

***La santé des enfants accueillis en établissements
de Protection de l'enfance.
L'exemple de la Loire-Atlantique.***

Recherche réalisée pour et financée par l'ONED

Synthèse

Fabien Bacro (MCF en psychologie, université de Nantes, CREN), Angélique Rambaud (Docteur en psychologie, ingénieur d'études), Caroline Humbert (Ingénieur d'études en psychologie, CREN), Catherine Sellenet (Professeur en sciences de l'éducation, CREN)
Avec la participation des services de l'ASE de Loire-Atlantique et les établissements du département.

2012-2013

Note de synthèse : la santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. (Recherche conventionnée par l'ONED)

Recherche effectuée en 2012-2013 par : Fabien Bacro (MCF en psychologie, université de Nantes, CREN), Angélique Rambaud (Docteur en psychologie, ingénieur d'études), Caroline Humbert (Ingénieur d'études en psychologie, CREN), Catherine Sellenet (Professeur en sciences de l'éducation, CREN)

La santé des enfants accueillis, une préoccupation ancienne mais un déficit de connaissances

La santé des enfants accueillis en Protection de l'enfance est une préoccupation ancienne. Pour s'en convaincre, il suffit de se souvenir des premières investigations concernant la mortalité des enfants confiés au XVIII^e siècle et surtout des suivis mis en place par la loi Roussel du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants de premier âge. On peut également rappeler que le carnet actuel de santé, valable pour tous les enfants, ne constitue qu'une extension de la loi Roussel et que ce sont, dans un premier temps, les enfants secourus qui ont bénéficié d'une vigilance accrue (Catherine Rollet¹, 2008). Par ailleurs tout un arsenal juridique existe (déclaration de Genève de 1923, convention internationale des droits de l'enfant de 1989, lois de 2002, 2005, 2007...), mettant l'accent sur la nécessité d'une surveillance particulière des enfants confiés. Or malgré ces lois, force est de constater que les données manquent, comme si régnait ce que Bourdieu appelle « l'indifférence à la différence ». Quel est l'état de santé de ces enfants, tant physique que psychique ? Pour répondre à ces questions nous avons mené **une recherche en Loire Atlantique avec trois approches différentes.**

La première approche s'appuie sur la base médicale du service qui intègre les données du carnet médical. Cette première approche analyse l'état de santé de **525 enfants** sur un effectif de 881 enfants accueillis en établissements. Cette approche montre très vite ses limites car les carnets de santé ne font pas l'objet d'un suivi, ni d'un retour suffisant de la part des médecins qui rencontrent ces enfants. Ce déficit n'est pas exclusif des enfants protégés, il est identique pour tous les enfants comme en font le constat deux thèses de médecine éditées récemment (thèse de médecine de Jean Benoit Dauphin, 2004 ; Ségolène Maquet-Guyot, 2005) :

- « Les médecins interrogés connaissent mal la loi des vingt visites obligatoires entre 0 et 6 ans. Ils sont à peine la moitié à tracer les courbes biométriques à chaque visite, un médecin sur dix affirme ne jamais réaliser ces courbes.
- On trouve chez les médecins une variabilité très grande des connaissances concernant les stades de développement. Ainsi pour le langage, les praticiens

¹ Rollet, C., Les carnets de santé des enfants. La Dispute, 2008.

évoquent comme âge butoir d'acquisition du babillage les âges de 5 à 24 mois et pour l'apparition des mots simples ceux de 6 à 36 mois »

Cette première approche permet cependant de poser deux remarques. La première concerne l'évaluation de la santé des enfants confiés, et montre que pour apprécier celle-ci, il faut tenir compte des parcours des enfants, de leur milieu de vie, des effets des carences induites par cet environnement, des traumatismes vécus... Des outils spécifiques doivent donc être créés pour rendre compte de la santé globale de ces enfants. Notre approche de la santé se situe dans la lignée des travaux de Wallon et Bronfenbrenner outre-Atlantique, qui introduisent d'emblée la notion de milieu humain dans la psychogenèse de l'individu. Nous pensons que le développement de l'enfant est intimement lié à l'espace social et aux contextes culturels et économiques qui l'environnent. Cette option suppose la prise en compte de l'univers de l'enfant, univers qui l'a construit avant son placement en établissement et qui peut avoir laissé son empreinte au niveau du développement de l'enfant. Chantal Zaouche-Gaudron² a montré l'importance d'une approche multifactorielle du développement de l'enfant, prenant en compte, au-delà du médical stricto sensu, l'influence du milieu familial. De nombreuses recherches ont mis en évidence le poids de la pauvreté tant économique que culturelle, l'impact des addictions et comportements dysfonctionnels des parents, les effets de l'exposition à la violence quotidienne. On peut, dans ce registre, citer le rapport n°4 sur les enfants pauvres en France (2004)³ qui montre l'impact de la pauvreté sur le devenir scolaire des enfants, sur leurs conditions de vie (surpeuplement et dégradation du logement), sur les loisirs. Or les enfants confiés en Protection de l'enfance proviennent généralement de ces milieux sociaux.

Une santé physique qui s'améliore

Néanmoins, malgré ces faiblesses, cette première approche purement médicale permettra de pointer une amélioration de la santé physique de ces enfants. Certaines études antérieures partielles effectuées dans d'autres départements avaient alerté sur la mauvaise santé des enfants : caries non soignées, problèmes oculaires non pris en compte, vaccinations incomplètes... Ce triste tableau ne se retrouve pas en 2012-2013. Les vaccinations des enfants sont à jour, les allergies sont repérées et correctement prises en charge puisque pour ne citer que l'asthme, fréquent en Loire Atlantique (10,9 % des enfants de 5 à 6 ans ont de l'asthme contre 7,4 % en France), les enfants de notre corpus obtiendraient des scores (4,8% asthme + 0,2% bronchiolite + 0,4 tuberculose) inférieurs aux moyennes nationales et régionales. De même pour des phénomènes actuels bien référencés comme la surcharge pondérale qui concerne 12,1 % des enfants français de 5 à 6 ans (3,1 % sont obèses) mais seulement 6,6 % des enfants de 5-6 ans de la région des pays de la Loire (1,8 % sont obèses), notre corpus d'enfants confiés ne s'écarte pas de la moyenne régionale (7% en surcharge et 1,1% en obésité). Que ce soit pour les caries, port des lunettes ou autres, nous pouvons globalement dire que la santé purement physique de ces enfants ne s'écarte pas de la moyenne des autres enfants.

² Chantal Zaouche-Gaudron « Développement du jeune enfant. Approche multifactorielle », in Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants ?, ERES, 2005, p. 73-103.

³ © La documentation Française. Paris 2004 ISBN : 2-11-005551-0

De nombreuses questions demeuraient pour les dimensions peu renseignées, comme les apprentissages, la santé mentale, les traumatismes...qui ont nécessité le placement de ces enfants. D'où la seconde étude proposée directement aux établissements.

Une seconde approche en intra : une santé psychique qui inquiète.

Le questionnaire comprend 87 items répartis en plusieurs rubriques : connaissance des parents ; interventions antérieures et causes de la mesure actuelle ; connaissance de l'enfant sur tous les registres (santé, scolarité, carences, négligences, traumatismes...) ; symptômes présentés par l'enfant ; les suivis ; le maintien des liens ; les prestations en hébergement collectif et perspectives d'avenir. La saisie a été faite avec le logiciel Sphinx. Le corpus est de **423 enfants**. L'interlocuteur n'est plus le médecin traitant qui au-delà de ses compétences médicales garde une image distancée et fragmentaire du jeune, mais le référent qui le côtoie quotidiennement. Que nous apprend cette étude ? Elle dessine et éclaire l'extrême précarité sociale, affective et relationnelle des parents et des enfants. Ces enfants ont non seulement été confrontés à une séparation et à un placement, mais également à la séparation du couple parental. Le taux de séparation des couples est de 73%, (voire 74,2% si on ajoute les séparations en cours), bien supérieur au taux national de séparation. Seulement 14,4% des parents vivent sous le même toit. Pour ces enfants, la représentation de la famille est donc éclatée et le sentiment de sécurité de base peut avoir été entravé.

Les figures parentales sont, pour ces enfants, marquées par le cumul des problèmes, du côté paternel comme du côté maternel. Pour les pères : 26,2% des réponses signalent des addictions et comportements violents ; 12,1% des condamnations pénales ; 9% des conduites asociales ou troubles dépressifs ; 7,8% des problèmes psychiatriques ; plus de 6% ont des problèmes de santé, 4,3% ont une allocation adulte handicapé (AAH) ; on note également 29 décès soit 6,85%. Seuls 5,7% des pères ne présentent aucune particularité. Du côté des mères, les difficultés sont tout aussi prégnantes. Les problèmes dépressifs représentent 28,4% des réponses, suivis des conduites addictives (16,1%) et des problèmes psychiatriques (13,7%). 10,7% des mères sont titulaires d'une AAH. 9,2% des réponses signalent des problèmes de santé, 6,9% des comportements violents voire des condamnations pénales (2,4%). 17 mères soit 4% sont décédées. Enfin, 19,6% des mères ont été placées dans leur enfance (taux de non réponse : 46,3%). Nous noterons que les mères sont toujours mieux connues que les pères, signe d'une focalisation sur la figure maternelle.

Sans être dans une lecture déterministe qui déduirait de l'état des parents, l'état des enfants, on peut néanmoins penser que la fragilité des figures parentales n'est pas sans impact sur le développement ultérieur des enfants. Ceux-ci ont vécu avec des figures parentales souvent violentes, dépressives, présentant des conduites asociales et des addictions, rendant aléatoires le vécu quotidien et les réponses parentales aux demandes des enfants. La maladie mentale est parfois présente au niveau des mères comme des pères.

Ces enfants ont de plus été confrontés d'un point de vue sociologique à ce que l'on peut appeler la précarité sociale. Certains enfants ont vécu, avant leur placement dans des conditions de logement dégradé, précaire ou inexistant pour 15,1% d'entre eux. La précarité est celle du logement, dans lequel la famille peut ou non se rassembler. Elle est aussi perceptible dans les conditions de vie économiques des parents. Le premier constat est celui

d'une méconnaissance des professionnels sur ce sujet (taux de non réponse : 54,4%) comme si les conditions économiques n'avaient aucun lien avec l'exercice de la parentalité. Pour les autres, soit un père sur deux, nous avons 27,8% d'actifs majoritairement des ouvriers et employés, et 17,8% de chômeurs indemnisés ou non et emplois aidés. Ces derniers sont dans la zone de vulnérabilité voire dans la zone de désaffiliation définies par R. Castel.

La situation économique des mères est un peu mieux connue des professionnels (taux de non réponse 35,5%) mais elle est tout aussi voire plus précaire : 22,2% des mères ont un emploi, très largement dans la catégorie employée. Mais 42,3% sont au chômage le plus souvent non indemnisé ou en emploi aidé. Ce qui signifie que ce sont les allocations familiales ou les aides diverses qui vont assurer un revenu minimal. Une grande partie de ces familles sont isolées ou mal entourées et depuis longtemps suivies par les services sociaux.

Les causes du placement, judiciaire le plus souvent (84,9%), sont multiples. Les enfants de notre corpus ont été principalement confrontés à des carences éducatives (59,3%), une absence de limites (35,9%), de la violence (33,6%), des conflits de couple (28,8%), des rythmes de vie désorganisés (26,2%)... La longue liste des raisons du placement donne la mesure des expositions des enfants, expositions dont nous verrons les traces dans leur état actuel.

Qui sont ces enfants et quels sont les troubles qu'ils présentent ? Au nombre de 423, les garçons représentent 53% de notre corpus et les filles 43,7%. Les moins de six ans représentent 7,1% de l'effectif, les enfants d'âge primaire représentent 31% de l'effectif, les collégiens 29,3% et les lycéens 24,1% auxquels on peut ajouter 6,1% de l'effectif pris en charge au titre des jeunes majeurs. Si pour un peu plus d'un tiers des enfants (34,5%) les professionnels ne signalent pas de traumatismes, les enfants concernés par les maltraitances sont au nombre de 277 enfants sur 423. Nous constatons que la maltraitance psychologique est première ; les maltraitances physiques concernent davantage les garçons mais les maltraitances sexuelles avérées ou suspectées sont davantage un risque encouru par les filles.

Les enfants les plus jeunes sont toujours repérés à partir des violences physiques, la maltraitance sexuelle est absente à cet âge, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existe pas mais qu'elle reste impensable et non dite. Dès 6-11 ans, toutes les formes de maltraitance, y compris sexuelles sont présentes. Si les 6-11 ans enregistrent le plus fort taux de maltraitance sexuelle suspectée (13%), c'est à partir de 12-15 ans que cette forme de maltraitance devient avérée. Au-delà de ces traumatismes, les enfants ont le plus souvent été confrontés à des manques, des carences, à des degrés variables que cette étude ne peut approfondir. Mais les professionnels évoquent plus volontiers ce qui relève de leur propre sphère d'interventions en internat :

- des rythmes de vie désorganisés (36,4%), un manque d'autorité (34,5%) ou excès d'autorité (13,9%), un manque de stimulations et d'apprentissages (27,4%), un déficit d'adultes fiables (25,3%).

- Secondairement c'est le corps de l'enfant qui inquiète : Hygiène (22,5%), suivi de santé insuffisant (13,5%), carences alimentaires (10,9%).

On ne note pas de différences significatives selon le sexe de l'enfant sauf sur le manque d'autorité concernant les garçons et le manque d'hygiène concernant les filles. Reste à savoir si cette différence est réelle ou le reflet d'une lecture stéréotypée.

Pour rendre compte de l'état de santé actuel de ces enfants et de leur qualité de vie nous avons pris en compte plusieurs dimensions : leur état de santé global, leur état psychologique et relationnel, leur parcours scolaire, leurs loisirs, les perspectives envisagées par les professionnels. Si l'état de santé rassure, l'état psychique de ces enfants inquiète les professionnels. Apprécié par les référents, l'état psychique est jugé satisfaisant à 48,2%, moyen à 33,3%, inquiétant à 10,4% et catastrophique à 0,7%. Les garçons inquiètent plus que les filles ainsi que les 6-15 ans. Cette appréciation subjective est corroborée par les faits dont :

-l'expression d'un mal-être : 21,7% présentent des troubles du sommeil, 19,9% des troubles de l'attachement, 17,7% des troubles de l'agressivité, 16,1% des troubles de l'attention, 15,8% des difficultés de compréhension, 13% des conduites de victimisation, 11,8% des conduites à risque... 34 enfants sont énurétiques (soit 8%), 18 encoprétiques (soit 4,3%).

- une intégration scolaire déficitaire : 4,8% des six-onze ans de notre corpus ont un retard de deux ans, et 13% un retard de trois ans. 11,5% des 12-15 ans ont un retard de deux ans, et 7,4% un retard de trois ans et plus... A chaque tranche d'âge, c'est entre 16% et 18% d'enfants, en grandes difficultés. Ces chiffres sont extrêmement significatifs lorsqu'ils sont comparés à la population globale. Ces dernières années, les retards scolaires d'au moins deux ans, que l'on qualifiera par la suite de « grands retards », sont en baisse régulière au collège comme au lycée selon un rapport de 2011⁴ qui précise que : « À la rentrée 2010, on ne compte plus, en moyenne, en classe de sixième qu'1 % d'élèves ayant au moins deux ans de retard ».

Enfin notre rapport fera apparaître tous les comportements à risque : fugues, agressions, décrochage scolaire...

Les enfants les plus touchés, ceux dont l'état psychique inquiète le plus, sont bien les enfants qui ont eu le vécu le plus traumatique : enfants abusés (10,7% contre 5,6% pour le corpus), abandonnés, rejetés. Ce sont aussi ceux-là qui sont le plus présents au niveau d'un décrochage scolaire (14,3% contre 7,9% pour le corpus global), ou en retard de trois ans et plus (21,4% contre 8,6%). D'où l'importance d'une prise en charge particulièrement adaptée pour ces enfants pour lesquels le temps ne suffit pas à cicatriser les blessures.

Moins optimiste que le bilan purement médical, ce constat appelle l'avis des enfants sur leur qualité de vie. Que peuvent-ils en dire ?

Ce que les enfants disent de leur qualité de vie

Cette dernière étude a été réalisée auprès de 80 enfants âgés de 4 à 14 ans (moyenne = 10 ans et 5 mois) accueillis dans deux institutions situées à Nantes, en Loire-Atlantique. L'échantillon est composé de 41 filles et 39 garçons. La qualité de vie a été approchée à l'aide

⁴ Les parcours scolaires et les résultats, Géographie de l'école – n° 10 mai 2011

de l'outil AUQUEI dont il existe trois versions, selon l'âge des enfants : maternelle, élémentaire et adolescents.

Les enfants de 3 à 6 ans

D'après les résultats des analyses descriptives réalisées sur les données recueillies auprès des plus jeunes, ces derniers obtiennent un score moyen de 2 sur 3 au questionnaire AUQUEI. Par conséquent, lorsqu'on considère la moyenne obtenue à l'ensemble des items, ceux-ci apparaissent plutôt satisfaits de leur qualité de vie. De plus, même si l'effectif n'est que de 6 enfants, l'écart-type est relativement faible, ce qui suggère une faible variabilité interindividuelle. Par ailleurs, ce sont les loisirs qui constituent la plus grande source de satisfaction. En revanche, c'est le domaine de l'autonomie, dont certains items renvoient à des situations de séparation avec les parents, qui apparaît le plus problématique du point de vue des enfants.

Les enfants de 6 à 11 ans

Comme les plus jeunes, les enfants de 6 à 11 ans obtiennent en moyenne un score de 2 sur 3 à l'ensemble des items du questionnaire, avec un écart-type relativement faible. Par conséquent, leur QDV apparaît relativement bonne. Une fois de plus ce sont les loisirs et la séparation qui recueillent le plus d'avis positifs et négatifs, respectivement.

Les enfants de 11 à 14 ans

En moyenne, les jeunes de 11 à 14 ans obtiennent également un score de 2 sur 3 à l'ensemble des items du questionnaire OK-ado, avec une variabilité interindividuelle très faible. Leur QDV apparaît donc plutôt satisfaisante. Le domaine des loisirs et des relations est encore une fois perçu comme étant la principale source de satisfaction. En revanche, c'est dans le domaine de la famille que les adolescents semblent les moins satisfaits. Toutefois, les résultats item par item permettent de nuancer ces résultats. En effet, si les questions plébiscitées par les jeunes (score moyen supérieur ou égal à 2,5) concernent majoritairement les activités de loisirs (« tu écoutes de la musique ») et les relations paritaires (« tu es avec tes copains »), les items familiaux apparaissent à la fois comme une source de satisfaction (« tu es avec ta famille ») et d'insatisfaction (« tu penses à ta vie de famille »).

Comparaison avec la qualité de vie d'enfants dits « tout-venants »

Lorsqu'on compare les scores obtenus par les enfants de 6 à 11 ans placés en institution à l'ensemble des items et aux différentes dimensions du questionnaire AUQUEI avec ceux d'un groupe témoin, la seule différence significative concerne la vie familiale et relationnelle. En effet, si les enfants placés se perçoivent comme étant moins satisfaits que les enfants tout-venants dans ce domaine, en revanche ce n'est pas le cas pour leur qualité de vie en général et pour les dimensions « loisirs », « performances » ou même « séparation ». Lorsqu'on considère les scores obtenus à chacun des items du questionnaire individuellement, comparativement aux autres enfants les enfants placés en institution déclarent être

significativement moins satisfaits lorsqu'ils dorment la nuit, lorsqu'ils pensent à leur mère et lorsqu'ils dorment ailleurs que chez eux. Toutefois, ils apprécient davantage de jouer avec leurs frères et sœurs, de se voir en photo et que leurs parents parlent d'eux.

Impact du parcours et des conditions du placement des enfants sur leur qualité de vie

Enfin, nous avons réalisé plusieurs analyses, à titre purement exploratoire, dans le but d'examiner l'impact de certaines variables relevant de la scolarité (ordinaire ou spécialisée), de l'histoire (âge du premier placement, durée de placement, placement dans une famille d'accueil ou chez un tiers avant d'arriver dans l'institution) et des conditions de placement (visites médiatisées avec les parents) sur la qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans accueillis dans une institution. Parmi ces variables, seul le fait d'avoir été placé d'abord chez un tiers ou en famille d'accueil permet de distinguer les enfants selon leur qualité de vie. En effet, ceux qui ont connu une séparation supplémentaire, avec des membres de leur famille ou des assistants familiaux, se décrivent comme étant moins satisfaits de leur vie dans les domaines « vie familiale » et « séparation » comparativement aux enfants placés uniquement en institution. Globalement les enfants placés chez des assistants familiaux ou chez un tiers avant d'être accueillis en institution tendent à se décrire comme ayant une qualité de vie plus altérée comparativement aux autres enfants.

En conclusion, les résultats obtenus dans ces trois recherches nous invitent à multiplier les approches pour saisir la santé dans ses multiples facettes, tant objective que subjective ; avec des techniques et outils qui restent à affiner pour prendre en compte les parcours parfois chaotiques de ces enfants et saisir leur propre point de vue trop souvent oublié. Les sept entretiens qui ont bouclé cette recherche ouvrent d'autres portes, d'autres interrogations qu'une prochaine recherche pourra emprunter comme : le fait que l'appréciation de la qualité de vie se fait en comparant les gains et pertes engagés dans le placement ; que la qualité de vie s'oppose au regard stigmatisant et que les perspectives ou non d'avenir influencent lourdement cette appréciation. Enfin nous ne pouvons que plaider pour des évaluations continues, comparatives (enfants en établissements versus familles d'accueil...), seul moyen de répondre aux spécificités des enfants accueillis.