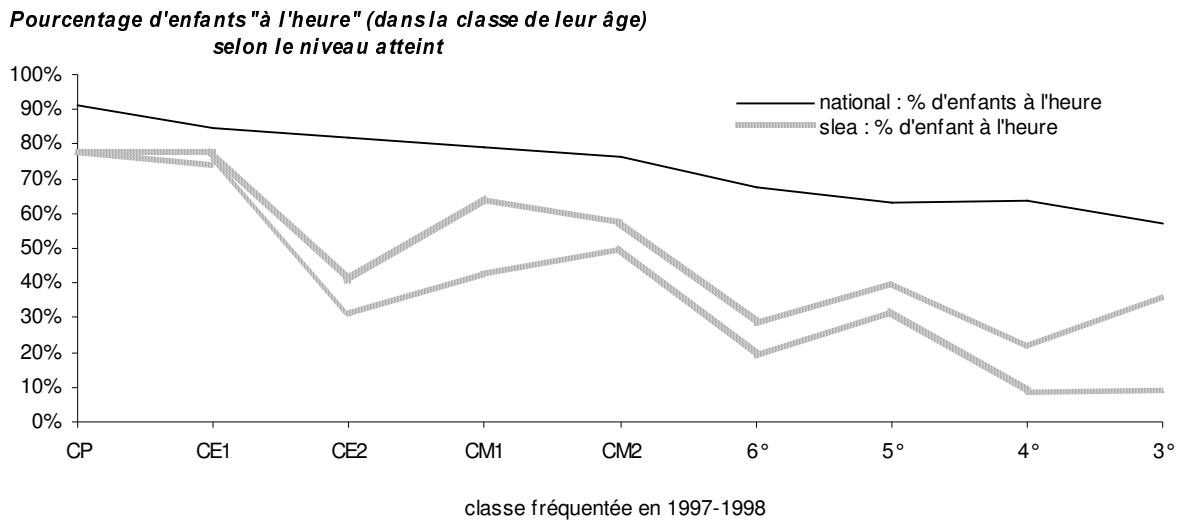
Dans la pratique, les comparaisons des données scolaires sur un long terme sont délicates (note d'information, DEP, n°97/26). En population générale, les performances moyennes se sont accrues

à tous les niveaux de réussite, les parents étant eux-mêmes plus instruits. Les disparités de réussite selon l'origine sociale se sont atténuées. La préscolarisation s'est généralisée (baisse de l'âge d'entrée en maternelle, légère amélioration des performances scolaires en CE1). Les redoublements deviennent de plus en plus exceptionnels. On ne peut donc comparer la situation actuelle d'enfants âgés de 8-11 ans à celle d'adolescents et jeunes adultes au moment où ils avaient 8-11 ans.

3.2- Un niveau de réussite moindre pour les enfants en PF

Pour chaque classe de la filière normale, nous avons comparé la proportion d'enfants à l'heure dans l'échantillon SLEA aux chiffres nationaux (Figure 9). Les effectifs sont faibles, mais on peut constater un niveau de réussite moindre, avec un décrochage progressif, relativement modéré dans les petites classes et plus important pour les enfants fréquentant le collège.

Figure 9 : Réussite scolaire des enfants en placement familial, comparaison aux données nationales



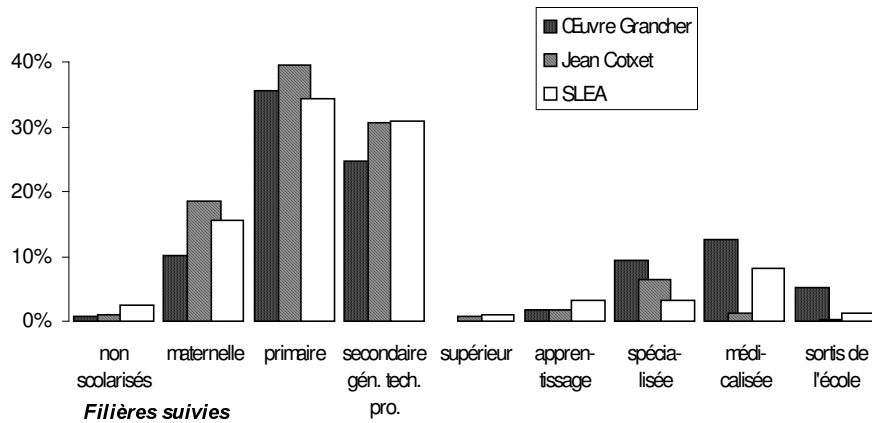
Sur le graphique précédent, deux courbes sont présentées pour les enfants de la SLEA. La plus basse correspond aux enfants dans la classe de leur âge. La plus haute aux enfants pour lesquels on ne trouve pas mention de redoublement.

4. Comparaison avec d'autres populations d'enfants placés

Les 118 enfants en placement familial à l'Œuvre Grancher ont en moyenne 11,7 ans. Ils sont placés depuis 7,4 ans, l'âge moyen au placement étant de 4,3 ans². Ces caractéristiques globales sont similaires à celles des enfants placés à la SLEA (11 ans en moyenne, placés depuis 6,2 ans, âge moyen au placement de 4,8 ans). Il est donc possible de comparer le poids des différentes filières scolaires et les indicateurs de réussite.

Les proportions de jeunes en maternelle, primaire et secondaire, ainsi qu'en apprentissage ne sont pas très différentes. C'est seulement pour les filières spécialisées et médicalisées que se reflète la particularité du placement.

Figure 10 : Filières scolaires : comparaison de trois placements familiaux



4.1- Le poids des enseignements spécialisés et médicalisés

Traditionnellement, les enfants placés sont plus souvent scolarisés dans les filières spécialisées et médicalisées, compte tenu des handicaps psychosociaux et familiaux et des problèmes constitutionnels de certains enfants. A l'heure actuelle, le poids de ces filières est évalué à 11% pour le placement familial à la SLEA (1997/1998), à 15% pour le placement familial spécialisé de l'Œuvre Grancher (1998/1999), et seulement 7% pour les placements familiaux de l'association Jean Cotxet (1997/1998).

Rappelons qu'il y a un peu plus de 10 ans, 10% des enfants placés à long terme en Villages d'enfants étaient dans les filières médicalisées. La comparaison avec un groupe d'enfants de l'ASE indiquait que ce placement familial privé permettait aux jeunes d'échapper aux filières médicalisées (Dumaret, Stewart, La psychiatrie de l'enfant, XXXII, 2, 1989, 593-615). Plus récemment, une étude, effectuée en 1992-1993 en Loire-Atlantique et concernant des enfants placés en institution (C. Sellenet, communication au congrès de l'EUSARF, Nanterre, septembre 1998), indiquait une forte proportion d'enfants dans les filières d'éducation spécialisée et médicalisée (26%).

4.2- Situation actuelle dans deux placements familiaux

Pour les enfants scolarisés dans les filières normales, nos données de comparaison permettent de faire deux constats :

² Ces données ne sont disponibles pour le PF de l'Association Jean Cotxet.

Il n'y a pas de différence significative entre les niveaux de réussite des enfants accueillis à la SLEA et à l'Oeuvre Grancher (Tableau 5). L'ensemble des prises en charge de la SLEA conduit à des résultats scolaires atteignant les niveaux d'un placement familial spécialisé tel que celui de Grancher, qui réalise un étayage soutenu auprès des enfants et des parents. En revanche, pour le placement de l'Association Jean Cotxet, les pourcentages d'enfants dans la classe de leur âge sont inférieurs de moitié, dès le début du primaire. L'environnement semble plus défavorisé pour les enfants accueillis au PF de J.Cotxet (milieu correspondant à une zone d'éducation difficile au plan national). Toutefois, Il faudrait disposer de données plus conséquentes sur le fonctionnement du placement (âges et retard scolaire à l'admission, types de familles, étayage mis en place, ...) pour analyser ces différences.

Tableau 5 : Réussite scolaire : comparaison de trois placements familiaux

	nombre d'enfants à l'heure			nombre d'enfants dans la classe			% d'enfants à l'heure		
	Slea	AJC	OG	Slea	AJC	OG	Slea	AJC	OG
CP	21	3	2	27	19	3	78%	16%	
CE1	21	6	6	27	20	10	78%	30%	
CE2	13	10	8	32	32	9	41%	31%	
CM1	18	9	6	28	31	8	64%	29%	
CM2	15	6	8	26	17	12	58%	35%	
6°	6	2	1	21	24	4	29%	8%	
5°	10	2	3	25	17	4	40%	12%	
4° (y compris techno)	5	3	2	23	19	7	22%	16%	
3° (y compris techno.)	8	3	3	22	12	4	36%	25%	
total du primaire	88	34	30	140	119	42	63%	29%	71%
dont CP, CE1, CE2	55	19	16	86	71	22	64%	27%	73%
dont CM1, CM2	33	15	14	54	48	20	61%	31%	70%
total du secondaire (6°-3°)	29	10	9	91	72	19	32%	14%	47%

SLEA, année scolaire 1997-1998

AJC: Association Jean Cotxet, année scolaire 1997-1998

OG: Œuvre Grancher, année scolaire 1998-1999

Dans le détail par âge, les effectifs sont trop faibles pour une comparaison fine. On peut observer que les enfants de la SLEA scolarisés dans les filières normales sont moins nombreux à accuser un retard de deux ans ou plus que les enfants du PFS (Tableau 6). On peut tenter d'avancer deux explications : la première liée à la population accueillie, plus problématique dans le PFS (comme l'indique déjà le poids des filières spécialisées), la seconde, à une volonté ou une possibilité de maintien des enfants le plus longtemps dans les filières normales.

Tableau 6 : Situation scolaire : comparaison avec le PFS de l'Œuvre Grancher

	SLEA				Œuvre Grancher			
	à l'heure	à retard		Total	à l'heure	à retard		Total
		1 an	2 ans			1 an	2 ans	
à 6-8 ans	75%	16%	0%	91%	67%	21%	0%	88%
à 9-10 ans	50%	38%	2%	90%	64%	14%	14%	92%
à 11-14 ans	28%	45%	6%	79%	29%	45%	13%	87%
à 15-17 ans	21%	28%	25%	74%	7%	27%	27%	61%

LIRE AINSI :

Parmi les enfants âgés de 6 à 8 ans fin 1997, 16% ont un an de retard dû à un redoublement avant ou pendant le placement. Ne sont pas mentionnés dans le tableau les filières médicalisées, spécialisées et l'apprentissage.

5. Conclusions

En conclusion, on peut retenir les points suivants :

- 1- La majorité des enfants sont admis avant l'âge au CP. Environ 40% des enfants déjà scolarisés à l'admission sont en retard (dont un tiers de redoublements).
- 2- La réussite scolaire actuelle de ces enfants est inférieure à celle de la population générale. On constate un retard scolaire pour les enfants en filière normale. De plus, il y a une sur représentation des filières médicalisées (8%) et spécialisées (3%). Le poids des formations à caractère professionnel (type apprentissage) reste élevé.

Si l'on se place sur le plan social, ces enfants sont issus d'une frange sociale particulièrement défavorisée, avec une part importante des situations professionnelles précaires (RMI) et de parents handicapés (AAH). Cette population bénéficie sans doute moins de la réduction relative des inégalités constatées depuis ces vingt dernières années en terme de réussite. N'y a-t-il pas un fossé qui se creuse entre les enfants en famille, même ceux issus de milieu ouvrier, et les enfants en situation de placement ?

Une question que l'on pourrait soulever, par rapport au contexte général d'évolution, est le handicap rencontré par ces jeunes, qui connaissent une rupture du milieu de vie. Indépendamment de la nécessité ou de l'effet bénéfique de cette rupture, cette discontinuité peut constituer en soi un handicap, dans un contexte général d'uniformisation des cursus.

Les évolutions du système éducatif rendent délicates certaines comparaisons. En particulier, pour mesurer l'adaptation scolaire, il est utile d'évaluer les difficultés comportementales des enfants, et ne pas simplement s'arrêter à la notion de retard par rapport à la norme.

Comportements des jeunes : la perceptions des adultes

1. Les outils de l'évaluation

Leur perception a été effectuée à partir de deux évaluations parallèles faites par les adultes qui connaissent les jeunes (assistantes maternelles, travailleurs sociaux référents des enfants) : l'une très globale, à caractère immédiat (présence de «troubles affectifs», de «troubles du comportement et de la conduite»), l'autre à partir d'un outil clinique plus sophistiqué mis au point il a plus de 25 ans par Rutter, psychiatre et épidémiologiste anglais.

Il s'agit d'une liste de comportements que peuvent présenter des enfants à un moment donné. Cette échelle permet de repérer rapidement les difficultés socio-scolaires et comportementales à partir de traits de comportements (dimensions) relativement indépendants de la culture. Cet outil est utilisé dans de nombreux pays anglo-saxons et même asiatiques. Trois sous-échelles sont distinguées : l'antisocialité (comportement agressif), les comportement de retrait, dits «neurotiques» (dépression, anxiété), ainsi que l'hyperactivité (inattention, très liée à l'échelle d'agressivité).

On peut également comparer les points de vue des différents adultes qui s'occupent des enfants (les parents, les familles d'accueil, les éducateurs, etc.) On sait que les enfants peuvent se comporter différemment selon les environnements.

En premier lieu, nous présenterons les résultats à partir des représentations des travailleurs sociaux, évaluation synthétique disponible pour l'ensemble des enfants, et plus particulièrement sur 286 âgés de 6 à 16 ans, tranche d'âge où l'utilisation du Rutter est valide. Dans un deuxième temps, les perceptions des travailleurs sociaux seront confrontées à celles des assistantes maternelles pour les 268 enfants de 6-16 ans décrits selon les deux points de vue (plus de 90% des 6-16 ans).

2. La proportion de jeunes ayant des troubles, les éléments de variabilité

2.1- L'évaluation synthétique des travailleurs sociaux

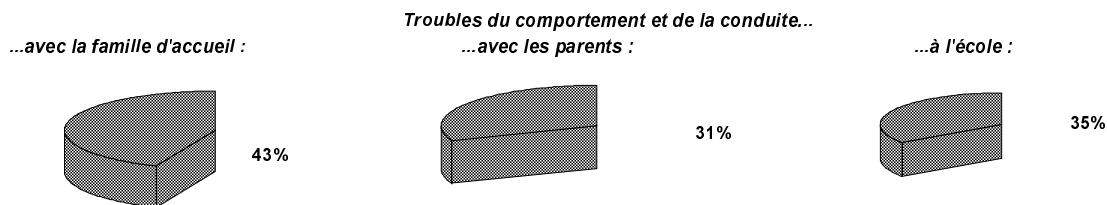
Du point de vue des travailleurs sociaux, près de 70% des jeunes ont des troubles, un peu plus sur le plan affectif (58%) que comportemental (50%). Si 1/5^{ème} des enfants ne présentent aucune difficulté, près de 4 enfants sur 10 cumulent problèmes d'ordre affectif et comportemental (Tableau 7).

Tableau 7 : Evaluation synthétique des troubles chez l'enfant par les travailleurs sociaux

	nb d'enfants	%
Troubles affectifs		
non	116	29%
oui	236	58%
pas de réponse	55	14%
total	407	100%
Troubles du comportement et de la conduite		
non	143	35%
oui, graves	53	13%
oui, légers	152	37%
pas de réponse	59	14%
total	407	100%
Troubles affectifs et du comportement		
oui (les deux)	154	38%
troubles du comportement	51	13%
troubles affectifs	82	20%
non	91	22%
pas de réponse	29	7%
total	407	100%

Le repérage des troubles du comportement se manifeste différemment selon l'environnement (Figure 11) : la fréquence est plus importante en famille d'accueil (43% des enfants, c'est-à-dire 90% des enfants ayant des troubles du comportement) qu'à l'école (35% des enfants, 72% des enfants avec troubles) ou chez les parents (31% des enfants, 64% des enfants avec troubles). Parmi les enfants perçus par les travailleurs sociaux comme ayant des troubles du comportement et de la conduite, près de la moitié ont des troubles dans les différents environnements (en famille d'accueil, avec les parents, à l'école).

Figure 11 : Troubles du comportement et de la conduite chez les enfants selon les travailleurs sociaux



2.2- Evaluation systématique (grille de Rutter)

Cette observation de proportion des troubles est confirmée avec l'évaluation systématique : parmi les jeunes de 6-16 ans, 56 % ont des troubles comportementaux socio-scolaires. On retrouve une donnée classique : les garçons présentent plus de problèmes que les filles, notamment pour l'hyperactivité.

Tableau 8 : Taux de troubles selon les travailleurs sociaux chez les garçons et filles âgés de 6-16 ans

	Taux moyen		test de la différence selon le sexe		
	ensemble	garçons	filles	H de Kruskal-Wallis	p
Taux global	10,82 +/- 7,62	11,89	9,54	6,415	<0,05
échelle antisociale	2,27 +/- 2,73	2,58	1,90	5,381	<0,05
échelle neurotique	2,42 +/- 1,79	2,52	2,29	1,381	n.s.
échelle hyperactivité	1,99 +/- 1,80	2,35	1,55	14,132	<0,001

a) Quelques comparaisons avec d'autres études

Il est admis que les problèmes de comportement sont plus soulignés parmi les enfants en milieux sociaux défavorisés qu'en milieux favorisés. Selon cette même grille, pour des populations de pré-adolescents étudiées dans les années 1980, environ 25% avaient des troubles de comportements sociaux en milieux défavorisés, contre 15% pour des jeunes de milieux favorisés. Cette proportion s'élevait, à la même époque, à un tiers pour des adolescents placés à long terme en famille d'accueil (villages d'enfants). De même chez des jeunes placés à long terme, en Grande-Bretagne.

Si on tient compte de l'évolution générale dans la société, la proportion des enfants en difficulté s'est élevée : environ 26% des jeunes ont des difficultés comportementales (sans forcément être suivis par ailleurs), parmi eux, 6% ont des problèmes graves (Fombonne, 1994). Finalement, les jeunes en familles d'accueil ont deux fois plus de troubles que ceux de la population générale, avec sans doute une surreprésentation des troubles graves.

2.3- Eléments corrélés aux troubles comportementaux (socio-scolaires)

Les troubles du comportement sont liés avec :

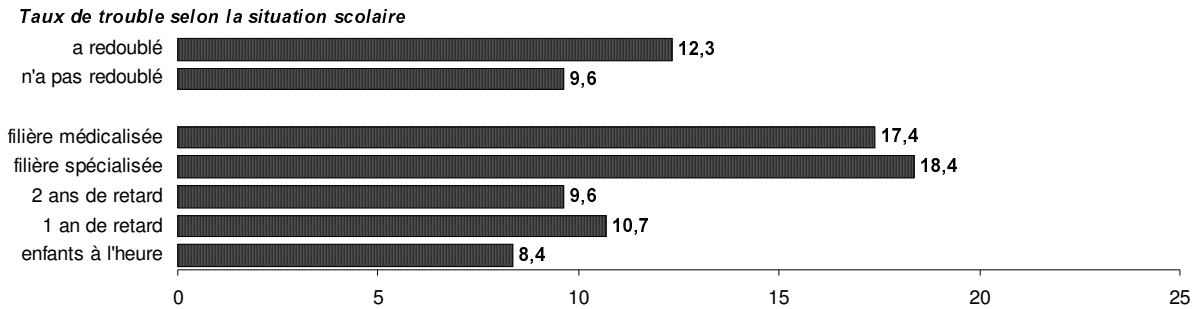
- l'âge actuel : plus de problèmes chez les jeunes de 8 à 11 ans, et quelque soit le type de troubles (antisocialité, comportements de retrait).

Figure 12 : Variation du taux de troubles selon l'âge (enfants de 6-16 ans)

âge	effectif	taux de troubles	
		moyen	écart-type
6	24	8,7	7,8
7	29	11,7	8,9
8	21	12,9	7,6
9	37	12,3	7,8
10	30	10,9	7,5
11	28	13,6	9,0
12	26	10,7	6,6
13	24	9,7	5,4
14	26	10,4	8,5
15	18	9,4	5,5
16	23	7,0	5,8
total	286	10,8	7,6

- les parcours scolaires très difficiles, les handicaps relevés par ailleurs, les problèmes de santé : les enfants scolarisés en filières thérapeutiques ou spécialisés présentent d'importants troubles. Globalement le fait d'avoir redoublé pendant l'admission est associé à un taux significativement plus élevé de troubles (Figure 13).

Figure 13 : Taux de troubles perçus par les travailleurs sociaux selon la situation scolaire



- les prises en charge psycho-éducatives, ce qui est logique et que l'on étudiera au chapitre suivant.

En revanche, la relation entre la durée du placement et le taux de troubles reste délicate à apprécier. En fait, on constate un taux de troubles supérieur pour les enfants admis depuis 2 à 5 ans, en comparaison avec les enfants admis depuis moins de 2 ans, cette différence se retrouvant quelque soit l'âge de l'enfant (Tableau 9). Ce résultat est à relativiser, car c'est sans doute pour les admissions les plus récentes que la connaissance et l'appréciation des troubles par les travailleurs sociaux est la moins précise. Sous réserve d'une bonne évaluation, ce résultat permet de conclure que l'importance des troubles reste moindre dans la cohorte des enfants admis depuis moins de 2 ans, cohorte qui comprend en effet une part d'enfants qui ne seront accueillis que pour une brève durée. En ce qui concerne les enfants admis depuis plus longtemps (au moins 5 ans), aucun résultat cohérent ne se dégage.

Tableau 9 : Variation du taux de trouble selon la durée du placement

durée de placement	Age			Age		
	6-9 ans	10-12 ans	13-16 ans	6-9 ans	10-12 ans	13-16 ans
	taux de troubles			Effectifs		
0-1 an	9,3	9,1	8,9	29	18	14
2-4 ans	12,8	10,9	9,9	36	15	16
5-9 ans	11,8	14,4	7,8	46	30	14
10-16 ans		10,8	9,4	0	21	47

Ces résultats ne permettent toutefois pas d'affirmer que le placement n'est pas générateur de troubles. Pour cela, il serait nécessaire de connaître de façon précise la situation comportementale des jeunes au moment de leur arrivée : une évaluation systématique (bilan développemental, bilan médical, environnement de l'enfant) des nouveaux entrants dans les premiers temps de l'admission serait utile, sachant l'importance du travail de prise en charge effectué ultérieurement.

2.4- Pathologie parentale et troubles de comportement

Certaines corrélations sont repérables entre le taux de troubles et les motifs de placement (Tableau 10). Il s'agit des troubles de la relation, de la maltraitance et des carences éducatives graves : le taux de troubles perçus par les travailleurs sociaux est plus élevé quand de tels motifs figurent parmi les

raisons du placement. Notons également un taux moins élevé (non significatif sur le plan statistique) lorsque parmi les motifs figurent les problèmes économiques ou de logement, le désintérêt des parents ou le trouble mental chez les parents.

Tableau 10 : Corrélation entre le taux de troubles et les motifs de placement

Motifs du placement (N=286 enfants âgés de 6-16 ans)	Taux de troubles		Test de la différence H de Kruskal-Wallis		
	oui	non	différence	Wallis	p
maltraitance	13,5	9,9	+3,6	8,921	0,003
carences éducatives graves	12,6	9,3	+3,3	10,269	0,001
trouble de la relation	11,9	9,5	+2,4	8,206	0,004
troubles mentaux des parents	10,2	11,3	-1,1	0,932	0,334
désintérêt des parents	9,9	11,0	-1,2	0,949	0,330
problèmes économiques	9,6	11,4	-1,9	2,487	0,115
défait de soins	8,6	11,6	-3,1	4,358	0,037

Plusieurs motifs peuvent être mentionnés pour chaque placement
Les différences significatives au plan statistique sont indiquées en gras

Mais les troubles sont-ils liés au profil actuel des parents ? Chacun d'entre nous, professionnel, clinicien ou chercheur a une idée sur la réponse... Il n'y a pas de lien direct entre l'existence de troubles chez le jeune et la pathologie mentale maternelle, psychiatrique ou d'ordre psychologique, ni avec les problèmes de santé générale. Les enfants de mères ayant des troubles psychiatriques avérés (avec hospitalisation) n'ont pas plus de troubles que ceux de mère ayant des problèmes psychologiques plus diffus. Résultat que nous avons déjà trouvé auprès d'autres populations de jeunes placés ou auprès d'adultes. D'autres variables entrent en jeu dont l'âge au placement, l'histoire passée, le type de difficultés parentales, l'âge actuel, etc.

Les seules relations significatives concernent ce que nous avons dénommé « pathologie sociale » et le fait que le parent ait vécu un placement ou une séparation dans son enfance. Ces relations sont observables tant en fonction du profil maternel que paternel.

Tableau 11 : Corrélations entre le taux de troubles et le profil médico-psychosocial des mères

profil médico-psychosocial des mères (N=250 enfants âgés de 6-16 ans dont la mère est vivante)	Taux de troubles		Test de la différence H de Kruskal-Wallis		
	oui	non	différence	Wallis	p
pathologie sociale	12,5	9,4	+3,1	5,723	0,017
placement, séparation dans l'enfance	12,7	9,7	+3,0	6,265	0,012
troubles psychiatriques	11,9	10,4	+1,5	0,734	0,392
problèmes de santé physique	11,6	10,5	+1,1	0,471	0,492
troubles psychologiques	11,0	10,6	+0,4	0,195	0,659
dépression	10,9	10,7	+0,1	0,012	0,912
hospitalisation en psychiatrie	10,2	11,0	-0,8	0,606	0,436

Les différences significatives au plan statistique sont indiquées en gras

Tableau 12 : Corrélations entre le taux de troubles et le profil médico-psychosocial des pères

profil médico-psychosocial des pères (N=196 enfants âgés de 6-16 ans dont le père est vivant)	Taux de troubles		Test de la différence H de Kruskal- Wallis			p
	oui	non	différence			
troubles psychiatriques	15,3	10,6	+4,8			
problèmes de santé physique	14,9	10,3	+4,6			
placement, séparation dans l'enfance	13,4	10,2	+3,1	4,019	0,045	
pathologie sociale	12,8	9,8	+3,0	2,354	0,021	
dépression	12,9	10,7	+2,2			
troubles psychologiques	11,5	10,7	+0,9	0,307	0,579	
hospitalisation en psychiatrie	9,8	10,8	-1,0			

Les différences significatives au plan statistique sont indiquées en gras

D'une manière générale, c'est le cumul des facteurs de risque qui augmente les troubles de comportement, qu'il s'agisse... :

...du cumul chez les deux parents de la pathologie sociale,

...du cumul chez la mère des pathologies sociale et psychiatrique.

3. Comparaison des appréciations par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles

Il a été demandé aux assistantes maternelles de donner une appréciation générale « immédiate » sur les enfants (existence de troubles affectifs, de troubles comportementaux) et de remplir la grille standardisée de Rutter. Au total, 372 enfants sont décrits du point de vue des travailleurs sociaux et des assistantes maternelles (taux de réponse des questionnaires supérieur à 90%). Les résultats présentés concernent la population les jeunes de 6-16 ans décrits à la fois par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles (268 enfants).

Nous avons examiné dans un premier temps les cohérences entre ces deux évaluations, puis les divergences, en tentant d'avancer différentes hypothèses pouvant expliquer ces divergences dans les représentations de l'enfant, par chacune des deux professions.

3.1- Cohérence entre les deux types d'évaluation (rapide et standardisée)

Il y a cohérence dans les représentations des travailleurs sociaux : l'évaluation à partir de la grille standardisée vient confirmer leur appréciation rapide des troubles : le score global est deux fois plus élevé pour les enfants qui présentent des troubles affectifs que pour ceux qui n'en présentent pas (13,1 contre 6,2). De la même façon, le score global est plus élevé lorsqu'ils mentionnent des troubles du comportement et de la conduite (14,4 contre 6,1), et l'évaluation de la gravité de ces troubles du comportement est cohérente avec le score global (20,4 en cas de troubles graves contre 12,1 en cas de troubles légers).

Les enfants pour lesquels les travailleurs sociaux ne se prononcent pas d'emblée présentent un score intermédiaire : le score moyen est peu éloigné de la limite au delà de laquelle on statue à l'existence de troubles. Ainsi, ces enfants forment un groupe que l'outil de mesure standardisé ne permet de caractériser de manière claire.

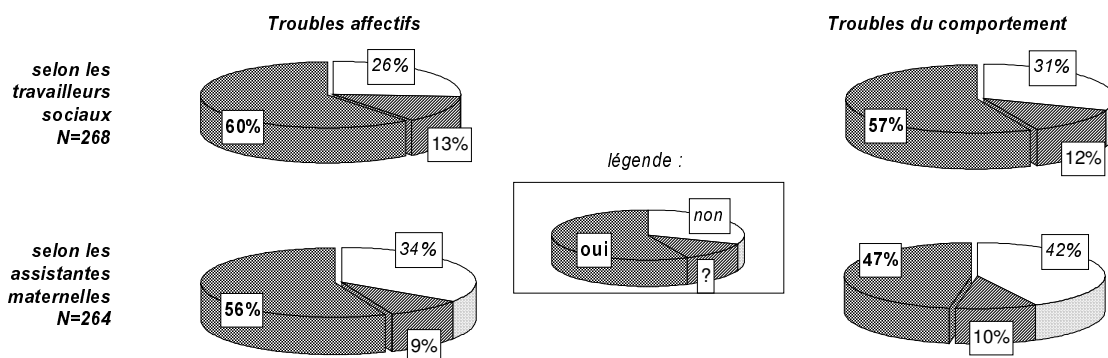
Cette cohérence entre l'évaluation rapide et le score fourni par la grille se retrouve également dans les réponses des assistantes maternelles. Il y a également une cohérence « croisée ». La grille Rutter remplie par les travailleurs sociaux vient confirmer l'appréciation générale portée par les assistantes maternelles, et réciproquement. Ainsi, les enfants qui présentent les scores les plus élevés sont les enfants qui présentent à la fois des troubles affectifs et des troubles du comportement, du point de vue des deux professions.

De ces résultats, on peut conclure que les intervenants auprès de l'enfant, référents et gardiens, donnent de façon directe une bonne évaluation des difficultés existant chez les enfants et adolescents. Ces résultats sur l'ensemble des enfants placés viennent confirmer les résultats partiels fournis lors de l'assemblée annuelle de la SLEA, résultats qui portaient uniquement sur les enfants placés depuis plus de 5 ans. Ainsi, la prise en compte d'enfants récemment placés, pour une partie moins bien connus que les enfants placés depuis plusieurs années, ne vient pas altérer la cohérence globale des évaluations.

3.2- Cohérence entre les appréciations des travailleurs sociaux et des assistantes maternelles

Globalement, les évaluations rapides des travailleurs sociaux et celles des assistantes maternelles sont convergentes : les ordres de grandeurs sont comparables pour ce qui est des enfants présentant des troubles affectifs et des troubles du comportement et de la conduite (Figure 14).

Figure 14 : Confrontation des évaluations rapides par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles



Dans leurs réponses, les assistantes maternelles mentionnent un peu moins de troubles affectifs (56% vs 60%) et de troubles du comportement (47% vs. 57%) que les travailleurs sociaux. À l'inverse, les taux de troubles selon la grille standardisée remplie par les assistantes maternelles sont globalement plus élevés à ceux fournis par les travailleurs sociaux (12,96 vs. 10,98, soit deux points d'écart). On peut supposer que les assistantes maternelles, vivant en contact direct avec les jeunes, ont tendance à accorder une importance plus grande aux problèmes de la vie quotidienne (apprentissages socio-scolaires et de la vie quotidienne). Leur appréciation globale, moins sévère, vient tempérer le cumul des points critiques énoncés dans la grille Rutter.

Mais ces différences peuvent également provenir du fait que les travailleurs sociaux connaissent moins les enfants que les assistantes maternelles, les rencontrant surtout dans des contextes particuliers. Ils sont moins confrontés aux difficultés de maîtrise de ces jeunes face aux problèmes du quotidien. Les travailleurs sociaux portent des appréciations globales plus sévères que les appréciations globales des assistantes maternelles. Cette fois-ci, la grille Rutter remplie par les travailleurs sociaux vient tempérer à la baisse ce jugement global défavorable.

3.3- Divergences entre les appréciations

a) Analyse des réponses aux items de la grille standardisée de Rutter

Nous avons recherché, parmi les 26 questions, celles qui correspondaient aux résultats les plus contradictoires. Une des explications des différences globales de jugement tient en effet à l'importance plus ou moins grande accordée à certains traits de comportement. Cette variabilité peut s'interpréter à la lecture des échelles partielles correspondant à trois comportements (antisocialité, retrait et hyperactivité). La sensibilité d'un intervenant à un registre particulier de troubles, ou sa position plus propice à identifier ce registre de troubles, peut expliquer les divergences d'ensemble.

Pour l'ensemble des enfants, on constate une forte corrélation entre les perceptions des travailleurs sociaux et celles des assistantes maternelles en ce qui concerne l'échelle « antisociale » ($R=0,66$) : les deux professions perçoivent des difficultés chez les mêmes enfants. La corrélation est également bonne pour l'échelle « hyperactivité » ($R=0,65$). Par contre, la corrélation est moins bonne pour l'échelle « neurotique » des comportements anxieux ($R=0,32$) : travailleurs sociaux et assistantes maternelles perçoivent des problèmes de ce type pour des enfants qui sont moins souvent les mêmes.

Le Tableau 13 précise les items qui globalement sont jugés plus défavorablement par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles. Pour les premiers, on retiendra en particulier le caractère

soucieux ou malheureux des enfants. Pour les assistantes maternelles, un nombre important d'items sont jugés plus défavorablement, parmi lesquels le comportement antisocial (mentir, voler, détruire, etc.) ainsi que certains traits du développement (sucrer son pouce, se ronger les ongles, se plaindre de maux, difficultés de paroles, etc.).

Tableau 13 : Différences de perception des TS et des AM par items de la grille standardisée de Rutter

Lecture des résultats :

Les différences négatives correspondent à une perception globale plus défavorable des travailleurs sociaux.

Les différences positives correspondent à une perception globale plus défavorable des assistantes maternelles.

n°	Items de la grille standardisée	différence	p < à	
7	Souvent soucieux, se tracasse pour beaucoup de choses	-0,134	0,013	*
10	Paraît souvent malheureux, en larmes ou affligé	-0,075	0,170	n.s.
2	Fait l'école buissonnière. Sèche les cours	-0,063	0,003	**
23	A eu des crises de larmes au seuil de l'école, refus de rentrer dans les locaux cette année	-0,037	0,264	n.s.
26	Tyrannise les autres enfants	-0,019	0,612	n.s.
4	Se trémousse, nerveux	-0,011	0,834	n.s.
24	Bégaye ou bafouille	+0,000	t.n.v.	n.s.
8	A tendance à faire les choses dans son coin, plutôt solitaire	+0,004	0,943	n.s.
5	Se bat fréquemment avec les autres enfants	+0,022	0,582	n.s.
17	Se montre craintif, a tendance à avoir peur des choses ou des situations nouvelles	+0,026	0,612	n.s.
1	Très agité. Toujours en mouvement. Presque jamais calme	+0,030	0,487	n.s.
11	A des crispations, mouvements stéréotypés ou tics du visage ou du corps	+0,034	0,465	n.s.
16	Est incapable de fixer longtemps son attention et de se concentrer	+0,037	0,439	n.s.
18	Trop méticuleux, maniaque	+0,049	0,201	n.s.
21	A eu un accident de propreté à l'école cette année	+0,067	0,014	*
15	Est souvent désobéissant	+0,078	0,077	n.s.
12	Suce fréquemment son pouce ou son doigt	+0,108	0,010	**
22	Se plaint souvent de douleurs ou de maux	+0,112	0,030	*
25	A une autre difficulté de parole	+0,116	0,003	**
14	A tendance à être absent pour des raisons insignifiantes	+0,119	0,028	*
6	N'est pas très aimé des autres enfants	+0,172	0,000	****
3	Détruit souvent ses affaires ou celles des autres	+0,213	0,000	****
20	A volé à une ou plusieurs reprises	+0,224	0,000	****
13	Se ronge fréquemment les ongles ou se mord les doigts	+0,250	0,000	****
9	Irritable. Est prompt à "sortir de ses gonds"	+0,257	0,000	****
19	Ment souvent	+0,403	0,000	****

N=286 enfants âgés de 6-16 ans

b) Groupes d'enfants évalués de façon convergente et divergente

Malgré une bonne cohérence d'ensemble, il reste des enfants pour lesquels les perceptions des travailleurs sociaux et des assistantes maternelles sont divergentes, voire contradictoires, tant du point de vue de l'appréciation globale que de l'évaluation au moyen de la grille standardisée.

A partir des scores globaux aux grilles, les enfants ont été classés selon deux critères : convergence des appréciations et importance des troubles.

1^{er} groupe : enfants sans troubles

2^{ème} groupe : enfants présentant des troubles

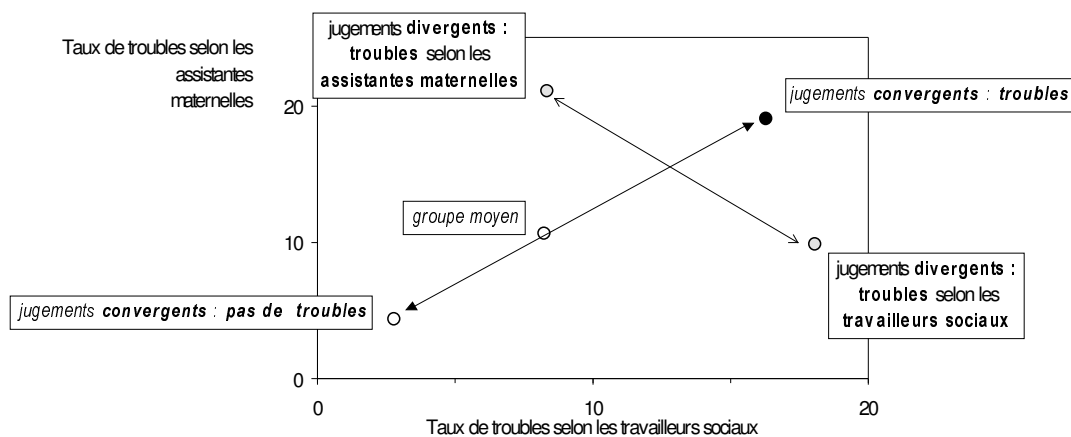
3^{ème} groupe : enfants présentant des troubles selon les assistantes maternelles

4^{ème} groupe : enfants présentant des troubles selon les travailleurs sociaux

5^{ème} groupe : groupe se situant dans la moyenne (taux de troubles moyen selon les deux)

Ces groupes ont été constitués de manière à ce que chacun d'entre eux soit d'effectif égal. Pour près de 60% des enfants, les jugements sont convergents (pas ou peu de troubles, niveau moyen, troubles) (Figure 15). Pour le reste, il y a divergence dans les perceptions, ce qui peut correspondre soit à une contradiction (qui peut être liée à des comportements de l'enfant variables selon l'environnement), soit à un mécanisme de surévaluation systématique de certains items de la grille (regard porté le référent, le gardien).

Figure 15 : Convergences et divergences du taux de troubles perçus par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles



Précisons que les différences de jugement à propos des enfants peuvent correspondre à deux niveaux :

- l'un des adultes mentionne différentes difficultés tandis que l'autre non,
- l'un des adultes mentionne beaucoup plus de difficultés que l'autre.

Ainsi, la divergence peut porter soit sur l'existence de troubles, soit sur leur intensité.

Dans un premier cas de figure, les perceptions des travailleurs sociaux permettent d'isoler un groupe d'enfants pour lesquels des troubles sont moins soulignés voire pas du tout par les assistantes maternelles :

Les différences de perception mettent en avant l'échelle « neurotique », évaluée à 3,98 par les travailleurs sociaux contre 1,69 par les assistantes maternelles, c'est-à-dire plus du double. Les différences sont moins marquées pour l'échelle « antisociale » (3,26 vs. 2,13) et l'échelle « hyperactivité » (2,80 vs. 1,75).

Les référents des enfants apparaissent plus sensibles à la dimension de non extraversion des enfants, peu communicatifs ou repliés sur eux-mêmes, comme le suggère la liste classée suivante (Tableau 14).

Tableau 14 : Items contribuant aux évaluations défavorables des travailleurs sociaux

Lecture des résultats :

Les différences négatives correspondent à une perception globale plus défavorable des travailleurs sociaux.

Les différences positives correspondent à une perception globale plus défavorable des assistantes maternelles.

n°	Items de la grille standardisée	différence	p < à	
7	Souvent soucieux, se tracasse pour beaucoup de choses	-0,745	0,000	****
10	Paraît souvent malheureux, en larmes ou affligé	-0,727	0,000	****
4	Se trémousse, nerveux	-0,618	0,000	****
14	A tendance à être absent pour des raisons insignifiantes	-0,509	0,001	***
16	Est incapable de fixer longtemps son attention et de se concentrer	-0,509	0,000	****
11	A des crispations, mouvements stéréotypés ou tics du visage ou du corps	-0,473	0,000	****
22	Se plaint souvent de douleurs ou de maux	-0,473	0,000	***
8	A tendance à faire les choses dans son coin, plutôt solitaire	-0,436	0,001	**
17	Se montre craintif, a tendance à avoir peur des choses ou des situations nouvelles	-0,436	0,001	**
23	A eu des crises de larmes au seuil de l'école, refus de rentrer dans les locaux cette année	-0,382	0,000	***
24	Bégaye ou bafouille	-0,382	0,000	***
13	Se ronge fréquemment les ongles ou se mord les doigts	-0,364	0,007	**
5	Se bat fréquemment avec les autres enfants	-0,309	0,001	**
26	Tyrannise les autres enfants	-0,309	0,001	***
1	Très agité. Toujours en mouvement. Presque jamais calme	-0,291	0,001	**
6	N'est pas très aimé des autres enfants	-0,291	0,017	*
9	Irritable. Est prompt à "sortir de ses gonds"	-0,291	0,012	*
3	Détruit souvent ses affaires ou celles des autres	-0,255	0,015	*
15	Est souvent désobéissant	-0,236	0,008	**
2	Fait l'école buissonnière. Sèche les cours	-0,109	0,083	n.s.
25	A une autre difficulté de parole	-0,091	0,322	n.s.
12	Suce fréquemment son pouce ou son doigt	-0,073	0,350	n.s.
21	A eu un accident de propreté à l'école cette année	-0,055	0,410	n.s.
20	A volé à une ou plusieurs reprises	-0,036	0,622	n.s.
18	Trop méticuleux, maniaque	-0,018	0,864	n.s.
19	Ment souvent	+0,018	0,859	n.s.

N=55 enfants âgés de 6-16 ans

Dans un second cas de figure, des enfants sont perçus comme ayant des troubles selon les assistantes maternelles alors qu'ils en ont moins ou pas du tout selon les travailleurs sociaux .

Non seulement les problèmes antisociaux et agressifs sont particulièrement soulignés (échelle «antisociale» : 5,29 selon les assistantes maternelles contre 1,81 selon les travailleurs sociaux), mais également les comportements de type «neurotique» (3,63 vs. 1,94) et «hyperactif» (3,67 vs. 1,81). Les types de troubles décrits apparaissent ainsi diversifiés.

Tableau 15 : Items contribuant aux évaluations défavorables des assistantes maternelles

Lecture des résultats :

Les différences négatives correspondent à une perception globale plus défavorable des travailleurs sociaux.

Les différences positives correspondent à une perception globale plus défavorable des assistantes maternelles.

n°	Items de la grille standardisée	différence	p < à	
19	Ment souvent	+0,938	0,000	****
9	Irritable. Est prompt à "sortir de ses gonds"	+0,854	0,000	****
13	Se ronge fréquemment les ongles ou se mord les doigts	+0,813	0,000	****
4	Se trémousse, nerveux	+0,771	0,000	****
3	Détruit souvent ses affaires ou celles des autres	+0,750	0,000	****
10	Paraît souvent malheureux, en larmes ou affligé	+0,729	0,000	****
22	Se plaint souvent de douleurs ou de maux	+0,667	0,000	****
16	Est incapable de fixer longtemps son attention et de se concentrer	+0,646	0,000	****
11	A des crispations, mouvements stéréotypés ou tics du visage ou du corps	+0,625	0,000	****
6	N'est pas très aimé des autres enfants	+0,563	0,000	****
20	A volé à une ou plusieurs reprises	+0,563	0,000	****
14	A tendance à être absent pour des raisons insignifiantes	+0,542	0,000	****
15	Est souvent désobéissant	+0,521	0,000	****
25	A une autre difficulté de parole	+0,521	0,000	****
1	Très agité. Toujours en mouvement. Presque jamais calme	+0,458	0,000	****
17	Se montre craintif, a tendance à avoir peur des choses ou des situations nouvelles	+0,438	0,000	***
5	Se bat fréquemment avec les autres enfants	+0,417	0,000	**
12	Suce fréquemment son pouce ou son doigt	+0,375	0,004	**
8	A tendance à faire les choses dans son coin, plutôt solitaire	+0,333	0,003	**
24	Bégaye ou bafouille	+0,313	0,000	***
26	Tyrannise les autres enfants	+0,292	0,007	**
7	Souvent soucieux, se tracasse pour beaucoup de choses	+0,271	0,018	*
23	A eu des crises de larmes au seuil de l'école, refus de rentrer dans les locaux cette année	+0,250	127,000	n.s.
21	A eu un accident de propreté à l'école cette année	+0,208	0,011	*
18	Trop méticuleux, maniaque	+0,167	0,044	*
2	Fait l'école buissonnière. Sèche les cours	+0,000	t.n.v.	n.s.

N=48 enfants âgés de 6-16 ans

Ici, on pourrait supposer que la différence des postes d'observation contribue à ces différences : plus proches des enfants, les assistantes maternelles perçoivent peut-être mieux leurs difficultés, avec cependant des références comparatives différentes de celles des travailleurs sociaux. Les travailleurs sociaux ont en effet l'expérience des autres enfants en situation de placement dans l'institution, tandis que le jugement des assistantes maternelles se fait sans doute plus en comparaison avec des enfants non placés de leur entourage.

3.4- Caractéristiques des enfants pour lesquels les jugements sont divergents

Les deux groupes d'enfants pour lesquels les perceptions sont divergentes n'apparaissent pas différents sur le plan des prises en charges, de l'échec scolaire ou encore de l'âge.

On relève certaines différences, qui ne sont pas toujours significatives au plan statistique en raison des effectifs. Cependant, l'examen des différences entre ces deux groupes jugés de façon

contradictoire permet d'identifier certaines caractéristiques qui pour l'ensemble des enfants correspondent effectivement à des perceptions différentes de la part des référents et des gardiens des jeunes.

a) Relation avec les parents :

Selon les assistantes maternelles, le taux de troubles est identique quel que soit le cadre des rencontres (13,6 en cas d'hébergement, 13,7 en cas de rencontre à la journée et 12,6 en cas de rencontre dans le service), alors que les travailleurs sociaux perçoivent moins de troubles parmi les enfants retournant chez leur(s) parent(s) avec hébergement (9,7 contre 13,0 pour le retour à la journée et 12,5 pour la rencontre dans le service).

Dans le groupe d'enfants ayant des troubles selon les assistantes maternelles, 90% rencontrent leurs parents, et en cas de rencontre, 72% sont hébergés au domicile parental. Ces chiffres sont sensiblement différents dans le groupe ayant des troubles selon les travailleurs sociaux, avec seulement 74% d'enfants rencontrant leurs parents et, en cas de rencontre, 45% d'enfants hébergés au domicile parental. Ces différences entre ces deux groupes dans le mode de relations parent(s)-enfant sont statistiquement significatives. Deux explications peuvent être avancées :

Les travailleurs sociaux sont particulièrement sensibles au cas des enfants rencontrant leurs parents dans le cadre de la médiatisation.

Comme cela est souvent admis dans la littérature, les assistantes maternelles jugent la relation parent(s) - enfant généralement perturbante, elles sont les premières à gérer ces conséquences au lendemain des rencontres. Elles voient autant de troubles qu'en situation de rencontre médiatisée, alors qu'on peut dire de manière objective que l'encadrement de la rencontre correspond en principe à des relations parent(s) - enfants plus problématiques qu'en cas de retour à la maison. Soulignons par ailleurs que du point de vue du profil psychosocial des parents, on ne relève pas de différence entre les jugements des TS et des AM : les perceptions semblent donc différer principalement selon le type de rencontre des parents, indépendamment du caractère aggravant de certaines situations parentales.

Une autre perspective illustrant ce positionnement particulier des assistantes maternelles est le constat d'un jugement plus défavorable quand les parents font l'objet d'un travail spécifique des équipes. En cas de travail auprès des parents pour eux-mêmes, le taux de troubles atteint 14,3, contre 13,0 si le travail concerne simplement la gestion de la rencontre et 11,1 s'il n'y a pas de travail auprès des parents. On ne retrouve pas une telle sensibilité en ce qui concerne le taux de troubles selon les travailleurs sociaux.

Egalement, les assistantes maternelles tendent à juger plus défavorablement les enfants ayant changé de famille d'accueil pendant le placement familial (taux de troubles : 15,0 contre 12,5 s'il

n'y a pas eu de changement), le taux de troubles selon les travailleurs sociaux n'apparaissant pas sensible à cette donnée.

b) Motif du placement :

Dans le groupe jugé avec troubles selon les travailleurs sociaux, on rencontre plus fréquemment des motifs en lien avec les troubles de la relation parent(s)-enfants et la maltraitance. Pour l'ensemble des enfants, le jugement des travailleurs sociaux est plus défavorable lorsqu'il y a eu maltraitance (13,5 vs. 9,9) ou troubles de la relation (11,9 vs. 9,5). De tels clivages en fonction des motifs de placement n'apparaissent pas lorsqu'on prend l'évaluation des troubles par les assistantes maternelles.

Il est possible que l'attention portée sur les problèmes de maltraitance ces dernières années accentue les perceptions par les travailleurs sociaux de certains comportements, notamment le repli sur soi. Ce type de comportement n'est-il pas également jugé plus invalidant pour les référents des jeunes, plus en attente de comportements «d'ouverture» de l'enfant ?

c) Sexe de l'enfant :

Dans le groupe jugé défavorablement par les assistantes maternelles, on compte 52% de filles, contre 40% dans le groupe jugé défavorablement par les travailleurs sociaux. Pour l'ensemble des enfants, le taux de troubles fourni par les travailleurs sociaux est plus élevé pour les garçons (11,9 vs. filles : 9,5). Cette différence n'est pas significative pour les assistantes maternelles (garçons : 13,3 vs. Filles : 12,5).

On peut interpréter ce résultat atypique comme un artefact statistique, ou au contraire discuter des différences dans la relation entre l'assistante maternelle et l'enfant accueilli selon qu'il s'agisse d'un garçon ou d'une fille, en particulier de l'attention ou de la crainte portée par l'adulte gardienne de l'adolescente au risque de reproduction du comportement maternel.

4. Conclusion

En conclusion, les perceptions des problèmes comportementaux sont majoritairement cohérentes pour les deux professions, qui soulignent l'importance des problèmes des enfants en placement familial. Le constat de certaines divergences, voire contradictions, semble s'expliquer pour partie par le positionnement et le rôle des différents adultes. Ce constat mérite que l'on s'arrête dans un souci de réflexion sur l'amélioration de la qualité de collaboration : comment sont médiatisées ces confrontations au sein de l'équipe du placement familial ?

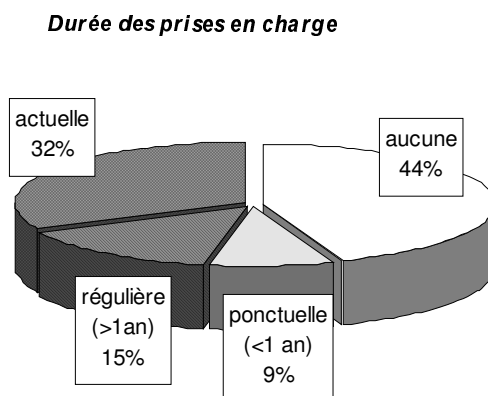
Prises en charge thérapeutiques et éducatives pendant le placement

Les prises en charges thérapeutiques et éducatives sont décrites selon deux aspects : leur nature (aide scolaire particulière, suivi psychologique individuel, orthophonie, rééducation psychomotrice) et leur situation dans le temps (prise en charge pour une durée ponctuelle ou régulière, prise en charge toujours en cours au moment de l'enquête).

1. Durée, nature et diversité des prises en charge

Sur la population d'ensemble, 56% des enfants ont bénéficié d'une prise en charge au cours du placement. Près d'un tiers des enfants sont actuellement toujours pris en charge (Figure 16).

Figure 16 : Répartition des enfants selon l'existence d'une prise en charge thérapeutique et éducative actuelle ou antérieure



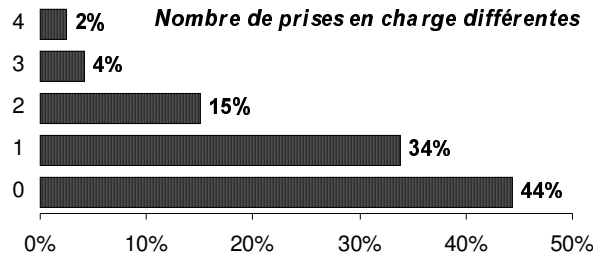
La modalité de prise en charge thérapeutique la plus courante est le suivi psychologique individuel : 42% des enfants en ont bénéficié à un moment donné, dont 22% actuellement (Tableau 16).

Tableau 16 : Nature des prises en charge thérapeutiques et éducatives

Types des prises en charge :	PEC actuelle ou passée	dont actuelle
<i>aide scolaire particulière</i>	15%	9%
<i>suivi psychologique individuel</i>	42%	22%
<i>orthophonie</i>	18%	8%
<i>rééducation psychomotrice</i>	8%	4%

Près d'un enfant sur cinq a bénéficié de plusieurs modalités de prise en charge (Figure 17).

Figure 17 : Répartition des enfants selon le nombre de prises en charge de natures différentes



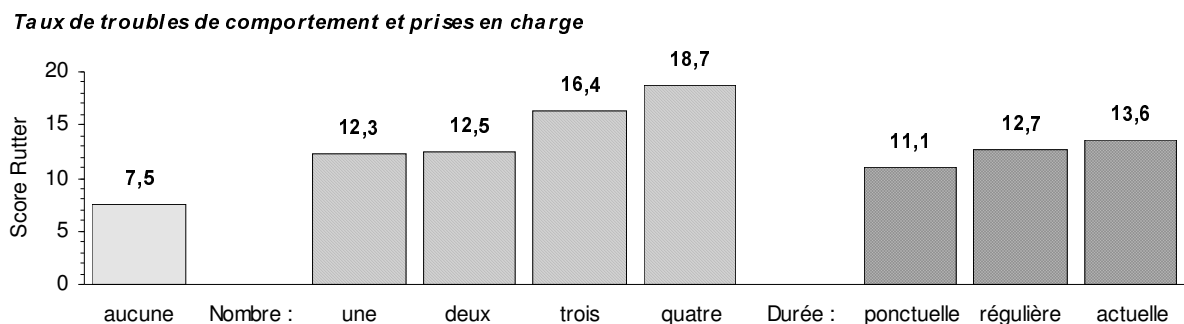
2. Troubles du comportement et prises en charge

On observe une adéquation des soins aux besoins de prise en charge, avec une diversification des étayages. De plus, cet effort s'inscrit dans le temps, notamment pour les enfants qui manifestent le plus de problèmes (Figure 18).

Ainsi, les enfants pris en charge présentent un taux de troubles plus élevés que les autres (selon l'évaluation par les travailleurs sociaux au moyen de la grille de Rutter).

Les prises en charge sont d'autant plus variées que le niveau des troubles est élevé, et ce sont les enfants actuellement suivis qui présentent le taux de troubles le plus élevé.

Figure 18 : Taux de troubles du comportement et de la conduite chez les enfants en fonction du nombre et de la durée des prises en charges psycho-pédagogique



3. Quels enfants sont pris en charge ?

Les prises en charge thérapeutiques et l'aide scolaire ne sont pas liées aux profils maternels. En effet, elles répondent essentiellement aux besoins des enfants, dont la couverture semble assez bien réalisée. Par exemple, 13% à 19% des jeunes ont actuellement des troubles du langage ou de la parole, et dans l'ensemble, 18% des jeunes ont été suivis en orthophonie (dont 8% qui le sont toujours actuellement)

3.1- Prises en charge, état de santé et scolarité

Les 4/5 des enfants présentant un handicap spécifique ou une malformation ont été pris en charge, sur tous les plans (fonctionnels, psychologique et éducatif).

Hormis les situations de handicap, la répartition des efforts de prise en charge s'observe encore pour les enfants qui sont dans les filières scolaires normales du primaire et du secondaire. En effet, près des trois quarts des enfants ayant redoublé pendant le placement ont eu une prise en charge, avec notamment trois fois plus d'aide scolaire particulière en cas de retard scolaire pour ces enfants sans handicap et scolarisés dans les filières normales.

3.2- Prises en charge et motifs de placement

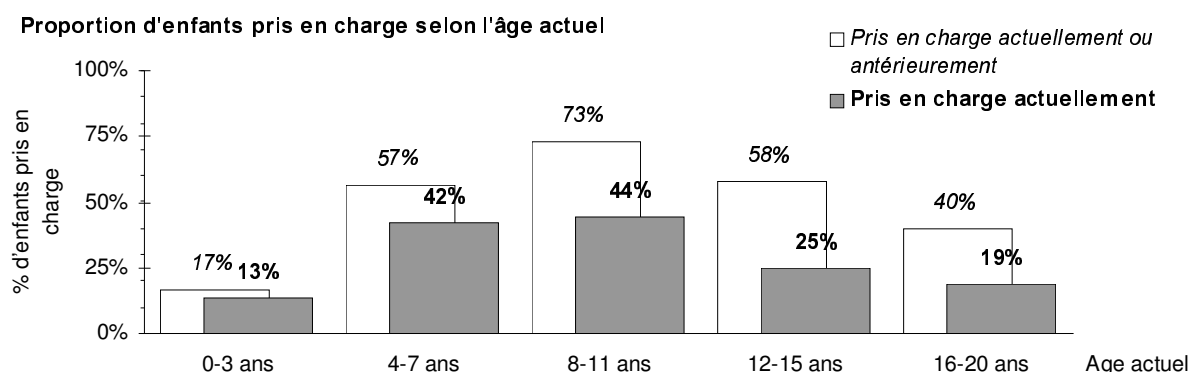
C'est pour les enfants séparés de leur famille en raison de troubles de la relation ou de carences graves que le taux de prise en charge est en moyenne le plus élevé. Rappelons que ces motifs de placement sont fortement corrélés aux troubles comportementaux.

3.3- Prises en charge et âge actuel

La Figure 19 indique la proportion d'enfants pris en charge selon l'âge. Il permet de se rendre compte de l'importance du travail qui a eu lieu ou qui est encore en cours auprès des enfants d'âge à fréquenter le primaire et le collège.

Au moment de l'enquête, près de 45% des enfants de 4 à 11 ans sont pris en charge, contre un quart entre 12 et 15 ans et un cinquième à partir de 16 ans.

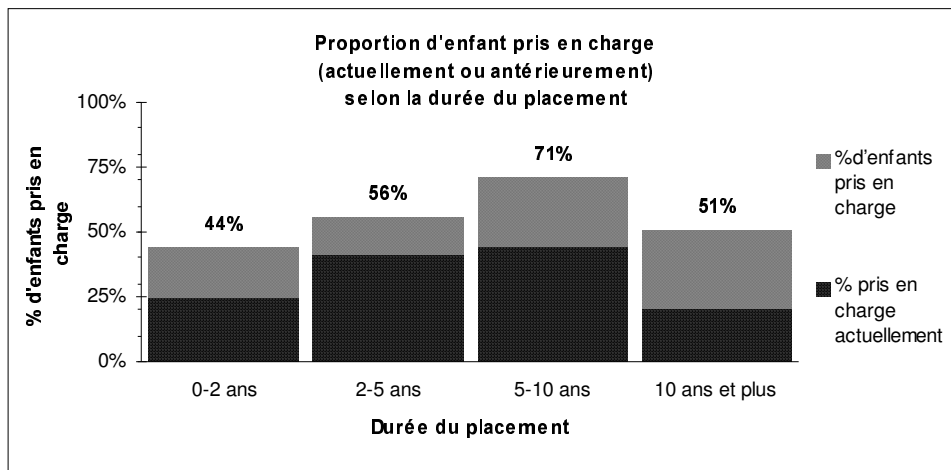
Figure 19 : Proportion d'enfants pris en charge selon l'âge actuel



Si l'on prend également en compte les prises en charge terminées, ce sont les jeunes de la tranche d'âge 8-11 ans qui présentent le taux le plus élevé : près des trois quarts ont bénéficié d'une prise en charge.

Si l'on regarde les prises en charges actuelles en fonction de l'ancienneté du placement, ce sont les enfants dont l'admission date de 2 à 10 ans qui en bénéficient le plus, ce qui correspond aux classes d'âge actuel les plus prises en charge (Figure 20). En fait, il semble difficile de dire si c'est l'âge atteint ou le prolongement du placement qui influe le plus sur la couverture psycho-éducative. Les deux aspects ont sans doute leur part d'influence respective, l'âge en ce qui concerne le suivi du développement de l'enfant, la durée en ce qui concerne le poids des prises en charges passées et une relation plus suivie avec l'enfant.

Figure 20 : Proportion d'enfants pris en charge selon la durée du placement



3.4- La situation des enfants récemment admis

Parmi les admissions récentes (moins de 2 ans de placement), 44% ont été pris en charge, et 24% le sont toujours. La proportion de prises en charge « immédiates », c'est-à-dire contemporaines à l'intégration de l'enfant dans son nouvel environnement n'est donc pas négligeable.

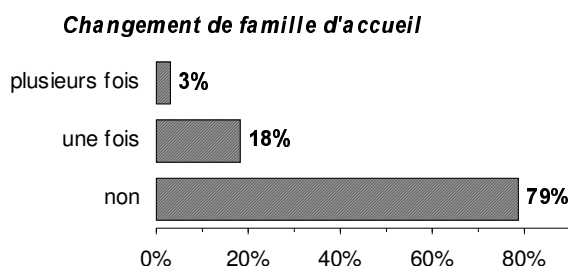
Ces enfants pris en charge peu de temps après l'admission présentent un taux de troubles très élevé. (13,7 vs. 7,9 $p < 0,001$). Ces prises en charges n'apparaissent pas en lien avec un traumatisme récent, comme la séparation des parents, un décès dans la famille ou le délaissement. En revanche, une fois sur quatre, on mentionne un handicap ou une malformation ($p < 0,001$).

4. Le changement de famille d'accueil

Cette situation, certes, n'est pas directement comparable aux autres soins précédemment évoqués, mais elle constitue généralement une réponse de l'équipe face à la souffrance de l'enfant ou de la famille d'accueil. C'est un fait connu que les enfants qui présentent le plus de difficultés psychologiques et comportementales vivent souvent dans plusieurs familles d'accueil.

Un enfant sur cinq a vécu un changement de famille d'accueil (21%). Néanmoins, très peu d'enfants ont connu plusieurs changements : 3% ont vécu dans au moins trois familles (Figure 21).

Figure 21 : Répartition des enfants selon le nombre de changements de famille d'accueil



Ces cas de changement de famille d'accueil semblent soit intervenir dans les premiers temps de l'admission, la première famille d'accueil pouvant être considérée comme une famille d'urgence dans une période d'observation, soit concerner des enfants placés depuis longtemps (pour lesquels le risque de changer est naturellement plus important compte tenu de la durée de présence dans l'institution).

Après un changement de famille d'accueil, le taux de troubles n'apparaît pas différent de celui des enfants qui n'ont pas changé de famille d'accueil. Et les travailleurs sociaux ne mentionnent pas plus de troubles de comportement et de la conduite avec la famille d'accueil. On peut mettre ce résultat en parallèle avec notre étude sur les adultes anciens placés : les difficultés d'insertion et d'adaptation ne sont pas liées au nombre de changements de familles d'accueil.

Les relations parent(s) - enfants et le travail des équipes auprès des parents

L'enquête aborde la question du contact et des relations parent(s) - enfant sous un angle quantitatif. Pour être plus précis, il faudrait étudier la qualité de cette relation. Outre la fréquence des rencontres, la prise en compte du type de rencontre, avec ses éventuelles limites (retour en famille avec hébergement, retour à la journée seulement, rencontre dans le service avec médiatisation) permet toutefois de mesurer dans ses grandes lignes cette qualité des contacts.

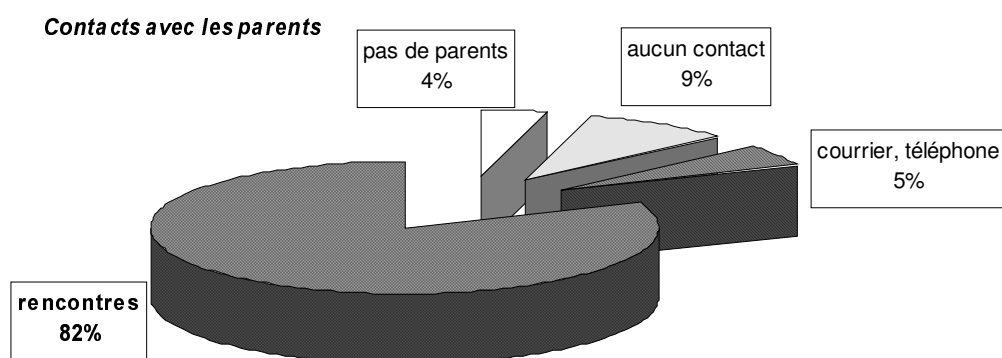
Un deuxième aspect de l'activité des équipes institutionnelles concerne le travail fait auprès des parents, travail motivé en premier lieu pour les besoins de l'enfant, mais qui peut également être orienté en direction des les parents eux-mêmes.

1. Les relations parent(s) - enfants

1.1- La majeure partie des enfants rencontrent leur(s) parents :

Les 4/5^{ème} des enfants rencontrent leur(s) parent(s). Pour ceux qui ne voient pas leurs parents, les situations sont diverses (Figure 22).

Figure 22 : Répartition des enfants selon le type de contact avec les parents

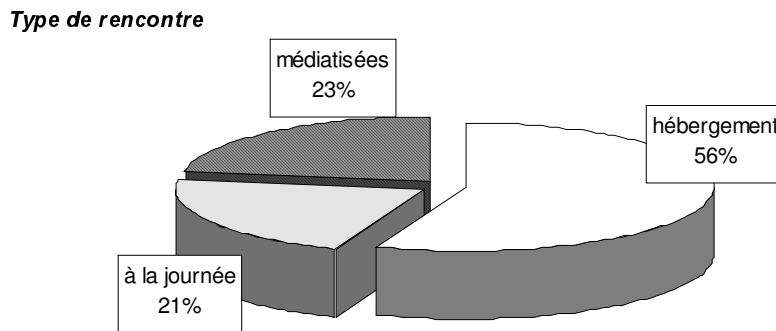


5% des jeunes ont des contacts limités au courrier ou au téléphone.

13% n'ont aucun contact. Parmi ceux-ci, soit les parents sont absents (décédés, inconnus, perdus de vue), soit les parents sont vivants mais n'ont pas de contact avec les enfants, soit que les contacts ne sont pas autorisés, soit parce que le lien est rompu (c'est notamment le cas pour les enfants majeurs).

Lorsqu'il y a rencontre, elles sont fréquentes (au moins une rencontre par mois) dans 7 cas sur 10. La situation la plus courante correspond à celle où les parents disposent du droit d'hébergement. Les rencontres à la journée et les rencontres dans le service, presque toutes médiatisées, constituent deux formes de restriction ou de contrôle de la relation parent(s) - enfant. Elles concernent 44% des enfants qui rencontrent leurs parents, avec un poids comparable pour le retour à la journée et la rencontre médiatisée dans le service.

Figure 23 : Répartition des enfants rencontrant leurs parents selon le type de rencontre



1.2- Les relations, leur fréquence et la durée de placement

La proportion d'enfants rencontrant leur(s) parent(s) varie en fonction de la durée de placement et de l'âge des enfants (âge au placement et âge actuel).

En cas de placement récent (depuis moins de 2 ans), seule une fraction minoritaire d'enfants ne rencontrent pas leurs parents (5% environ). Les enfants admis depuis plus de 10 ans sont 63% à rencontrer leurs parents, soit près des deux tiers. On retiendra donc que la poursuite des rencontres avec la famille d'origine reste la situation prépondérante, y compris dans le cadre des placements à long terme. Toutefois, l'écart en fonction de l'ancienneté du placement est plus accentué lorsqu'on considère la régularité ou la fréquence des rencontres.

Les enfants placés depuis plus de 10 ans sont deux fois moins nombreux à rencontrer fréquemment leurs parents que les enfants placés depuis une durée allant de 5 à 10 ans (31% vs. 68%), et trois fois moins nombreux que les enfants admis depuis moins de 2 ans (31% vs. 92%).

Il y a de fortes chances que les enfants placés depuis plus de 10 ans vont le rester jusqu'à la majorité : sous cette hypothèse, on aurait la répartition suivante :

Près de 30% des enfants placés à « très long terme » voient régulièrement leurs parents, 20% les rencontrent, mais moins fréquemment, et près de 50% ne les rencontrent pas.

Pour les placements de 5 à 10 ans, la dissolution du lien avec la famille biologique reste limitée puisque 68% des enfants rencontrent fréquemment leurs parents, 12% moins fréquemment et 20% ne les rencontrent pas.

1.3- Le type de rencontres en fonction des motifs de placement et du profil parental

Le type de rencontres varie selon les motifs de placement et le profil parental. C'est autant selon l'existence de contact que des aménagements apportés à la rencontre qu'on constate des différences.

Du point de vue des motifs, certaines différences sont significatives :

En cas de placement pour motif économique ou défaut de soin (sans mention de carence grave), les rencontres se font le plus souvent au domicile des parents, avec hébergement ou à la journée.

A l'opposé, c'est en cas de désintérêt des parents, de carences éducatives graves qu'on rencontre le plus souvent une absence de rencontre ($p < 0,05$). Il peut s'agir pour une partie de ces enfants de rupture du lien, par abandon ou décision institutionnelle d'éloignement temporaire des parents.

Entre des deux extrêmes, on observe des aménagements : en cas de maltraitance, le droit d'hébergement est réduit au profit de la rencontre à la journée ou dans le service, et en cas trouble mental des parents, au profit de la rencontre dans le cadre du service.

L'organisation des rencontres tient compte du profil psychosocial actuel des parents ($p < 0,001$) :

En cas de pathologie sociale de la mère, la modalité de rencontre sur représentée est le retour au domicile à la journée (43% vs. 16% de retour avec droit d'hébergement et autant pour les rencontres dans le service).

En cas de trouble psychiatrique, c'est le rencontre dans le service ou la non rencontre qui sont sur représentées.

Quand il n'y a ni pathologie sociale ni trouble psychiatrique ou psychologique, les deux tiers des enfants retournent chez des parents qui disposent du droit d'hébergement.

1.4- Perception des contacts par les travailleurs sociaux

L'appréciation que portent les travailleurs sociaux quant à l'influence des contacts avec les parents sur l'évolution de l'enfant est principalement corrélée à la possibilité de rencontre :

Les appréciations sont majoritairement défavorables quant il n'y a pas de rencontre ou quand les contacts se limitent au courrier ou au téléphone.

Elles sont majoritairement favorables lorsqu'il y a rencontre physique avec les parents. Qu'il y ait hébergement ou que la rencontre ait lieu dans le service, les contacts sont jugés favorables à l'évolution de l'enfant dans 60% à 70% des cas, et défavorables dans 15% à 20% des cas.

Des nuances doivent être apportées eu égard au profil psychosocial des parents : les contacts sont perçus un peu plus défavorablement en cas de pathologie sociale de la mère, et un peu plus favorablement en cas de trouble psychiatrique.

Dans le détail, en l'absence de pathologie sociale et de problème de santé mentale chez la mère, l'appréciation est favorable trois fois sur quatre.

En présence de trouble psychiatrique, elle reste favorable deux fois sur trois.

Par contre, en présence de pathologie sociale, accompagnée ou non de problème de santé mentale, elle n'est favorable qu'une fois sur deux. De même en cas de troubles psychologiques chez la mère (hormis la pathologie psychiatrique lourde).

En résumé, les travailleurs sociaux portent donc globalement un avis favorable sur les relations qui existent entre les enfants et leurs parents, pointant sans doute sur la nécessité d'un maintien de la relation privilégiée pour le bon développement de l'enfant. Les situations où le contact est rompu, ou interdit, ou encore limité au courrier et au téléphone correspondent aux situations les plus lourdes de conséquences pour l'enfant, hypothèse confirmée par le jugement très défavorable des travailleurs sociaux.

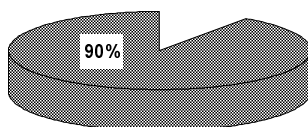
2. Travail des équipes auprès des parents

2.1- Poids du travail des équipes auprès des parents

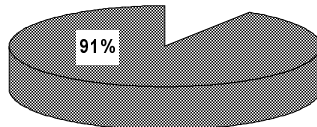
Sont distinguées les actions orientées vers l'enfant et celles vers les parents eux-mêmes. Le premier type d'action représente une part essentiel dans le travail des équipes en direction des parents : dans la plupart des cas, l'organisation de la relation s'accompagne d'un travail de mobilisation autour du suivi de l'enfant. Ce travail concerne environ 90% des enfants qui rencontrent leurs parents (Figure 24), soit environ 80% de l'ensemble des enfants. Logiquement, il apparaît corrélé aux situations de maintien de la rencontre parent(s) - enfants.

Figure 24 : Travail auprès des parents (enfants rencontrant leurs parents)

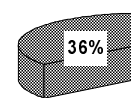
Pour organiser les relations (rencontres) parent(s)-enfants



Pour parler avec eux de l'évolution de l'enfant et les mobiliser pour lui



Pour les parents eux-mêmes



Le travail plus direct du service auprès des parents « pour eux-mêmes » concerne un peu plus du tiers des enfants qui rencontrent leurs parents (Figure 24), soit un quart de l'ensemble des enfants.

L'existence de rencontre parent(s) - enfant, bien que fréquemment en arrière plan de ce travail en direction des parents « pour eux-mêmes » type d'action, n'est pas systématique.

Ainsi, pour 15% des enfants qui ne rencontrent pas leurs parents, il y a un travail des équipes pour les parents eux-mêmes.

Lorsque la rencontre se fait dans le service, une fois sur deux, il y a travail pour les parents eux-mêmes. Lorsqu'il y a retour chez les parents, il y a travail une fois sur trois.

2.2- Travail auprès des parents et ancienneté du placement

Bien que mal repéré par le questionnaire, les placements récents correspondent également au travail de soutien des parents et de mise en place des relations. C'est une période de clarification du projet d'aide à l'ensemble de la famille. Dans le contexte des placements récents, la séparation est un processus qui peut-être concomitant.

Le travail auprès des parents apparaît intensif dans la phase initiale du placement : il concerne près de 90% des enfants admis depuis moins de 2 ans, voire moins de 5 ans, et c'est seulement pour les enfants admis depuis plus de 10 ans qu'il est moins important (57%).

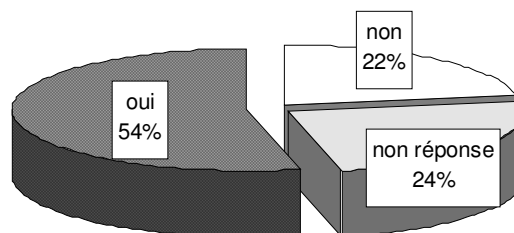
Le travail auprès des parents « pour eux-mêmes » concerne surtout les placements récents : il y a travail pour les parents eux-mêmes pour la moitié (52%) des placements datant de moins de 2 ans, contre environ un tiers (30%) des placements datant de 2 à 10 ans et un cinquième (22%) des placements durant depuis plus de 10 ans.

3. Suivi des parents par ailleurs

Un peu plus de la moitié des enfants ont des parents suivis par ailleurs (Figure 25). Le service d'accueil familial de la SLEA est la plupart du temps en lien avec l'une de ces structures de suivi (suivi éducatif, social ou psychiatrique). Il y a sans doute une méconnaissance des suivis ne donnant pas lieu à un travail de collaboration entre les différents partenaires (24% de non réponses).

Figure 25 : Répartition des enfants selon l'existence d'un suivi des parents par ailleurs

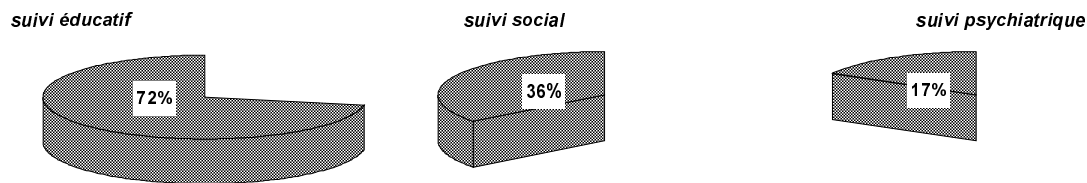
Les parents sont suivis par ailleurs



En cas de suivi par ailleurs, il s'agit le plus souvent de suivi éducatif (72% pour les enfants qui rencontrent leurs parents et 66% dans l'ensemble), moins fréquemment d'un suivi social (36% si

rencontre) ou psychiatrique (17%). La mention d'un suivi éducatif, administratif ou judiciaire, apparaît opposée à celle(s) d'un suivi social ou psychiatrique (Figure 26).

Figure 26 : Nature du suivi externe des parents (enfants rencontrant leurs parents)



On retrouve une bonne cohérence entre le profil parental tel qu'il est décrit par les TS et les suivis externes :

Le lien avec le suivi psychiatrique concerne quasi exclusivement des mères ayant des troubles psychiatriques ou ayant été hospitalisées en psychiatrie. Mais toutes les mères décrites comme présentant des troubles psychiatriques ne sont pas suivies par ailleurs : en fait, les cas où il n'y a pas de suivi ou bien où un suivi n'est pas repéré restent plus nombreux (56%).

Les mères présentant une pathologie sociale sans mention de trouble mental, sont plus nombreuses à avoir un suivi social (70% vs. 38%, presque deux fois plus).

Les mères sans profil spécifique (ni pathologie sociale, ni trouble mental) sont plus nombreuses à avoir un suivi éducatif de type AEMO (90% vs. 68% dans l'ensemble).

L'impact de la pathologie maternelle sur le travail du PF

Pour aborder cette question, nous nous focaliserons sur deux cas de figures : la pathologie sociale et la pathologie psychiatrique chez la mère, deux caractéristiques qui sont signalées pour une part importante de l'échantillon (les deux tiers). Ces deux facteurs de risque peuvent apparaître en même temps ou ne pas être mentionnés.

Pour chaque profil parental, nous avons mis en regard les différents indicateurs dont nous disposons afin de clarifier certaines logiques ou pratiques de prise en charge (Tableau 17). Ces indicateurs décrivent les troubles chez l'enfant, les aménagements de la relation parent(s) - enfants, le travail spécifique auprès des parents et les perceptions qu'en donnent les travailleurs sociaux.

Tableau 17 : Impact de la pathologie maternelle

	Profil maternel				
	Mentions de pathologie sociale et de troubles psychiatriques ou psychologiques				
	aucune	pathologie sociale	les deux types de troubles	pathologie psychiatrique	troubles psychologiques
taux de troubles (selon les TS)	8,8	11,0	13,4	9,6	9,6
taux de troubles (6-16 ans)	9,4	10,9	14,6	9,1	9,8
troubles selon les AM	30%	21%	13%	19%	26%
troubles selon les TS	16%	22%	30%	15%	17%
pas de troubles selon les deux	20%	19%	10%	21%	23%
groupe moyen	27%	10%	27%	25%	13%
troubles selon les deux	16%	27%	20%	19%	20%
rencontre parent(s)-enfant	83%	90%	79%	79%	89%
pas de rencontre	17%	10%	21%	21%	11%
rencontre avec hébergement	82%	39%	46%	47%	63%
rencontre à la journée	10%	42%	22%	18%	11%
rencontre dans le service	7%	18%	32%	34%	27%
rencontre perçus favorablement	79%	59%	54%	73%	55%
rencontre perçus défavorablement	6%	20%	31%	9%	32%
sans opinion	15%	21%	15%	19%	13%
pas de travail auprès des parents	16%	12%	16%	12%	12%
travail auprès des parents	66%	70%	51%	56%	67%
travail pour les parents eux-mêmes	18%	18%	33%	32%	22%
prise en charge	48%	59%	57%	51%	67%
suivi psychologique des enfants	31%	43%	52%	42%	48%

En premier lieu, le comportement socio-scolaire des enfants de mère présentant une pathologie sociale est ressenti comme plus préoccupant que celui des enfants dont la mère présente seulement une pathologie psychiatrique. C'est encore plus vrai en cas de cumul de ces deux facteurs. Par ailleurs, si l'on prend en compte les perceptions des assistantes maternelles, les enfants dont la mère présente une pathologie sociale sont surreprésentés dans le groupe des enfants ayant des troubles.

Les prises en charge psycho-éducatives ne dépendent guère du profil parental, répondant avant tout aux besoins de l'enfant. En revanche, l'accompagnement des familles varie selon le profil parental.

Dans le groupe d'enfants où la mère présente une pathologie sociale, sans mention de trouble mental, le travail auprès des parents pour eux-mêmes est moins important, les contacts parent(s) - enfants se font plutôt à l'extérieur (80%), sans droit d'hébergement pour environ 60% des cas.

Dans le groupe d'enfants où la mère présente un trouble psychiatrique, sans mention de pathologie sociale, un investissement important des équipes est fait auprès des mères pour elles-mêmes, la rencontre se fait plutôt dans le cadre du service.

Dans le groupe d'enfants où les mères cumulent pathologie mentale et sociale, un même travail est fait auprès des parents. L'aménagement des relations est également comparable à celui décrit en cas de pathologie psychiatrique seule. Cependant, le taux de troubles reste le plus élevé observé. Qu'y a-t-il derrière ce cumul ? En cas de fragilité mentale chez la mère, l'impact de la pathologie sociale n'est-il pas plus important, avec un phénomène d'amplification des troubles chez l'enfant ?

La question serait donc la suivante : compte tenu du taux de troubles plus élevé des enfants dont la mère présente une pathologie sociale, n'y a-t-il pas une réflexion à engager sur la nécessité d'améliorer cet accompagnement ?

Analyse selon le secteur géographique

Ce chapitre compare les situations des trois secteurs géographiques (Est, Nord et Sud) et celle du placement familial SLEA-Ado.

1. Placements et Situations familiales

Compte tenu de sa nature particulière, le placement SLEA Ado se distingue nettement des autres secteurs ; notons que près d'un de ces adolescents sur deux (46%) a connu un placement antérieur. Placés à un âge comparable en moyenne, les enfants du secteur Est sont un peu plus âgés que ceux des secteurs Nord et Sud, leur durée de placement étant un peu plus longue.

Tableau 18 : Placements par secteur géographique

	SLEA Ado	Est	Nord	Sud	
<i>nombre d'enfants</i>	28	97	130	152	407 enfants
<i>% de garçons</i>	61%	56%	49%	53%	<i>non significatif</i>
<i>âge moyen</i>	16,6	11,6	10,6	9,9	
<i>durée de placement</i>	4,9	7,4	6,2	5,7	
<i>âge au placement</i>	11,7	4,2	4,5	4,2	
<i>placement antérieur</i>	61%	39%	42%	35%	
<i>changement de FA</i>	46%	13%	19%	24%	

Les motifs de placement opposent le placement «adolescents» aux autres, avec une surreprésentation du délaissement parental (la plupart de ces enfants sont soit sous tutelle, DAP ou bien majeurs). Pour les secteurs Est, Nord et Sud, on retrouve la même structure selon l'autorité parentale, mais certains profils parentaux plus spécifiques (pathologie sociale pour le secteur Sud).

Tableau 19 : Motifs de placement et profils parentaux par secteur géographique

Motifs de placement	SLEA Ado	Est	Nord	Sud	
<i>problèmes économiques</i>	32%	27%	37%	20%	<i>non significatif</i>
<i>désintérêt des parents</i>	36%	16%	13%	19%	
<i>incapacité à assurer les soins vitaux</i>	57%	68%	63%	82%	
<i>troubles mentaux des parents</i>	43%	41%	45%	41%	<i>non significatif</i>
<i>troubles de la relation</i>	57%	51%	47%	52%	<i>non significatif</i>
<i>maltraitance</i>	32%	14%	29%	32%	

Profils parentaux	SLEA Ado	Est	Nord	Sud
<i>pathologie sociale de la mère</i>	18%	36%	32%	47%
<i>pathologie sociale du père</i>	18%	33%	30%	44%
<i>troubles psychiatrique de la mère</i>	27%	40%	42%	44%
<i>mère ex ASE ou séparée</i>	32%	22%	39%	42%

Les prises en charge semblent un peu moins nombreuses pour le secteur Nord (notamment le suivi psychologique individuel).

Prises en charge	SLEA Ado	Est	Nord	Sud	
<i>prise en charge</i>	68%	68%	45%	55%	<i>non significatif</i>
<i>aide scolaire particulière</i>	11%	21%	15%	12%	
<i>suivi psy. individuel</i>	57%	49%	33%	43%	
<i>orthophonie</i>	7%	30%	19%	12%	
<i>rééducation psychomotrice</i>	0%	12%	5%	10%	

On observe des différences entre les secteurs en ce qui concerne les relations parent(s)-enfant. En particulier, plus nombreux sont les enfants du secteur Sud à n'avoir aucun contact avec leurs parents. Lorsqu'il y a rencontre, ces enfants ne voient le plus souvent leurs parents que dans un cadre contrôlé (retour à la journée ou rencontre médiatisée). Dans le secteur Sud, un travail plus intensif est fait auprès des parents pour eux-mêmes.

Tableau 20 : Relations parent(s)-équipes-enfant selon le secteur géographique

Relations parent(s)-enfant	SLEA Ado	Est	Nord	Sud
<i>aucun contact</i>	4%	6%	11%	20%
<i>courrier ou téléphone</i>	4%	7%	5%	5%
<i>rencontre</i>	92%	87%	84%	75%
Type de rencontre	SLEA Ado	Est	Nord	Sud
<i>hébergement</i>	70%	66%	61%	40%
<i>retour à la journée</i>	17%	17%	19%	28%
<i>dans le service</i>	13%	17%	20%	31%
<i>rencontre perçue défavorablement</i>	14%	11%	17%	27%
Travail auprès des parents	SLEA Ado	Est	Nord	Sud
<i>non</i>	8%	15%	20%	16%
<i>oui</i>	46%	66%	63%	53%
<i>pour les parent eux-mêmes</i>	46%	19%	17%	31%

En matière d'évaluation des troubles chez les enfants, on notera une sensibilité importante des réponses. Si les travailleurs sociaux du secteur Sud jugent plus défavorablement les enfants, avec un taux de troubles sensiblement plus élevé que ceux des secteurs Nord et Sud, ce jugement n'est pas partagé par les assistantes maternelles. Ces dernières mettent surtout en avant les difficultés des adolescents.

Tableau 21 : Taux de troubles selon le secteur géographique

Taux de troubles (grille Rutter)	SLEA Ado	Est	Nord	Sud
<i>selon les TS</i>	9,05	8,97	8,55	14,42
<i>selon les AM</i>	17,24	13,82	10,82	13,79
<i>différence</i>	7,91	4,83	1,92	-0,65

On retrouve ici une nouvelle illustration de l'influence du positionnement et des représentations des adultes. N'y a-t-il surévaluation des difficultés dans certains secteurs, en lien avec un milieu défavorisé dont l'enfant, même placé, conserve d'une certaine manière les stigmates ? A l'opposé, n'y a-t-il pas chez les assistantes maternelles une appréhension plus grande face à la crise de l'adolescence ?

Analyse des placements en fonction de leur durée

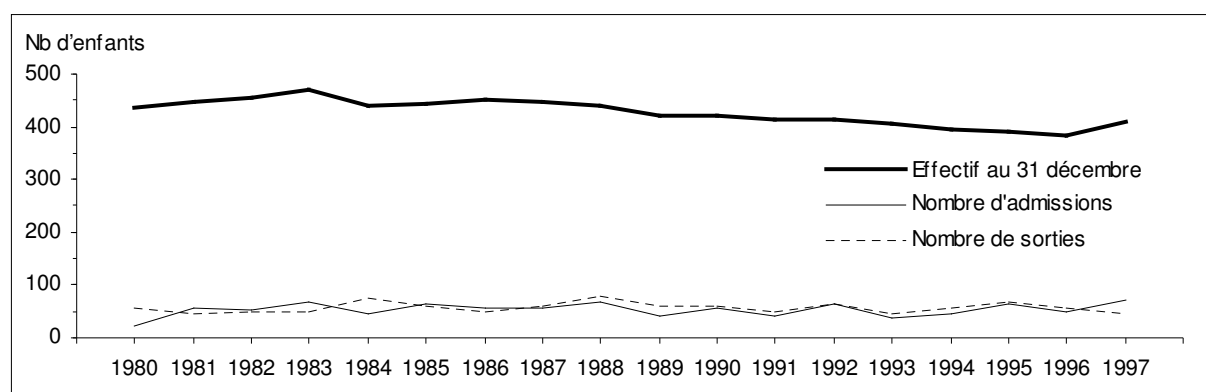
Ce chapitre tente de faire le lien entre l'évolution de l'ensemble de la population qui a été accueillie au sein de l'institution et les réflexions sur la durée de placement à partir des données sur la population de l'étude (placements effectifs au 31/12/97). Les données sur l'historique des placements fournis par l'institution permettent de déterminer de façon précise le poids du placement de longue durée, à partir d'indicateurs démographiques et dans une optique longitudinale. Ces résultats sont présentés en préalable à une réflexion sur les facteurs prédictifs de la sortie, qui ne peuvent être que partiellement traités dans le cadre de cette étude, qui décrit la situation à un moment donné (« coupe transversale ») sans information sur le devenir des enfants (maintien en placement ou retour en famille).

1. Analyse de l'activité du service « Accueil Familial » sur la période 1980-1998

1.1- Evolution des effectifs accueillis

La Figure 27 donne l'évolution annuelle du nombre d'enfants placés au 31 décembre de chaque année sur une période d'observation allant de 1980 à 1997. Le constat que l'on peut faire est celui d'une grande stabilité, liée bien évidemment aux capacités d'accueil de la structure. D'une année sur l'autre, le nombre d'admissions, comme celui des sorties, peut fluctuer. Mais sur le long terme, ces variations s'avèrent secondaires, ne débouchant pas sur une augmentation ou une diminution.

Figure 27 : Effectifs accueillis à la SLEA : évolution 1980-1997



Sur la période 1990-1997 :

967 admissions
1025 décharges

En moyenne :

54 admissions par an
57 sorties par an
427 enfants à un moment donné
pour une durée de séjour de 8 ans

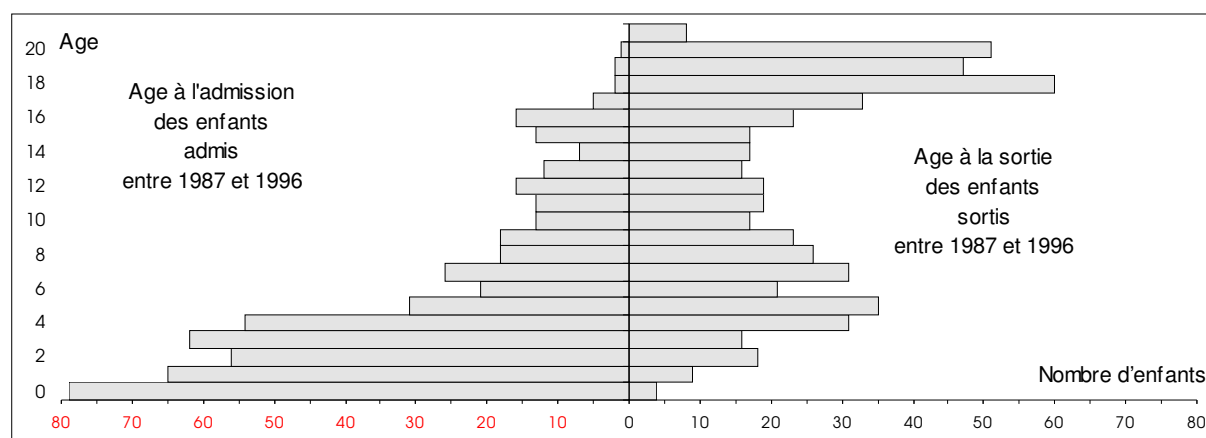
Sur la base d'un modèle de population stationnaire, c'est-à-dire une population dont l'effectif accueilli à un moment donné est constant, de même que les flux d'entrée et de sortie, on peut estimer la durée moyenne du placement à 8 ans. Il s'agit bien sûr d'une moyenne : la réalité se partage plutôt entre deux types de placement, l'un à court terme et l'autre à long terme. Ceci dit, cette valeur moyenne de la durée du placement a le mérite d'indiquer que globalement, le placement familial à la SLEA correspond à un travail de longue durée.

1.2- Flux d'entrée et de sortie sur la période 1987-1996

a) Les âges à l'entrée et à la sortie

La Figure 28 met en parallèle deux pyramides des âges : l'âge à l'admission des enfants admis entre 1987 et 1996, et l'âge à la sortie pour les enfants sortis au cours de cette même période³.

Figure 28 : Pyramide des âges à l'admission et à la sortie (période 1987-1996)



Concernant les admissions, on peut voir qu'une majorité d'enfants sont admis avant leur 5^e anniversaire. Pour les sorties, la situation est différente. Il y a deux tranches d'âge où l'on compte un flux de sortie plus important : autour de 18 ans d'une part, la décharge correspondant à l'accession à la majorité, entre 4 et 9 ans d'autre part, la décharge pouvant correspondre à un retour au foyer ou une orientation vers une autre institution (situation moins fréquente).

L'opposition entre les placements à court terme et à long terme peut se lire en comparant ces deux pyramides, par simple lecture du poids des différentes tranches âge :

Le flux de sorties autour de 18 ans correspond principalement à des placements à long terme, vu la faiblesse des admissions à l'adolescence.

³ Il ne s'agit pas des mêmes enfants : les sorties observées sur la période 1987-1996 correspondent à des entrées dont une partie est antérieure à 1987.

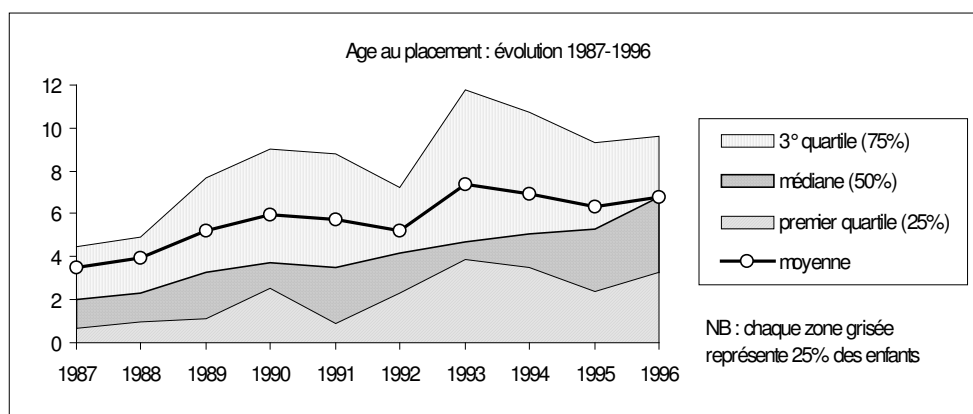
Les sorties entre 4 et 9 ans peuvent correspondre à des placements d'une durée relativement longue (aux alentours de 5-6 ans), mais une part importante de ce flux correspond aux placements à court terme.

On voit au passage l'influence de l'âge atteint sur la probabilité de sortie : à 4-5 ans, on compte un nombre important de sorties, et une diminution à 6 ans, qui correspond à l'entrée en CP.

b) Augmentation de l'âge à l'entrée

L'âge au placement a augmenté depuis une dizaine d'années (Figure 29). L'âge moyen au placement est ainsi passé de 3,5 ans (placements de 1987) à 6,8 ans (placements de 1996). Le poids des différentes tranches d'âges s'est modifié, notamment pour les plus de 10 ans qui entre 1993 et 1996 composent presque le quart des admissions annuelles (service d'accueil des adolescents). Le poids des admissions à un âge précoce tend à se réduire. En 1987, 75% des enfants placés avaient moins de 4,5 ans ; en 1996 il faut monter jusque 9,5 ans pour atteindre cette même proportion...

Figure 29 : Evolution de l'âge au placement des enfants accueillis à la SLEA - Accueil familial



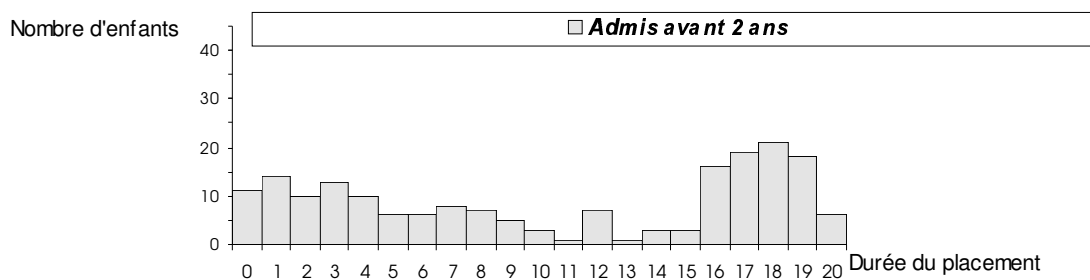
Notons que cette évolution ne s'accompagne pas d'une augmentation de l'âge à la sortie : sur la période 1988-1998, l'âge moyen à la sortie oscille entre 11,5 et 14,5 ans, sans indiquer de tendance régulière. La durée du placement, sur le long terme, se trouve donc en diminution.

1.3- Durée du placement en fonction de l'âge à l'admission

Les figures suivantes permettent de détailler les situations de sorties sur la période 1987-1996. Trois catégories sont distinguées en fonction de l'âge à l'admission ; les effectifs sont ventilés en fonction de la durée du placement.

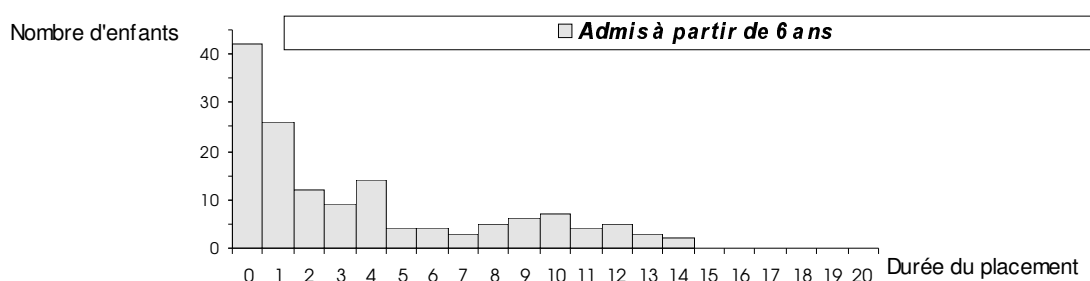
Pour les admissions avant 2 ans, on voit le poids particulier du placement jusqu'à la majorité, avec un risque de sortie faible (voire quasi nul) entre 10 et 15 ans révolus. Avant 10 ans, on observe un effectif d'une dizaine de sorties par année d'âge, les sorties entre 5 et 9 ans correspondant déjà à des placements à long terme :

Figure 30 : Durée du placement familial des enfants admis avant 2 ans



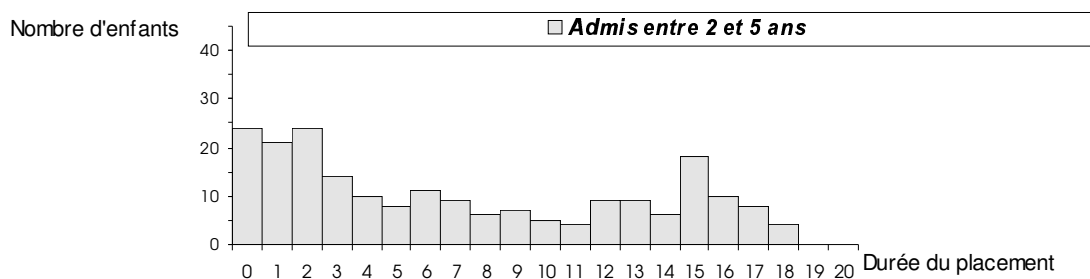
A l'opposé, les admissions à partir de 6 ans correspondent pour la plupart à des placements à court terme. C'est dans l'année même suivant la date du placement que le risque de sortie est le plus élevé :

Figure 31 : Durée du placement familial des enfants admis à partir de 6 ans



Entre ces deux situations extrêmes, il y a une situation intermédiaire, où les placements à court terme et à long terme semblent de poids comparable :

Figure 32 : Durée du placement familial des enfants admis entre 2 et 5 ans



Ces observations laissent à penser que la durée du placement est pour partie inversement proportionnelle à l'âge à l'admission. Plus l'enfant est admis à un âge avancé, plus il aurait de chance de quitter rapidement le placement. Pour les enfants admis à un âge précoce, il s'agirait surtout de placement à long terme, avec toutefois une probabilité non négligeable de retour à court terme. En fait, une approche en longitudinal du maintien dans l'institution permet de nuancer ces grandes lignes. Quel que soit l'âge au placement, la possibilité de retour en famille est importante. Mais après une certaine durée de placement (3 ans), il conduit à un effectif d'enfants maintenus en

placement variable en fonction de l'âge au placement : 75% des enfants admis entre 0 et 2 ans, 60% des enfants admis entre 3 et 10 ans et 45% des enfants admis après leur 11^{ème} anniversaire.

2. Comparaison selon la durée de maintien dans le placement

Les résultats précédents montrent que si l'âge au placement est une donnée importante, ayant son rôle dans le maintien du placement, et influe sur l'adaptation des projets, il ne peut à lui seul constituer une prédiction efficace.

2.1- Difficultés méthodologiques

La comparaison « plus de 5 ans » / « moins de 5 ans » de maintien dans le placement reste délicate, comme le montre le tableau suivant, étant donné les différences d'âge entre les deux groupes, qui gênent la lecture, en particulier pour les parcours scolaires et les prises en charges éducatives.

Tableau 22 : Ages et durée de placement

	durée de placement			
	1° quartile 25%	2° quartile 25%	3° quartile 25%	4° quartile 25%
	0-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-18 ans
durée moyenne du placement	0,8	3,1	7,6	13,4
âge actuel moyen	8,2	9,3	10,8	15,6
âge moyen au placement	7,4	6,2	3,2	2,3

Afin de permettre une comparaison fine, deux groupes ont été constitués en fonction de l'ancienneté du placement et de l'âge actuel : pour chaque âge, les enfants sont ventilés dans le sous-groupe « placements les plus récents » lorsque la durée de placement est inférieure à la durée moyenne de la classe d'âge, ou dans le groupe « placements les moins récents » lorsque la durée de placement est supérieure. La figure suivante résume les caractéristiques démographiques de ces deux groupes.

Figure 33 : Constitution de deux groupes selon la durée de placement

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
	178	nombre d'enfants	229	
		durée moyenne de placement		
■	2,5	tous âges confondus	9,0	■
■	0,8	enfants de 0 à 4 ans	2,2	■
■	1,7	enfants de 5 à 9 ans	5,9	■
■	2,3	enfants de 10 à 14 ans	10,4	■
■	4,9	enfants de 15 ans et plus	14,8	■
		âges		
■	10,8	âge moyen à l'enquête	11,1	■
■	8,3	âge moyen au placement	2,0	■
	23%	temps passé à la SLEA (durée placement / âge)	81%	

Les deux groupes ont de par leur mode de constitution une structure par âge identique (11 ans en moyenne, 25% ayant moins de 7 ans et 25% plus de 14½ ans). En moyenne, pour les placements les moins récents, l'admission de l'enfant à la SLEA Accueil Familial est intervenue vers son 2^{ème} anniversaire, l'enfant ayant passé les 4/5^{èmes} de son existence dans l'institution. Pour les placements

les plus récents, l'admission se situe en moyenne vers 8½ ans, l'enfant ayant passé pour l'instant seulement un quart de son existence dans l'institution.

Les motifs de placement se retrouvent avec des ordres de grandeur comparables dans les deux groupes. L'incapacité à assurer les soins vitaux (défauts de soins ou carences éducatives graves) est toutefois plus fréquemment mentionnée dans le groupe des placements les moins récents : ce résultat est sans doute à mettre en relation avec leur âge précoce au placement, l'insuffisance de soins de la part des parents prenant une dimension particulière.

Figure 34 : Motifs de placement selon la durée de placement

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
		motifs de placement		
■	29%	problèmes économiques, logement	31%	■
■	20%	désintérêt des parents	16%	■
■	60%	incapacité à assurer les soins vitaux	80%	■
■	35%	troubles mentaux des parents	49%	■
■	48%	troubles de la relation parent(s)-enfant	52%	■
■	25%	maltraitance	28%	■
■	54%	placement antérieur	29%	■

Parmi les placements les plus récents, plus d'une fois sur deux il y a mention de placement avant l'admission à l'Accueil Familial (accueil provisoire ou garde). Cette relative homogénéité dans les motifs de placement et le constat, soit d'un placement précoce, soit d'antécédent en cas de placement tardif, nous permettent de supposer que ces deux situations ressortent en partie des contextes similaires quant aux difficultés socio-familiales et éducatives.

2.2- Variables significatives selon l'ancienneté du placement











Entre ces deux groupes, les situations juridiques, les profils parentaux, les relations parent(s)-enfants s'avèrent différentes : dans l'interprétation de ces différences, il faut garder à l'esprit que notre approche est rétrospective. Dans nos résultats, on ne peut qu'identifier des corrélations entre certains critères et la durée de placement déjà écoulée. Seul un suivi prospectif des placements permettrait de déterminer les facteurs favorisant ou prévenant le retour en famille.

a) Situation des parents

Dans les deux groupes, on observe une même proportion d'enfants dont la mère vit seule (environ 50%) et pour lesquels il y a conflit dans le couple parental (environ 75%). On note une légère différence quant aux parents présents, avec un peu plus d'enfants orphelins parmi les durées de placements les plus courtes (6% de mères et 9% de pères décédés, contre 4% et 3% pour les placements les plus longs) et un peu plus de parents absents ou inconnus pour les durées de placements les plus longues (13% des mères et 39% des pères, contre 9% et 23% pour les

placements courts). Dans les deux groupes, l'autorité parentale reste pour la plupart des cas soit à la mère, soit aux deux parents, ce deuxième cas de figure étant toutefois moins fréquent (28%) pour les placements anciens.

Figure 35 : Autorité parentale selon la durée de placement

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
		autorité parentale		
	40%	mère	49%	
	7%	père	6%	
	40%	deux parents	28%	
	5%	tutelle, DAP, art.350	10%	
	8%	enfant majeur	8%	

b) Profils actuels des parents

Les deux groupes se distinguent selon deux critères du profil médico-psychosocial maternel : la pathologie sociale et le fait que la mère a connu un placement ou une séparation dans son enfance ou son adolescence (Figure 36). Ces deux facteurs apparaissent significativement plus fréquents parmi les placements anciens. Peuvent-ils être considérés comme des facteurs participant à une logique de maintien dans le placement ou d'un biais de repérage, lié à une meilleure connaissance des situations familiales ? Il faut également considérer l'effet lié au cumul de facteurs parentaux, également significativement différent entre les deux groupes, indiquant des profils parentaux plus complexes pour les placements ayant les durées les plus longues. Notons que ces différents résultats se retrouvent lorsqu'on s'intéresse au profil paternel (Figure 37). La question de la pathologie sociale et du cumul avec la pathologie mentale a été développée précédemment. (« Impact de la pathologie maternelle »). L'expérience du placement pour la mère (ou le père), plus fréquente dans le groupe des placements anciens (45% vs. 25%), pose la question de représentations parentales négatives, tant du point de vue des parents que des équipes, stigmatisant par là même certaines situations et pouvant conduire à un certain fatalisme du placement.

Figure 36 : Durée de placement et profil médico-psychosocial actuel des mères



















les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
		profil médico-psychosocial de la mère (N=363)		
	25%	1-problèmes de santé physique	24%	
	27%	2-pathologie sociale	45%	
	38%	3a-troubles psychologiques, dépression	31%	
	38%	3b-troubles psychiatriques	44%	
	25%	4-mère ancienne placée ou séparée	43%	
	1,52	nombre moyen de facteurs de risque (max=4)	1,88	

Figure 37 : Durée de placement et profil médico-psychosocial des pères

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
		profil médico-psychosocial du père (N=281)		
	15%	1-problèmes de santé physique	15%	
	30%	2-pathologie sociale	40%	
	19%	3a-troubles psychologiques, dépression	23%	
	6%	3b-troubles psychiatriques	12%	
		4-placement ou séparation dans l'enfance		
	0,80	nombre moyen de facteurs de risque (max=4)	1,17	

Notons également que les problèmes de santé mentale n'apparaissent pas différents sur un plan statistique. Que le placement soit récent ou non, près de quatre enfants sur dix sont concernés par un trouble psychiatrique chez la mère, et près des trois quarts par un problème psychiatrique ou psychologique.

c) Relations parent(s)-enfants et travail des équipes auprès des parents

En ce qui concerne les relations parent(s)-enfant pendant le placement, les configurations sont très différentes d'un groupe à l'autre (Figure 38). La rencontre des parents, la plupart du temps au domicile parental avec droit d'hébergement, est la situation prépondérante parmi les placements récents. Dans le groupe des placements anciens, les situations sont plus diversifiées : si près des ¾ des enfants rencontrent leurs parents, il existe le plus souvent une limite à la rencontre (pas de droit d'hébergement, médiatisation).

Figure 38 : Durée de placement et relations parent(s)-enfant

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
relations parent(s)-enfant				
	■ 6%	aucun contact	18%	■
	■ 3%	courrier, téléphone	7%	■
■	91%	rencontre	74%	■
type de rencontre (si rencontre)				
■	73%	retour avec hébergement	40%	■
■	10%	retour à la journée	32%	■
■	17%	médiatisation	28%	■
perception des contacts (si rencontre)				
■	69%	favorables	61%	■
■	18%	défavorables	19%	■
■	14%	sans opinion	19%	■
travail auprès des parents				
■	9%	non (ou pas de parents)	22%	■
■	65%	oui	54%	■
■	47%	pour les parents eux-mêmes	24%	■

Curieusement, l'appréciation portée par les équipes quant à la qualité des contacts parent(s)-enfant apparaît comparable entre les deux groupes. Il est possible que les perceptions portent sur deux dimensions différentes (importance du maintien du lien, notamment lorsque celui-ci est encadré, absence de perturbations autorisant un retour de l'enfant chez les parents). Quoiqu'il en soit, les jugements favorables portés dans une majorité de cas renforcent l'idée d'une gestion différente de la relation. Et pour les placements récents, le travail des équipes auprès des parents pour eux-mêmes est plus fréquent (près d'un enfant sur deux est concerné), indiquant une intensité du message en direction des parents de nature différente.

Le suivi des parents par ailleurs confirme les résultats fournis par les profils parentaux : entre les placements récents et les placements anciens, le suivi social apparaît différent. Le poids des suivis psychiatriques, notable, est comparable d'un groupe à l'autre (un enfant sur cinq est concerné).

Figure 39 : Suivi extérieur des parents selon la durée de placement

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
		parents suivis par ailleurs		
	74%	suivi éducatif (AEMO, OMO)	63%	
	30%	suivi social	46%	
	17%	suiv psychiatrique	20%	

d) Scolarité, comportements et prise en charge

Nous mettrons en relation la situation scolaire des enfants, la prise en charge thérapeutique pendant le placement et la perception des troubles chez l'enfant par les adultes. Les constats sont les suivants :

Une fraction plus importante des placements anciens concerne des enfants présentant un handicap important. Près du quart est passé par une filière scolaire médicalisée ou spécialisée (contre 13% parmi les placements récents). Ceci explique également une proportion globale plus importante de retard scolaire à l'admission.

Si l'on ne retient que les enfants scolarisés dans les filières normales de l'éducation nationale, la situation en matière de retard scolaire n'est pas différente d'un groupe à l'autre.

Les enfants placés depuis longtemps ont eu une prise en charge éducative (aide scolaire particulière) et thérapeutique (suivi psychologique, rééducation psychomotrice) plus soutenue. Si l'on s'intéresse aux seuls enfants scolarisés dans les filières normales de l'éducation nationale, ces différences persistent, sauf pour la rééducation psychomotrice, alors très peu fréquente.

Globalement, les travailleurs sociaux comme les assistantes maternelles ne perçoivent pas plus de troubles dans un groupe ou dans l'autre, que l'on compare les deux groupes dans leur totalité ou seulement le sous-ensemble des enfants qui ont toujours été maintenus dans les filières scolaires normales.

Figure 40 : Durée de placement, scolarité, prise en charge et taux de troubles

les plus récents	<<<	Placements	>>>	les moins récents
scolarité				
	60%	retard à l'admission (N=180)	91%	
	20%	redoublement pendant le placement (N=370)	42%	
	13%	passage en IME, CLAS	25%	
	7%	actuellement en IME, CLAS	14%	
enfants en filière scolaire normale				
	36%	pas de retard	41%	
	46%	un an de retard	41%	
	19%	deux ans de retard	18%	
prise en charge				
	7%	aide scolaire particulière	21%	
	35%	suivi psychologique individuel	48%	
	17%	orthophonie	19%	
	3%	rééducation psychomotrice	12%	
	50%	aucune prise en charge	40%	
	10%	prise en charge ponctuelle	8%	
	12%	régulière, terminée	17%	
	28%	prise en charge actuelle	35%	
	2%	plusieurs prises en charges	10%	
troubles chez l'enfant				
	55%	troubles affectifs	61%	
	49%	troubles du comportement	51%	
	8%	troubles du comportement graves	17%	
	10,2	taux Rutter selon les TS	10,9	
	12,7	taux Rutter selon les AM	13,4	

On peut penser que l'effort de prise en charge, notamment sur le plan scolaire, trois fois plus fréquent dans le cas des placements anciens, participe au maintien des enfants dans le cursus de scolarisation normale, compte tenu des difficultés psychosociales parentales, perceptibles également au travers des modalités de rencontres.

Sur le plan psychologique, les perceptions peu différentes entre placements récents et placements anciens sont à mettre en relation avec un taux de prise en charge plus élevé des placements anciens (48% de suivi psychologique individuel vs. 35%); cet effort reste notable pour les enfants maintenus dans les filières normales (49% vs. 37%).

En résumé, il est difficile d'établir une relation de cause à effet entre les soins et les situations scolaires et comportementales des enfants ; mais le placement familial a protégé ces enfants face au poids des facteurs de risque parentaux.

3. Conclusion

L'enquête ne permet pas, à travers les outils utilisés et ses objectifs initiaux, d'appréhender le problème du retour en famille, notamment pour des situations sans facteurs de risque notables qui auraient perduré. Le repérage statistique de sous-groupes correspondant à tels placements de longue durée reste une approche trop fine : les chiffres traduisent avant tout les tendances lourdes du placement familial. Afin d'élaborer une discussion sur ce thème, qui doit nécessairement intégrer une approche qualitative, respectant la singularité des situations et bénéficiant donc de la connaissance des professionnels, nous avons restitué un document à chacun des référents. Ce document consiste en un retour à l'information de base, mise en forme selon les différents axes analysés dans ce rapport (durée du placement, impact de la pathologie maternelle, contexte familial, relations avec les parents, troubles socio-scolaires). Ce support de travail devrait permettre d'engager une réflexion prenant en compte des critères non retenus lors de l'élaboration du questionnaire et focalisée sur la recherche de cas typiques pouvant éclairer sur les mécanismes du maintien en placement familial (évaluation de situations plus ou moins graves en début de placement, évolution des situations, travail spécifique sur le retour en lien avec les juges, justification de la prolongation du placement).

Synthèse et perspectives

1. Synthèse des principaux résultats

Cette étude avait pour objectif de décrire la situation scolaire et comportementale des enfants et adolescents, les prises en charge et le travail institutionnel d'accompagnement. Parmi les traits les plus caractéristiques, on retiendra :

- Une population admise précocément, 40% ayant déjà connu un placement antérieur, la moitié des enfants étant placés depuis plus de 5 ans.
- Une multiplicité des motifs d'admission, autour des troubles de la relation parent(s)-enfants, avec une diversité dans la gravité des problèmes familiaux, autour de deux composantes principales dans le profil parental : la pathologie sociale et/ou la pathologie psychiatrique.
- Près de 4 enfants sur 10 présentent des problèmes affectifs et comportementaux. Plus de la moitié d'entre eux ont des troubles du comportement (particulièrement les 8-11 ans), en lien avec la pathologie maternelle.
- Des difficultés scolaires accusées pour 10% d'enfants présentant des handicaps, situation classique dans le cadre des PFS. Pour les autres enfants, le retard scolaire est réel, notamment dans le secondaire, avec cependant un maintien dans les filières normales de scolarisation.

Sur le plan des prises en charge :

- Une bonne cohérence dans la perception des difficultés comportementales des enfants entre travailleurs sociaux et assistantes maternelles, avec toutefois des contradictions chez ces professionnels, en grande partie attribuables au rôle et à la place de chacun, qui mériteraient d'être mieux explicitées dans la mesure où elles trouvent leur expression dans certaines situations d'accompagnement.
- Une bonne réponse aux besoins de prise en charge, en lien avec les handicaps, les problèmes de santé et les difficultés socio-scolaires, relativement indépendantes des

profils parentaux. On compte environ un tiers de suivi actuel, et un quart de suivi parmi les admissions récentes. 44% des enfants n'ont pas de prise en charge ; ce sont ceux qui présentent le taux de troubles le plus faible.

- Un maintien important des rencontres parent(s)-enfant, avec toutefois un encadrement important, témoignant de situations parentales difficiles. Un travail intensif est réalisé auprès des parents dans les premiers de l'admission, ainsi qu'auprès des parents ayant de graves problèmes de santé mentale. Plus de la moitié des enfants ont des parents suivis par d'autres équipes. En cas de pathologie sociale seule, si on constate un taux de troubles de comportement élevé chez les jeunes, on note un moindre travail des équipes en direction des parents.
- En cas de placement de longue durée, l'effort de prise en charge thérapeutique et éducative participe au maintien des enfants en filières scolaires normales, compte tenu de la lourdeur des handicaps psychosociaux parentaux. Le maintien dans le placement jusqu'à la majorité concerne plus de la moitié des enfants admis avant 2 ans. Et globalement, au regard de l'activité des deux dernières décennies, le placement à la SLEA se situe dans le long terme. Le lien entre l'ancienneté du placement et le cumul des facteurs de risque parentaux est net, ainsi que la pathologie sociale parentale seule. Mais il faut rester prudent quant à la portée de ces résultats, toute corrélation avec l'ancienneté du placement ne pouvant s'interpréter comme un facteur de pérennisation du placement.

2. Recommandation

Un bilan initial, correspondant à une évaluation de l'état de santé et du développement psychosocial de l'enfant, serait nécessaire, étant donné la durée du placement et la lourdeur des prises en charge ultérieures.

Nos analyses ont démontré que la mention d'un suivi sur le plan éducatif et/ou thérapeutique est fortement corrélée à l'existence de troubles comportementaux, repérables au moyen d'un outil standardisé. L'initiation, la prolongation de telles prises en charge pourraient faire l'objet d'un enregistrement systématisé, à des fins de gestion du travail institutionnel. De la même façon, sur le plan scolaire, le passage par une filière particulière, spécialisée ou médicalisée, se révèle un indicateur spécifique de « handicaps » présentés par un sous-ensemble d'enfants. Egalement, la médiatisation des rencontres est un indicateur immédiat qui témoigne des dysfonctionnements parentaux et du danger de la relation. Ces indicateurs sont discriminants, comme nos analyses ont

pu le montrer. Ils présentent l'intérêt d'être synthétiques, ciblant des niveaux différents de difficultés, et pouvant s'articuler entre eux. A la différence de données ciblées sur les familles elles-mêmes (antécédents, pathologies, etc.) et les enfants (diagnostics précis), qui stigmatiseraient les personnes, ces indicateurs sont directement liés à l'activité de prise en charge par l'institution, et peuvent figurer dans des tableaux de bord réactualisables.

3. Perspectives

A partir des données recueillies, pour apprécier l'influence de facteurs autres que l'âge sur la durée du placement, facteurs exogènes comme la présence de handicap, la situation parentale ou les motifs du placement, facteurs internes comme l'effet des prises en charge et du travail sur la relation, il existe un biais méthodologique difficile à contourner : les enfants sont tous en situation de placement et on ne sait ce qu'il adviendra des enfants récemment admis. Lesquels, dans 3 ou 5 ans, seront encore placés et lesquels seront sortis ? En l'état actuel, nous disposons d'une description de la population prise en charge au 31 décembre 1987. Ces données de type transversal obligent à analyser la durée du placement selon un angle rétrospectif (ancienneté dans le placement) ; âge à l'admission, âge actuel et durée du placement sont mécaniquement corrélés.

L'enregistrement des sorties à venir permettrait d'identifier parmi les 200 enfants admis depuis moins de 5 ans lesquels auront été placés à court terme, ce qui autoriserait alors une étude sans biais des caractéristiques liées à une sortie précoce, et de mettre en balance l'influence de ces différentes caractéristiques afin de mieux préciser les facteurs prédictifs de la sortie. L'ampleur du travail de collecte réalisé trouverait une valorisation supplémentaire dans cette perspective de suivi. L'étude qualitative menée actuellement par l'institution sur les jeunes quittant la SLEA pourrait affiner les résultats d'une modélisation quant aux facteurs prédictifs de la sortie.

LISTE DES FIGURES

n°	page
Figure 1 : Nombre de motifs de placement évoqués	8
Figure 2 : Placement(s) antérieur(s) à l'admission	10
Figure 3 : Proportion d'enfants placés antérieurement selon l'âge au placement	10
Figure 4 : Nombre d'enfants par fratrie	11
Figure 5 : Répartition des enfants selon l'autorité parentale	12
Figure 6 : Répartition des enfants selon la filière scolaire à l'admission	15
Figure 7 : Répartition des enfants selon le retard scolaire à l'admission	16
Figure 8 : Répartition des enfants selon la filière scolaire suivie en 1997-1998	17
Figure 9 : Réussite scolaire des enfants en placement familial, comparaison aux données nationales	19
Figure 10 : Filières scolaires : comparaison de trois placements familiaux	20
Figure 11 : Troubles du comportement et de la conduite chez les enfants selon les travailleurs sociaux	24
Figure 12 : Variation du taux de troubles selon l'âge (enfants de 6-16 ans)	25
Figure 13 : Taux de troubles perçus par les travailleurs sociaux selon la situation scolaire	26
Figure 14 : Confrontation des évaluations rapides par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles	29
Figure 15 : Convergences et divergences du taux de troubles perçus par les travailleurs sociaux et les assistantes maternelles	32
Figure 16 : Répartition des enfants selon l'existence d'une prise en charge thérapeutique et éducative actuelle ou antérieure	37
Figure 17 : Répartition des enfants selon le nombre de prises en charge de natures différentes	38
Figure 18 : Taux de troubles du comportement et de la conduite chez les enfants en fonction du nombre et de la durée des prises en charges psycho-pédagogique	38
Figure 19 : Proportion d'enfants pris en charge selon l'âge actuel	39
Figure 20 : Proportion d'enfants pris en charge selon la durée du placement	40
Figure 21 : Répartition des enfants selon le nombre de changements de famille d'accueil	41
Figure 22 : Répartition des enfants selon le type de contact avec les parents	42
Figure 23 : Répartition des enfants rencontrant leurs parents selon le type de rencontre	43
Figure 24 : Travail auprès des parents (enfants rencontrant leurs parents)	45
Figure 25 : Répartition des enfants selon l'existence d'un suivi des parents par ailleurs	46
Figure 26 : Nature du suivi externe des parents (enfants rencontrant leurs parents)	47
Figure 27 : Effectifs accueillis à la SLEA : évolution 1980-1997	52
Figure 28 : Pyramide des âges à l'admission et à la sortie (période 1987-1996)	53
Figure 29 : Evolution de l'âge au placement des enfants accueillis à la SLEA - Accueil familial	54
Figure 30 : Durée du placement familial des enfants admis avant 2 ans	55
Figure 31 : Durée du placement familial des enfants admis à partir de 6 ans	55
Figure 32 : Durée du placement familial des enfants admis entre 2 et 5 ans	55
Figure 34 : Constitution de deux groupes selon la durée de placement	56
Figure 35 : Motifs de placement selon la durée de placement	57
Figure 36 : Autorité parentale selon la durée de placement	58
Figure 37 : Durée de placement et profil médico-psychosocial actuel des mères	58
Figure 38 : Durée de placement et profil médico-psychosocial des pères	58
Figure 39 : Durée de placement et relations parent(s)-enfant	59
Figure 40 : Suivi extérieur des parents selon la durée de placement	60
Figure 41 : Durée de placement, scolarité, prise en charge et taux de troubles	60

LISTE DES TABLEAUX

n°	page
Tableau 1 : Age actuel, durée de placement et âge au placement de la population étudiée.....	7
Tableau 2 : Motifs de placement les plus fréquemment évoqués.....	9
Tableau 3 : Placements SLEA et ASE des frères et soeurs des enfants de l'étude.....	11
Tableau 4 : Retard scolaire en 1997-1998.....	17
Tableau 5 : Réussite scolaire : comparaison de trois placements familiaux.....	21
Tableau 6 : Situation scolaire : comparaison avec le PFS de l'Œuvre Grancher.....	21
Tableau 7 : Evaluation synthétique des troubles chez l'enfant par les travailleurs sociaux.....	24
Tableau 8 : Taux de troubles selon les travailleurs sociaux chez les garçons et filles âgés de 6-16 ans.....	24
Tableau 9 : Variation du taux de trouble selon la durée du placement.....	26
Tableau 10 : Corrélation entre le taux de troubles et les motifs de placement.....	27
Tableau 11 : Corrélations entre le taux de troubles et le profil médico-psychosocial des mères.....	27
Tableau 12 : Corrélations entre le taux de troubles et le profil médico-psychosocial des pères.....	28
Tableau 13 : Différences de perception des TS et des AM par items de la grille standardisée de Rutter.....	31
Tableau 14 : Items contribuant aux évaluations défavorables des travailleurs sociaux.....	33
Tableau 15 : Items contribuant aux évaluations défavorables des assistantes maternelles.....	34
Tableau 16 : Nature des prises en charge thérapeutiques et éducatives.....	37
Tableau 17 : Impact de la pathologie maternelle.....	48
Tableau 18 : Placements par secteur géographique.....	50
Tableau 19 : Motifs de placement et profils parentaux par secteur géographique.....	50
Tableau 20 : Relations parent(s)-équipes-enfant selon le secteur géographique.....	51
Tableau 21 : Taux de troubles selon le secteur géographique.....	51
Tableau 22 : Ages et durée de placement.....	56

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
METHODOLOGIE.....	6
PRESENTATION DE LA POPULATION : MOTIFS DE PLACEMENT ET PROFIL DES FAMILLES	7
1. DESCRIPTIF GENERAL.....	7
2. MOTIFS DE PLACEMENTS RENCONTRES.....	8
2.1- Poids des différents motifs de placements.....	8
2.2- Variation des motifs selon l'âge au placement.....	9
2.3- Typologie des motifs de placements.....	9
3. PLACEMENTS ANTERIEURS AU PLACEMENT A LA SLEA	10
4. DESCRIPTION DES FRATRIES.....	11
4.1- Frères et soeurs en placement familial à la SLEA ou en placement ASE.....	11
5. PROFILS ACTUELS DES PARENTS.....	12
5.1- Les parents présents.....	12
5.2- Autorité parentale	12
6. PROFIL PSYCHOSOCIAL DES PARENTS PRESENTS ACTUELLEMENT	13
6.1- Les problèmes de santé physique.....	13
6.2- Les problèmes de santé mentale	13
6.3- Les parents anciens placés.....	13
6.4- La pathologie sociale	13
6.5- Profils des mères et des pères	13
6.6- Liens entre profils parentaux et motifs de placements.....	14
LA SITUATION SCOLAIRE DES ENFANTS EN PLACEMENT FAMILIAL A LA SLEA	15
1. SITUATION SCOLAIRE A L'ADMISSION	15
2. SITUATION SCOLAIRE ACTUELLE.....	16
2.1- Situation selon la filière suivie en 1997-1998.....	16
2.2- Situation selon la filière et le retard.....	17
3. COMPARAISON AUX DONNEES NATIONALES.....	18
3.1- Contexte général de la réforme scolaire	18
3.2- Un niveau de réussite moindre pour les enfants en PF	19
4. COMPARAISON AVEC D'AUTRES POPULATIONS D'ENFANTS PLACES	19
4.1- Le poids des enseignements spécialisés et médicalisés	20
4.2- Situation actuelle dans deux placements familiaux	20
5. CONCLUSIONS.....	22
COMPORTEMENTS DES JEUNES : LA PERCEPTIONS DES ADULTES	23
1. LES OUTILS DE L'EVALUATION.....	23
2. LA PROPORTION DE JEUNES AYANT DES TROUBLES, LES ELEMENTS DE VARIABILITE.....	23
2.1- L'évaluation synthétique des travailleurs sociaux	23
2.2- Evaluation systématique (grille de Rutter)	24
2.3- Eléments corrélés aux troubles comportementaux (socio-scolaires)	25

2.4-	Pathologie parentale et troubles de comportement	26
3.	COMPARAISON DES APPRECIATIONS PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET LES ASSISTANTES MATERNELLES	28
3.1-	Cohérence entre les deux types d'évaluation (rapide et standardisée)	28
3.2-	Cohérence entre les appréciations des travailleurs sociaux et des assistantes maternelles....	29
3.3-	Divergences entre les appréciations.....	30
3.4-	Caractéristiques des enfants pour lesquels les jugements sont divergents	34
4.	CONCLUSION.....	36
PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES ET EDUCATIVES PENDANT LE PLACEMENT		37
1.	DUREE, NATURE ET DIVERSITE DES PRISES EN CHARGE.....	37
2.	TROUBLES DU COMPORTEMENT ET PRISES EN CHARGE	38
3.	QUELS ENFANTS SONT PRIS EN CHARGE ?	38
3.1-	Prises en charge, état de santé et scolarité	39
3.2-	Prises en charge et motifs de placement	39
3.3-	Prises en charge et âge actuel	39
3.4-	La situation des enfants récemment admis	40
4.	LE CHANGEMENT DE FAMILLE D'ACCUEIL	40
LES RELATIONS PARENT(S) - ENFANTS ET LE TRAVAIL DES EQUIPES AUPRES DES PARENTS		42
1.	LES RELATIONS PARENT(S) - ENFANTS	42
1.1-	La majeure partie des enfants rencontrent leur(s) parents :	42
1.2-	Les relations, leur fréquence et la durée de placement	43
1.3-	Le type de rencontres en fonction des motifs de placement et du profil parental	44
1.4-	Perception des contacts par les travailleurs sociaux	44
2.	TRAVAIL DES EQUIPES AUPRES DES PARENTS.....	45
2.1-	Poids du travail des équipes auprès des parents.....	45
2.2-	Travail auprès des parents et ancienneté du placement	46
3.	SUIVI DES PARENTS PAR AILLEURS.....	46
L'IMPACT DE LA PATHOLOGIE MATERNELLE SUR LE TRAVAIL DU PF		48
ANALYSE SELON LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE.....		50
1.	PLACEMENTS ET SITUATIONS FAMILIALES	50
ANALYSE DES PLACEMENTS EN FONCTION DE LEUR DUREE		52
1.	ANALYSE DE L'ACTIVITE DU SERVICE « ACCUEIL FAMILIAL » SUR LA PERIODE 1980-1998 .	52
1.1-	Evolution des effectifs accueillis	52
1.2-	Flux d'entrée et de sortie sur la période 1987-1996.....	53
1.3-	Durée du placement en fonction de l'âge à l'admission	54
2.	COMPARAISON SELON LA DUREE DE MAINTIEN DANS LE PLACEMENT	56
2.1-	Difficultés méthodologiques.....	56
2.2-	Variables significatives selon l'ancienneté du placement.....	57
3.	CONCLUSION.....	61
SYNTHESE ET PERSPECTIVES		62

1.	SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	62
2.	RECOMMANDATION	63
3.	PERSPECTIVES.....	64