

Notes du CREN n°19

Juin 2014

Santé et qualité de vie des enfants accueillis dans les établissements de la protection de l'enfance.

L'exemple de la Loire-Atlantique

Introduction : une préoccupation ancienne

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 les 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 de santé actuel, 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 (Rollet, 2008). Ce souci pour la santé des enfants confiés se retrouve dans la déclaration de Genève du 26 septembre 1923 et la première déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959. Ces deux lois rappellent que l'Etat a pour mission de pallier les manques de l'enfant désavantagé et que les soins dispensés doivent être spécifiques à son état et sa situation. La convention internationale de 1989 fait de même, intégrant dans l'article 3 alinéa 2 une nouvelle notion, celle de bien-être, plus large et plus subjective que la notion de santé. Enfin les récentes lois de 2002, 2005 et 2007 expriment toutes la volonté de prendre soin de ces enfants, notamment en individualisant la prise en charge et en introduisant la notion de projet personnalisé. L'arsenal juridique est important. Tout semble donc en place pour que la santé des enfants en Protection de l'enfance soit un terrain connu, balisé, riche de données scientifiques. Et pourtant, c'est bien la faiblesse des travaux et des données qui justifie l'appel d'offres de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) dans ce domaine. Alors que ces enfants devraient être parmi les mieux suivis, ils sont curieusement ceux pour lesquels nous manquons le plus d'évaluations, tant sur leur santé actuelle que sur leur devenir.

Catherine Sellenet
Fabien Bacro
Angélique Rambaud
Caroline Humbert

La santé des enfants, un déficit global de savoirs

Cette faiblesse interroge à une époque où les méthodologies comme les instruments de quantification ne sont pas en cause. Très encadré, et ce pour tous les enfants, le suivi médical bénéficie en principe de séquences temporelles repérées, mais toutes les études montrent une couverture différentielle selon les départements ainsi qu'un usage partiel du carnet de santé. Les écarts s'expliquent par les moyens mis en œuvre et les priorités dégagées par chaque département. Si des différences sensibles existent déjà pour tous les enfants d'un département, que dire de ceux qui sont en difficulté et qui bénéficient d'une mesure de Protection de l'enfance ? La loi voudrait que ces enfants soient particulièrement suivis. Or, du simple chiffrage des enfants concernés à l'évaluation de leur santé, le déficit de savoirs est patent.

Encadré méthodologique

Pour pallier ce déficit de connaissances, cette étude menée dans le cadre de l'Oned a été conduite en trois temps.

- Le premier temps est statistique, il s'appuie sur la base administrative des données médicales enregistrées au sein du Conseil Général de Loire Atlantique. Cette base de données fera apparaître très vite ses limites, tant au niveau du recueil des données que des items sélectionnés. Nous ferons néanmoins une analyse de cette première approche qui comprend **525 réponses**, parce qu'elle éclaire ce que nous avons appelé « l'indifférence à la différence ».
- Une seconde étude a dès lors dû être menée pour combler les manques de la première. Cette seconde étude a sollicité les référents de chaque enfant dans les 28 lieux d'accueil du département. Le choix du référent a été retenu car il est celui qui maîtrise le mieux l'histoire de l'enfant et ses comportements actuels au sein de l'institution. Le questionnaire a été rempli après obtention de l'autorisation parentale. Il 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. Le corpus est de **423 enfants**.
- Une troisième approche par autoévaluation auprès des enfants de deux établissements significatifs, désignés par le Conseil Général, à l'aide de l'outil Auquei, différencié selon les tranches d'âge, a été mise en œuvre. Ces deux établissements sont deux maisons d'enfants à caractère social (Mecs), l'un accueillant 72 enfants placés par l'Aide Sociale à l'Enfance ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse ; et l'autre 34 enfants, des filles de 6 à 18 ans et des garçons de 6 à 12 ans. Notre corpus comprend **80 enfants de 6-14 ans**. Sept entretiens qualitatifs sont venus s'ajouter aux approches quantitatives.

1. L'indifférence à la différence, l'état des connaissances

En protection de l'enfance, les données ne sont pas absentes pour décrire l'état de santé des enfants protégés mais leur rareté interroge. Compte tenu des textes de lois, de l'ancienneté de l'intérêt porté à ces enfants, on pouvait s'attendre à trouver une multiplicité d'études. Or nous n'avons répertorié que cinq études effectuées de 1997 à 2003, toutes alertant sur la plus grande fragilité des enfants accueillis, tant sur le plan de la santé physique, psychique, que des trajectoires scolaires. Faute d'une culture de l'évaluation en France, cette absence de recherches révèle l'un des points aveugles des politiques menées.

1.1. Redéfinir la santé, l'univers théorique de cette étude

Qu'appellerons-nous santé dans cette étude ? Dans un texte intitulé «redéfinir la maladie et la santé», Jérôme Porée (2008), philosophe à l'université de Rennes, reprend la définition de 1946 proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la critiquer. « Si la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, alors nous sommes tous gravement malades [constate le philosophe] ! Nul doute que cette définition ne contribue à nous le faire croire. » Dénonçant l'utopie nietzschéenne de la «grande santé» et l'utopie technicienne de la «santé parfaite», Jérôme Porée nous rappelle que toute définition de la santé met en jeu nos représentations de la maladie et de la santé, représentations variables selon les époques mais aussi selon les milieux. Aucune définition n'est en soi neutre, et nos choix n'échapperont pas à cette évidence. Dans cette étude, nous ferons référence à la fois à la santé objective telle que la repèrent la Protection de l'enfance et la PMI, sur l'ensemble de la population d'enfants placés en établissements en Loire Atlantique, mais aussi à la santé subjective telle que l'appréhendent et l'évaluent les intéressés, afin de promouvoir l'amélioration du suivi de ces enfants.

1.2. La Protection de l'enfance en Loire Atlantique

La Protection de l'enfance en Loire Atlantique, au moment où se déroule cette recherche assure le suivi de 4994 enfants. Les enfants concernés par cette recherche sont au nombre de 881. Le profil des 881 enfants placés en établissements est le suivant : 44,3% de filles contre 55,7% de garçons. Les enfants de moins de trois ans représentent seulement 3,45% de l'effectif. Les 3 à 6 ans représentent 5,38% ; les 6-8 ans 13,25% ; les 9-11 ans 15,05% ; les 12-15 ans 27,9% ; les 16-17 ans sont 21,9% et les 18 ans et plus forment 12,9% de l'effectif total. C'est dans la tranche d'âge 12-17 ans que nous trouvons le plus de garçons.

En Loire Atlantique, chaque enfant placé a un dossier médical, sous la seule responsabilité du médecin du service et non accessible aux autres professionnels. Il est à noter que les visites médicales pour les moins de 6 ans doivent être faites par les médecins de PMI et celles des plus de 6 ans par le médecin déclaré au même titre que tout assuré social. La base de ce dossier est constituée par les différents certificats annuels, à quoi peuvent s'ajouter les écrits des différents spécialistes pour des suivis spécifiques. Les données ont été saisies en reprenant les différentes rubriques du certificat médical. Toutefois, les autres éléments du dossier (déclarations d'accidents, comptes rendus d'hospitalisation, bilans orthophoniques) ont également été consultés afin de compléter les informations fournies par le médecin. En effet, ces éléments nous ont permis de repérer d'éventuels antécédents médicaux, traumatiques ou chirurgicaux ainsi que la présence de troubles non mentionnés dans les certificats

(difficultés scolaires, troubles du comportement, etc.). Les données médicales ont été codées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) afin de faciliter la comparaison des résultats avec ceux des études réalisées en population générale.

1.3. Critiques et constats

Malgré la structuration et l'ancienneté de fonctionnement de la cellule médicale, les données recueillies nous ont semblé insuffisantes au regard des enjeux de cette recherche.

➤ **Insuffisantes sur le plan du contenu et des items retenus**

La liste d'items référencés dans la base médicale de données fait en effet une large place aux données strictement médicales, au détriment des données psychologiques, développementales, et environnementales. Cette base de données méconnaît par exemple 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. Or les enfants confiés en Protection de l'enfance proviennent généralement de ces milieux sociaux.

➤ **Insuffisance sur le plan de la fiabilité statistique**

Nous avons recueilli **525 réponses** concernant 306 garçons (58,3%) et 219 filles (41,7%). Soulignons un taux de certificats médicaux non renvoyés à la cellule médicale de 27,8%. Cette imprécision traduit la difficulté de la cellule médicale à obtenir le retour des certificats médicaux remplis par les médecins traitants, la faible conscience, par ces derniers, des enjeux liés au suivi de la santé de ces enfants.

La majeure partie de ces enfants sont suivis par un médecin traitant (55,6%), secondairement par le médecin de l'établissement (11,8%), rarement par un médecin qui suit l'enfant depuis plusieurs années, ce qui explique la faiblesse des retours, et même lorsque le formulaire est retourné, la faible connaissance de l'enfant. L'examen médical effectué par le médecin traitant n'aborde pas les questions essentielles qui se trouvent dans le formulaire, à savoir la vie quotidienne de l'enfant et d'éventuels troubles psychologiques. Ne sont dès lors cochés que les items qui ont motivé la visite ponctuelle. A ce titre, une information voire une formation des médecins généralistes serait nécessaire pour les alerter sur l'importance de ces données pour le suivi de ces enfants. Malgré ces insuffisances, cette première approche nous a permis de dire que les enfants concernés par l'étude, et pour lesquels les données étaient référencées, étaient globalement dans un état de santé physique équivalent à la moyenne des enfants des Pays de la Loire, et qu'ils bénéficiaient d'une réelle vigilance pour tout ce qui concerne le médical pur : vaccinations, allergies, poids, vision, soins dentaires. Les scores obtenus sont même supérieurs à la moyenne nationale pour les soins des caries et le port des lunettes. Nous pouvons donc en conclure que ces enfants ne s'écartent pas des moyennes sur ce registre et que le panorama catastrophique décrit dans des études antérieures ne se retrouve pas ici.

Pour autant, la lecture des questions ouvertes faisait apparaître d'autres réponses possibles : colères, agressivité, instabilité, tristesse, problèmes d'hygiène, fugues, troubles de la personnalité. C'est cette liste de réponses impossibles à glisser dans la base médicale de données qui nous a amenés à recommencer l'intégralité de cette recherche, en questionnant la structure même de la base de données qui reflète une certaine vision de l'enfance et de la santé. Trop médicale, la base de données

créée par le service reste entre initiés : le médecin de la cellule et les médecins traitants qui prennent le temps d'y répondre de façon aléatoire, mais elle reste obscure et mal utilisée par les établissements qui ont d'autres mots pour décrire l'état des enfants et les difficultés qu'ils rencontrent. La base actuelle de données ne nous disait rien des causes du placement, de l'existence ou non de traumatismes vécus, des sévices subis, des interventions antérieures et postérieures au placement, des séparations, du parcours précis de l'enfant au niveau scolaire, de sa façon d'exprimer son bien être ou son mal être. C'est donc par la création d'un second questionnaire, soumis directement aux établissements, que nous avons décidé de poursuivre cette recherche. 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.

2. Une recherche en intra proposant une approche multidimensionnelle de la santé

Le corpus est de 423 enfants. Les moins de six ans représentent 7,1% de l'effectif, un chiffre qui traduit à la fois les réticences à séparer précocement mais aussi le choix de la famille d'accueil pour les enfants les plus jeunes. 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.

2.1. Un environnement familial marqué par l'éclatement des familles et l'exclusion sociale

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 d'adulte handicapé. On note également 6,85% de pères décédés. Seuls 5,7% des pères ne présentent aucune particularité. Enfin, 7,8% des pères ont vécu un placement dans leur propre enfance, chiffre probablement largement sous-estimé si l'on considère que le taux de non réponse est de 64,3%. Ce taux dévoile un point aveugle dans la connaissance des parents.

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 allocation d'adulte handicapé. 9,2% des réponses signalent des problèmes de santé, 6,9% des comportements violents voire des condamnations pénales (2,4%). 4% des mères 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.

De plus, certains de ces enfants ont été confrontés à ce que l'on peut appeler la précarité sociale. Ces enfants ont parfois vécu dans des conditions de logement dégradé, précaire ou inexistant pour 15,1% d'entre eux. A noter un taux important de non réponse sur la qualité du logement, ce qui révèle une méconnaissance du lieu de vie des enfants avant leur arrivée dans l'établissement, voire du lieu d'hébergement de ces enfants pendant le week-end.

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 pères référencés, 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 Robert Castel (1999).

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. Ces chiffres qui ne prennent en compte ni le temps partiel, ni les salaires réellement perçus donnent néanmoins la mesure de la vulnérabilité économique des milieux de vie de ces enfants.

2.2 Des interventions répétées signant une ancienneté des problèmes

Le placement des enfants intervient le plus souvent après d'autres interventions visant à améliorer la situation. Dans 80% des cas, d'autres interventions ont eu lieu au sein de la famille soit pour alerter (27,2% signalement, 9,7% d'investigations d'orientation éducative 10,9% d'enquêtes sociales), soit pour stabiliser la situation (41,8% d'actions éducatives en milieu ouvert). Notons que pour certains de ces enfants, cette séparation n'est pas la première : 33,8% des enfants ont déjà été placés en institution, souvent dans un foyer de l'enfance avant orientation, 25,5% chez une famille d'accueil. 12 enfants soit 2,8% ont été hospitalisés pour maltraitance, 3,5% ont été dans un lieu de vie. Pour chacun de ces enfants, ce sont les repères topographiques, les réseaux d'amitié, les appuis, qui sont à reconstruire. Pour les enfants qui ont été placés en famille d'accueil, c'est aussi vivre une nouvelle rupture relationnelle, rupture qui nous le verrons dans l'autoévaluation faite par les enfants, laisse des traces. Tous les âges sont concernés par les interventions.

Les interventions précoces, en périnatalité, concernent 11,6% des 0-1an ; 22,2% des 2-4 ans, des âges de grande fragilité dans la construction des enfants soit plus du tiers.

Les causes du placement sont multiples et cumulatives : carences éducatives (59,3%), absence d'autorité (35,9%), violence (33,6%), conflits de couple (28,8%), 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.

2.3. Portraits des enfants accueillis en établissements

Ces enfants ont vécu, avant leur placement, divers traumatismes. Pour un peu plus d'un tiers des enfants (34,5%), les professionnels ne signalent pas de traumatismes. Notons l'absence de renseignements pour 22,5% des enfants dont les enfants migrants. Mais pour les autres, nous ne savons pas si cette absence de connaissance provient d'un déficit au niveau des dossiers ou d'un défaut de lecture des dossiers.

Si nous ne regardons que les enfants concernés par les maltraitements soit 277 enfants sur 423, nous constatons que la maltraitance psychologique est première ; les maltraitements physiques concernent davantage les garçons mais les maltraitements 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 carences. 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.

3. L'état actuel des enfants et leur qualité de vie

Pour rendre compte de l'état de santé actuel de ces enfants et de leur qualité de vie nous prendrons 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.

3.1. L'état de santé et état global : une santé qui rassure, un état psychique qui inquiète

L'évaluation de l'état de santé des enfants est à la fois subjective et objective. La santé des enfants est jugée bonne à 69,5% ; moyenne à 22% ; mauvaise à 1,7% (5,4% non réponse + 1,4% ne sait pas), ce qui confirme notre première impression suite à l'étude du dossier médical. On ne note pas de différences entre garçons et filles. Par contre, plus l'âge de l'enfant augmente, plus les inquiétudes des professionnels s'expriment, sans doute en raison des prises de risque de ces jeunes et aussi parce que les symptômes sont plus évidents, plus facilement décodables par les intervenants. Le développement psychomoteur n'inquiète pas non plus les professionnels, qui le jugent globalement bon pour la plupart des enfants.

C'est l'état psychique qui inquiète les professionnels et non la santé physique. Les inquiétudes sont plus manifestes pour les garçons que pour les filles, pour les 12-15 ans. Pour 8,4% des 6-11 ans l'état est jugé alarmant. 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...

Seuls 15% des enfants semblent exempts de tout symptôme, plus si on ajoute les 16% de non réponse et si on considère qu'une non réponse correspond à une absence de symptômes.

L'expression du mal être est en partie sexuée : on trouve significativement plus de troubles alimentaires, des scarifications et des conduites à risque chez les filles, alors que les garçons développent davantage de l'énurésie, de l'agressivité et des troubles du langage. Pour les autres troubles, on ne note pas de différences significatives.

L'état psychique d'un enfant joue également sur ses capacités à entrer en relation. De ce point de vue et autant qu'ils puissent l'apprécier, les professionnels signalent une intégration scolaire plutôt bonne pour un enfant sur deux, moyenne pour environ 27% des enfants, mauvaise pour environ 10,6%.

La socialisation, concept plus large que la qualité de l'intégration scolaire nous donne à peu près les mêmes résultats : entre 10 et 21% des enfants seraient en difficulté sur le plan de leur intégration au groupe des pairs. Nous ne notons pas de différences significatives entre garçons et filles. C'est entre 12-15 ans que cette socialisation est la moins bonne (36,3% contre 46,6% en moyenne), l'isolement et le rejet étant les plus massifs entre 6 ans et 15 ans.

3.2. Un parcours scolaire souvent déficitaire

Qui dit scolarité dit apprentissages cognitifs. Selon les professionnels, dès 3-5 ans, soit dès le début des apprentissages, on peut noter que 24% des enfants sont en retard et que 3,4% sont en difficulté ou nécessitent une prise en charge quotidienne. Entre 6-11 ans, ils ne sont plus qu'un peu plus du tiers à présenter des acquisitions normales. Ces chiffres disent à eux seuls les enjeux concernant la prise en charge de ces enfants, pour leur donner des chances d'accès à un cursus normal.

L'avis subjectif des professionnels est corroboré par la lecture des cursus scolaires car si la moitié des enfants sont en cursus général et 12% en cycle technique, 19,6% des enfants (soit 83) sont en cycle spécialisé. La question étant à choix multiples, on note que 23 enfants sont déscolarisés.

Comme dans toutes les études sur la scolarité, on trouve plus de garçons en cursus technique (13,8% contre 8,1%), mais aussi plus de filles en cycle spécialisé (21,1% contre 19,6%) et déscolarisées (6,5% contre 4%) ce qui est moins courant.

L'analyse par tranches d'âge révèle un autre mécanisme de sélection : l'orientation précoce de ces jeunes vers un cursus technique ou professionnel, ainsi qu'un décrochage scolaire fréquent dès 16-18 ans. Au-delà du cursus scolaire, seulement 42,8% de ces enfants sont à l'âge normal dans leur classe, 25,8% en retard d'un an, 8,5% en retard de deux ans voire de trois ans. L'absentéisme scolaire concerne 8,5% des jeunes de façon importante, 13,9% de temps en temps.

Enfin, 22% des enfants (soit 93 enfants), ce qui est un chiffre important, ont eu une orientation vers une maison départementale pour personnes handicapées (MDPH). Ces orientations concernent plus souvent des garçons (26,8% contre 17,8%). Elle est principalement demandée entre 6-11 ans et 12-15 ans.

3.3. Avis des professionnels, des perspectives peu optimistes

Nous terminerons cette seconde recherche par l'avis des professionnels sur l'adéquation des mesures proposées. Pensent-ils que ce mode d'hébergement convient aux enfants accueillis ?

Les réponses sont prudentes : si dans un cas sur deux, l'hébergement collectif paraît être la solution, il est jugé difficile dans 26,5% des cas (davantage dans l'accueil des garçons), voire inapproprié (5,4%) le plus souvent pour les filles.

Les perspectives sont particulièrement pessimistes puisqu'on ne note que 10,4% de retours envisagés dans la famille et 14,2% de retours problématiques selon les professionnels. Mais surtout, c'est le chiffre de 44,4% de retours non envisageables qui pose problème, d'autant que sont massivement concernés des 6-11 ans. Les retours sont plus facilement envisagés pour les filles, sans qu'il nous soit possible de dire là encore si nous sommes face à des représentations stéréotypées.

4. Ce que disent les enfants de leur qualité de vie

Au total, la population de cette étude est composée de **80 enfants âgés de 4 à 14 ans** (moyenne = 10 ans et 5 mois) accueillis dans deux institutions situées à Nantes. L'échantillon est composé de 41 filles et 39 garçons. Un groupe témoin, apparié sur l'âge, le sexe et le niveau socio-économique, a été constitué afin de comparer la qualité de vie des enfants accueillis dans ces établissements avec celle d'un groupe équivalent d'enfants vivant dans leur famille.

4.1. Résultats : une qualité de vie agréable mais marquée par la séparation

Cette recherche est l'une des seules à s'être penchée sur la santé subjective et la qualité de vie des enfants placés en institution suite à une mesure de protection de l'enfance. Bien que les effectifs soient relativement faibles, notamment pour ce qui est des plus jeunes, les résultats apparaissent dans l'ensemble relativement cohérents. En effet, quel que soit leur âge, les loisirs et les moments passés en famille apparaissent comme les principales sources de satisfaction des enfants accueillis en institution. De la même manière, les situations de séparation (jouer seul, dormir ailleurs que chez soi, être loin de sa famille, rester à l'hôpital), les relations interpersonnelles et dans une moindre mesure, les problèmes de santé constituent les principales préoccupations de ces enfants.

Par ailleurs, les comparaisons effectuées avec le groupe témoin suggèrent que c'est seulement dans le domaine de la vie familiale et relationnelle que la qualité de vie des enfants accueillis en institution se trouve être significativement altérée.

Enfin, d'après les résultats des analyses réalisées, les enfants qui ont d'abord été placés chez un tiers ou en famille d'accueil éprouvent davantage de difficultés dans les domaines de la vie familiale et de la séparation comparativement aux autres enfants. Ils évoquent également une moins bonne qualité de vie en général. Ces résultats, qui soulignent les effets négatifs des séparations répétées avec des adultes pourvoyeurs de soins, peuvent être interprétés à la lueur des travaux issus de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969).

Conclusion

Pour conclure, les résultats de cette recherche montrent les zones aveugles de connaissance des intervenants notamment en ce qui concerne l'univers familial des enfants, le poids de la précarité et de la pauvreté, et ses effets possibles sur la parentalité et le développement des enfants. Si ces derniers vont bien physiquement, il n'en est pas de même sur le plan psychique, ni sur le plan scolaire qui reste déficitaire et qui devrait être mieux soutenu. Les enfants interrogés valident la qualité de vie en institution mais se différencient des autres enfants sur le plan des items liés à la séparation. La recherche montre que les séparations répétées affectent grandement la qualité de vie des enfants. Cette recherche questionne également les perspectives de retour, qui selon les intervenants restent problématiques alors même que toutes les lois récentes dont celle de 2007 prônent un retour rapide en famille.

Catherine Sellenet, Professeur d'université en sciences de l'éducation
Fabien Bacro, Maître de conférences en psychologie du développement
Angélique Rambaud, Docteur en psychologie
Caroline Humbert, Doctorante en psychologie
Centre de recherche en éducation de Nantes, Université de Nantes

Bibliographie

- Bolwby, J., Attachement et perte. vol 1, L'attachement. PUF, 2002.
Castel, R., Les métamorphoses de la question sociale. Gallimard, 1999.
Porée, J., Redéfinir la maladie et la santé. Revista Filosófica de Coimbra, n° 33, 2008.
Rollet, C., Les carnets de santé des enfants. La Dispute, 2008.