



La santé des enfants accueillis à la protection de l'enfance

Bilan des recherches nationales

Pierrine Robin, MCF, Université
Paris Est Créteil



OBSERVATOIRE
UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
ÉDUCATION & PRÉVENTION

La santé : une préoccupation ancienne

- Premières investigations concernant la mortalité des enfants confiés au XVIII^e siècle
- Suivis mis en place par la loi Roussel du 23 décembre 1874 (ce sont dans un premier temps, les enfants secourus qui ont eu une vigilance accrue (Catherine Rollet¹, 2008).
- Le carnet actuel de santé, valable pour tous les enfants, ne constitue qu'une extension de la loi Roussel

Un arsenal juridique

- 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

Mais un défaut de connaissances

- Il existe peu de recherches sur la santé des enfants confiés à la protection de l'enfance en France.
- Un champ de recherche plus développé dans l'espace anglo-saxon et notamment en Angleterre.
- Un accès aux données médicales délicat (Rousseau 2012)
- Une indifférence à la différence?
- Des recherches plus centrées sur la santé mentale des enfants confiés (Dumaret 2008)

Peu de recherches sur la santé perçue

- Rares sont également les recherches permettant d'appréhender la santé perçue des enfants confiés. La parole des enfants en situation d'usage des services sociaux a longtemps été l'objet de suspicion dans l'action sociale.
- A contrario dans le champ médical, l'étude de la perception profane et quotidienne de la santé s'est développée de manière importante.
- Ces approches ont connu un regain d'intérêt avec la diffusion récente de la notion de « qualité de vie », sous l'influence de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS). Elle la définit comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent, en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations ».

Des incertitudes

- Mais qu'elles soient menées dans une approche objective ou subjective, les études sur la santé des enfants confiés à la protection de l'enfance donnent **des résultats contradictoires sur l'ampleur des difficultés rencontrées.**

Des résultats contradictoires

- **L'étude INSERM** sur la santé des jeunes de 14 à 20 ans, pris en charge par la PJJ sept ans après (2003), souligne que pour la population des jeunes de la protection de l'enfance les retards scolaires sont plus fréquents, les initiations sexuelles plus précoces et la consommation de psychotropes plus fréquente que dans la population générale.

89 % des garçons âgés de 14 à 20 ans et 76% des filles se déclarent lors de l'enquête plutôt « bien portants », cette proportion est inférieure à celle de la population générale (95% d'après le Baromètre santé 2000).

- **Tandis que l'étude des Docteurs Monique Bourdais, Martine Grenier et Andre Mennesson** sur l'ASE de Paris, conclut que l'état de santé des enfants confiés diffère peu de la population générale, mais qu'il reste très hétérogène selon l'histoire personnelle de l'enfant, les motifs de son admission, le nombre de placements dans sa trajectoire de vie.

Un besoin de nouvelles connaissances

- De plus, ces études posent des **problèmes de comparabilité**, du fait de la différence des populations étudiées et des méthodes utilisées (et pb de comp avec pop gen)
- **L'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) a décidé de consacrer son appel d'offre 2010** à la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance

Quelle approche de la santé?

- Dans l'appel d'offre, la santé est comprise dans un sens large qui ne se limite pas à la **santé physique** mais, qui prend en compte également la **santé psychologique et la déficience**.
- La santé est **appréhendée de manière objective et subjective**.
- Le terme de santé est entendu comme **un processus, dynamique, multidimensionnel et subjectif** qui ne se réduit pas à un état d'absence de maladie mais qui rend également compte de la capacité d'agir.

Trois études

- I/ Conseil général de **Loire Atlantique**, et l'Université de Nantes
- II/ Conseil général de **Haute-Savoie**, le CREA, l'ORS et la FRAES Rhône-Alpes
- III/ **CHU d'Angers**

I/ Etude Loire Atlantique

- 1. Carnet de santé
- 2. Questionnaire au référent ASE
- 3. Santé perçue par les enfants

1. Un carnet de santé peu renseigné (525 enfants sur 881)

- Peu renseigné
- Santé physique s'améliore et ne s'écarte pas des moyennes régionales
- Nombreuses questions passées sous silence (santé mentale, traumatisme, apprentissage)

2. Un questionnaire aux référents pour 420 enfants plus inquiétant

- **Précarité sociale, affective et relationnelle des parents.** Le taux de **séparation** des couples est de **73%**,

pères : 26,2% addictions et comportements violents ; 12,1% condamnations pénales ; 9% 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%**.

mères, problèmes dépressifs 28,4%, conduites addictives 16,1%, problèmes psychiatriques 13% ; AAH 10,7% ; problèmes de santé 9,2% ; comportements violents voire des condamnations pénales; 17 mères soit **4% sont décédées**. Enfin, 19,6% des mères ont été placées dans leur enfance

- **Précarité économique** (15% sans logement, 27% des pères et 22% des mères ont un emploi)

Des carences

- Raisons principales du placement **60% carences éducatives**, une absence de limites (35,9%), de la violence (33,6%), des conflits de couple (28,8%), des rythmes de vie désorganisés (26,2%).
- Les enfants concernés par **les maltraitances sont au nombre de 277 enfants sur 423**. La maltraitance psychologique est première ; les maltraitances physiques concernent davantage les garçons mais les maltraitances sexuelles sont davantage un risque encouru par les filles.

Ce qui inquiète les professionnels

- des rythmes de vie désorganisés (36,4%), un manque d'autorité (34,5%) ou un 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%).

Et la santé psychique?

- **L'état psychique est jugé satisfaisant à 48,2%**, moyen à 33,3%, inquietant à 10,4% et catastrophique à 0,7%. Les garçons inquietent plus que les filles ainsi que les 6-15 ans.
- **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 enurétiques (soit 8%), 18 encoprétiques (soit 4,3%).
- **Une intégration scolaire déficitaire** : 4,8% des six-onze ans 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. (cf étude dress 2/3 des enfants de l'ase au collège ont au moins un an de retard, à l'âge de 15 ans ils ont trois fois plus de chance d'être exclus de l'école, A 16 ans 16% sont en dehors de l'école contre 6% dans la pop gen.)

Les enfants les plus fragilisés

- 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-
la 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.

3. Santé perçue (80 enfants de 4 à 14 ans) AUQUEI

- *Les enfants de 3 à 6 ans* : plutôt satisfait de leur qualité de vie (+ loisirs, -autonomie)
- *Les enfants de 6 à 11 ans* : qualité de vie perçue plutôt bonne (+ loisirs, - séparation)
- *Les enfants de 11 à 14 ans* : qualité de vie plutôt bonne (+loisirs, - famille)

(les différences se situent dans le domaine de la vie familiale et relationnelle)

Ceux qui ont connu des déplacements décrivent une qualité de vie plus altérée

II/ Etude en Rhône-Alpes

- 1. Données épidémiologiques (bilan de santé réalisé par un médecin PMI)
- 2. Données subjectives recueillies auprès d'enfants
- 3. Préconisations en direction des professionnels

Données objectives

- 318 enfants de 0 à 18 ans vus en bilan de santé par le médecin de PMI sur 800 enfants placés
- 60% de garçons, 40% de filles, moyenne d'âge 8 ans en famille d'accueil et 12 en établissements, 70 % en établissement, 30% en famille d'accueil (échantillon redressé par rapport à la population totale des enfants accueillis en Haute-Savoie)

Un bilan de santé préoccupant

- **manque d'informations sur les antécédents familiaux**
- **des facteurs de risque** (prématurité (2X plus), retard de croissance néonatal, transfert en pédiatrie) **nettement présents**
- **un parcours médical souvent marqué de pathologies médicales et de traumatismes ou d'hospitalisations**
- la fréquence notable **d'insuffisances pondérales et de surpoids** (23% en établissements)
- **37 % des enfants en famille d'accueil et 28 % des enfants accueillis en foyer bénéficient d'une prise en charge multiple**
- **une prise en charge psychologique pour un tiers des jeunes placés,**
- prise de **neuroleptiques 5% en famille d'acc, 13% en établissements**

Les effets du bilan

- Lors du bilan médical, globalement **peu de pathologies sont dépistées** mais **de nombreux suivis sont relancés, voire initiés pour des problèmes déjà connus mais non pris en charge.**
- Les **problèmes de vie quotidienne** (sommeil 40% en E, alimentation 26% en E et comportement 54% en E) **sont très présents mais peu accompagnés en dehors des troubles importants du comportement entraînant des difficultés au quotidien.**

Et la scolarité?

	Famille d'acc.	Etablissemeny
Classe ordinaire retard	74% 14%	48% 27%
Classe adaptée	8%	12%
Déscolarisation	0	14%
Formation pro	4%	12%
Et med soc	11%	7%

Et la scolarité?

- Parcours scolaire
On retrouve un taux de redoublement important :
 - famille accueil : 29,8 %
 - ✓ 1 fois : 26,9 %
 - ✓ 2 fois : 2,9 %
 - Etablissement : 59,7 %
 - ✓ 1 fois : 53,4 %
 - ✓ 2 fois : 6,3 %
- taux comparatif des apprentis parmi les 15-19 ans : 28% (8% dans la pop gen)
- Un jeune sur 4 est connu de la MDPH, soit dans le cadre de sa scolarisation en milieu ordinaire avec aide, soit pour un parcours medico-social adapté.

2. La santé perçue?

- 16 enfants en cours de mesure : 6 garçons et 10 filles, de 8 à 18,5 ans, avec un âge médian de 13 ans – 5 enfants étaient dans la tranche d'âge 8-12 ans, 5 dans la tranche 12-15 ans, et 6 dans la tranche d'âge 15-18,5 ans. Six enfants étaient en famille d'accueil, 6 étaient à la maison de l'enfance, 4 étaient accueillis en foyer associatif. Les temps de prises en charge variaient de 6 mois à 8 ans.
- Entretien et questionnaire auto-administré « indicateur de santé perceptuelle de Nottingham

Une vision large de la santé

- La santé comme synonyme de vie : « *La santé, c'est un peu la vie, c'est ce qui permet que l'on soit encore en vie maintenant* » Jimmy 16 ans
- En quête de normalité : « *C'est pas des problèmes intérieurs que j'ai, c'est des problèmes de vie* » (Vincent 17 ans)

Une qualité de vie affectée

Dans les questionnaires, les répondants font d'abord état de problèmes liés **à l'énergie** avec pour presque la moitié « le sentiment de se fatiguer vite », pour 1/4 le sentiment que « tout leur demande un effort ».

Viennent ensuite les difficultés liées à **l'isolement social** avec pour la 1/2 « la difficulté de s'entendre avec les autres, de rentrer en contact avec les autres », pour 1/4 « le sentiment d'être seul » et pour 3/16 « le sentiment de n'avoir personne de proche à qui parler ».

Apparaissent ensuite les problèmes liés au **sommeil**, avec pour les 3/4 la mention « de mettre beaucoup de temps à s'endormir », pour la 1/2 « de rester éveillé une grande partie de la nuit », pour 1/4 d'avoir « des soucis qui les empêchent de dormir ».

Viennent ensuite les **douleurs et la mobilité**, avec pour 1/4 l'évocation « de douleurs quand ils changent de position », et de « difficultés à rester longtemps debout ».

Enfin dans les **réactions émotionnelles**, venant en dernière position, apparaissent pour les 3/4 « le fait de se mettre facilement en colère », et pour 1/4 « la difficulté de faire face aux événements », « le fait de se réveiller déprimé », « le sentiment d'être nerveux, tendu ». Enfin, 3 ont coché l'item « je trouve que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ».

« Mes soucis, c'est plutôt à cause de la famille »

- La famille est d'abord présentée sous la forme de **l'absence et du manque**
- Pour un nombre restreint d'enfants interrogés, en situation abandonnique, c'est **l'incompréhension face à la rupture** du lien qui prédomine
- Pour les autres, **la difficulté de concilier des liens et des espaces de vie pluriels** est la source principale de questionnements

« Mon gros problème, c'est mon orientation »

- Pour les plus jeunes, les difficultés résident d'abord dans **l'expérience scolaire avec la difficulté de s'intégrer à la classe**, difficulté encore renforcée à la suite d'un changement d'école, souvent consécutif au placement.
- Des difficultés **à suivre les enseignements**, en lien en partie avec le changement d'école.
- Le sentiment «d'ennui» se dessine vite, de même que la difficulté de tenir en classe ou plutôt pour « tenir la classe »
- **c'est « la peur de l'avenir », « la peur d'arriver à ne rien faire » (Manuela, 18 ans).**

« Dans ma tête, je suis un solitaire »

L'isolement social, qui est un des domaines importants de l'indicateur de santé perceptuelle, les enfants et adolescents rencontrent **l'expérimentent dans différentes sphères de vie**. Ils les vivent dans les relations entre pairs à l'école mais ils l'expérimentent aussi dans la famille d'accueil, et au sein de leur fratrie : *« Je me sens un peu seule, surtout à la maison » (Lise, 10,5 ans).*

Le sentiment de solitude est une expérience ancienne et ancrée chez les enfants et adolescents rencontrés. C'est un vécu, depuis l'enfance, qui colore fortement et durablement les expériences à l'adolescence et l'âge adulte : *« C'est quelque chose que j'ai vécu depuis tout petit. Ça ne va pas changer. Dans ma tête je suis un solitaire. (...) J'ai grandi avec et je suis resté comme ça. Ça je peux pas changer. Peut-être plus tard » (Vincent, 17 ans).*

« Tes problèmes, c'est tes problèmes, tu dois pas tout le temps en parler ! »

L'expérience de solitude et d'isolement a conduit les enfants et adolescents interrogés à «garder pour eux leur problème» (Manuela, 17ans). Ainsi, Vincent, 17 ans, explique face à de trop nombreux problèmes avoir intégré l'idée de garder pour lui ses affects : « *J'en ai trop. J'ai tellement gardé. Je suis habitué à tout ça. C'est trop complexe à expliquer.* » De même, Sally (13 ans), nous explique avoir l'habitude de « *garder tout dans son corps* ».

Parfois, c'est même sous injonction des adultes référents qu'ils ont décidé de ne plus évoquer leurs problèmes devant les autres : « Tata (l'assistante familiale) m'a dit : "*Tes problèmes, c'est tes problèmes, tu dois pas tout le temps en parler à ta sœur*" » (Lena, 10 ans). En cas de soucis liés à leur santé, les enfants et adolescents rencontrés ont intériorisé cette injonction «à taire les problèmes » et à attendre que le problème de santé « passe » de lui-même. Ceci est lié dans leur discours à une absence d'identification des supports disponibles : « *Je ne sais pas à qui demander. Quand j'ai demandé ça n'a pas donné grand chose* » (Manuela, 18 ans). **Plus encore, les entretiens donnent à voir une méfiance vis-à-vis de l'aide.**

Un mutisme reproduit par les conditions d'accueil ?

- Pour Giraud (2005) , les enfants placés tentent par leur mutisme « de se mettre hors d'atteinte » : « **Leurs manières d'être, de dire et de taire, sont en fait les produits logiques de leur incertitude d'être à autrui, à l'espace, au monde social. »**
- Comme pour bien d'autres populations en situation de précarité, le rapport des enfants confiés à leur santé convoque donc des problématiques plus larges, liées à **l'estime de soi, à la projection vers l'avenir, et au rapport aux institutions.** Plus globalement notre étude, attire l'attention sur les **facteurs sociaux explicatifs des inégalités de santé et confirment l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence et de la reconnaissance dans le rapport à la santé.**

Pratiques et préconisations

- Si la conception de la santé qu'ont les professionnels se réfère de prime abord à une définition globale, leur perception, lorsqu'elle est référée à leur connaissance des situations et à l'organisation de leurs pratiques, apparaît **relativement restrictive et cloisonnée**.
- **Leur connaissance de l'état de santé des enfants accueillis ne leur semble pas suffisante et rencontre différents obstacles**, en premier lieu celui de **l'absence de suivi systématique**, ainsi que **leur confrontation régulière à des situations d'urgence**.

Pratiques

- Dans ce domaine **l'implication des parents est peu recherchée, alors qu'il semble qu'elle pourrait fournir, par la recherche d'objectifs partagés, un levier à leur mobilisation.**

Préconisations

- Différents niveaux d'action : celui des politiques de santé et de l'organisation d'un parcours de soins, avec le renforcement de l'action communautaire, celui de la création d'environnements favorables et de l'acquisition de nouvelles aptitudes. (formation continue, intégrant des actions portant sur le partage de l'information à caractère secret)
- Intégrer la santé dans la pol publ, dans le projet d'établissement et dans le projet pour l'enfant

Des paradoxes

- Des difficultés de santé repérées mais pas reliées à l'histoire d'attachement
- Des « bobologies » mise à distance pour éviter la dépendance mais sans que le trauma soit traité

Conclusion

- Un défaut de connaissance
- Un point aveugle de la prise en charge
- La nécessité d'une approche globale, systémique et intégrée sur la santé afin de créer un environnement favorable

Merci pour votre attention

Ressources :

- <http://oned.gouv.fr/etudes-et-recherches>
- *Perception de la santé chez les adolescents et les jeunes, Santé Publique*
2012/5 - Vol. 24
- À venir INELAP

Pierrine.robin@u-pec.fr