



*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

## **Rapport**

**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, direction de la recherche)**

**Avec la participation des services de l'ASE de Loire-Atlantique et des établissements du département.**

**2012-2013**

*Nos remerciements au Conseil général de Loire-Atlantique, aux services de l'ASE, à la cellule médicale, aux établissements et à tous les enfants et jeunes acteurs de cette recherche, ainsi qu'à leurs parents qui ont accepté cette recherche.*

## Sommaire

<b>Introduction : une préoccupation ancienne .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1- L'état des connaissances sur la santé des enfants placés.....</b>	<b>6</b>
1. Le contexte national de la Protection de l'enfance .....	6
2. L'indifférence à la différence, l'état des connaissances .....	7
2.1. La rareté des études .....	7
2.2. Le devenir de ces enfants ?.....	10
2.3. Redéfinir la santé, l'univers théorique de cette étude .....	11
<b>Chapitre II- Méthodologie, corpus, objectifs .....</b>	<b>15</b>
1. Première approche statistique sur la base médicale du département .....	15
2. Deuxième approche statistique par un questionnaire via les établissements.....	16
3. Deuxième approche statistique par un questionnaire via les établissements.....	16
<b>Chapitre III- Première recherche et difficultés rencontrées .....</b>	<b>19</b>
1. La Protection de l'enfance en Loire Atlantique.....	19
1.1. Présentation de la structure "santé" en Protection de l'enfance, Loire Atlantique, sur laquelle s'appuie la recherche :.....	21
1.2. Les données disponibles pour l'équipe de recherche (mars 2010).....	22
2. Nos critiques et constats.....	24
2.1. Insuffisances sur le plan du contenu et des items retenus .....	24
2.2. Insuffisances sur le plan de la fiabilité statistique.....	25
3. Connaissance des enfants.....	27
3.1. La santé au sens strict .....	27
3.2. Rappel des examens de santé obligatoires de l'enfant.....	28
3.3. Les autres indicateurs de la base de données (Loire-Atlantique) .....	29
4. Une comparaison difficile de la santé des enfants avec les résultats départementaux .....	30
4.1. Les indicateurs de santé .....	31
4.2. La santé des enfants dans la région des Pays de la Loire .....	31

<b>4.3. La santé des jeunes au niveau national et au niveau local selon les indicateurs : tentative de comparaison avec notre corpus.....</b>	<b>33</b>
• Les affections longues durées .....	33
• La santé mentale .....	33
• Les accidents .....	34
• L'asthme .....	34
• La surcharge pondérale .....	34
• Les examens bucco-dentaires et la vision.....	35
• La consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis .....	36
• La sexualité .....	36
• Les jeunes en situation de handicap .....	37
<b>5. Les interventions.....</b>	<b>37</b>
<b>6. La scolarité et les loisirs .....</b>	<b>38</b>
<b>Chapitre IV- Une recherche en intra : une autre approche de la santé (époque : dernier trimestre 2012).....</b>	<b>40</b>
<b>1. Un environnement familial difficile .....</b>	<b>41</b>
1. 1. L'éclatement des familles .....	41
1. 2. Des figures parentales problématiques .....	41
1. 3. Une très forte précarité sociale.....	44
1. 4. Des familles isolées ou mal entourées.....	46
1. 5. Des interventions répétées signant une ancienneté des problèmes .....	47
1. 6. Les causes du placement.....	49
1. 7. Un placement subi plus que demandé.....	50
<b>2. Portraits des enfants accueillis en établissements.....</b>	<b>51</b>
2. 1. Traumatismes et carences vécus avant le placement .....	53
<b>3. L'état actuel des enfants .....</b>	<b>56</b>
3. 1. L'état de santé et l'état global : une santé qui rassure, un état psychique qui inquiète ...	56
3. 2. Une santé psychique inquiétante .....	59

3. 3. Etat psychologique et relationnel, des fragilités manifestes .....	61
3. 4. Un parcours scolaire souvent déficitaire.....	63
3. 5. Du côté des comportements à risque .....	67
3. 6. L'accès aux loisirs .....	69
3. 7. Des enfants soignés psychiquement .....	70
3. 8. L'existence de doubles prises en charge .....	71
3. 9. La question du maintien des liens.....	71
3. 10. Avis des professionnels, des perspectives peu optimistes.....	72
<b>Chapitre V- Une approche par autoévaluation de la santé .....</b>	<b>75</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>75</b>
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>78</b>
2. 1. Participants et procédure .....	78
2. 2. Les questionnaires de qualité de vie .....	78
<b>3. Résultats .....</b>	<b>80</b>
3. 1. Analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes des questionnaires AUQUEI et OK-ado.....	80
3. 2. La qualité de vie des enfants placés en institution.....	82
3. 2. 1. Les enfants de 3 à 6 ans.....	82
3. 2. 2. Les enfants de 6 à 11 ans.....	84
3. 2. 3. Les enfants de 11 à 14 ans .....	85
3. 3. La qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans placés en institution : comparaison avec un groupe d'enfants tout-venants .....	86
3.4. L'influence de leur parcours sur la qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans placés en institution .....	88
<b>4. Discussion-conclusion.....</b>	<b>89</b>
<b>5. Quelques témoignages d'enfants pour illustrer : propos d'enfants ayant eu une MDPH.....</b>	<b>92</b>
5.1. La qualité de vie, une appréciation par comparaison.....	92
5.1.1. Perdre ou gagner dans le placement.....	93

5.1.2. Une qualité de vie dépendante du groupe .....	95
<b>5.2. Des amitiés très sélectives pour se protéger de l'autre.....</b>	<b>95</b>
<b>5.3. La qualité de vie dépend du regard des autres.....</b>	<b>96</b>
<b>5.4. Une question de confiance et de respect.....</b>	<b>96</b>
<b>5.5. La qualité de vie sans avenir ?.....</b>	<b>96</b>
<b>5.6. Avec une baguette magique.....</b>	<b>97</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>99</b>
<b>Références.....</b>	<b>100</b>
<b>Annexe.....</b>	<b>103</b>

## **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<sup>e</sup> 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. L'article premier de cette loi précise que « tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé. »

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. Faisant l'histoire du carnet de santé des enfants, Catherine Rollet<sup>1</sup> (2005) note que ce carnet de santé est dû au Docteur Fonsagrives qui publie en 1869 chez les mêmes éditeurs parisiens, Hachette et Masson, le *Livret maternel pour prendre des notes sur la santé des enfants*, en deux volumes, l'un pour les garçons (XII + 41 p.), l'autre pour les filles (XII + 43 p.).

Mais cette invention, qui fait de la mère une alliée du médecin, l'œil qui observe alors que ce dernier interprète, s'inspire, note Catherine Rollet, d'un autre « courant [...] d'origine plus administrative. Il s'agit en particulier du suivi des enfants abandonnés confiés aux services de l'Assistance publique. Au moins depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Administration générale des hôpitaux, hospices civils et secours de Paris, munissait chaque enfant placé d'un livret. Celui concernant les enfants âgés de plus de 12 ans comporte, en 1818, quinze pages et doit recevoir la mention du maître qui reçoit l'enfant, des changements de placement, de la date du décès... ».

Les enfants secourus apparaissent donc particulièrement suivis et la dimension contrôle est clairement énoncée. Le carnet de nourrice est également créé selon l'instruction du 15 juin 1877 : il devient « pour l'administration tant locale que centrale, un moyen de contrôle, pour les familles une preuve bien évidente que les enfants sont surveillés, et aussi pour les nourrices une certitude qu'elles ne peuvent pas se tromper sur leur manière de soigner les enfants » (Rapport, JO, 2 février 1885, p. 42.). Cependant, note déjà Catherine Rollet, « les médecins inspecteurs observeront que les livrets sont loin d'être toujours délivrés, d'où l'impossibilité pour les médecins lors de leurs tournées d'y consigner leurs observations. »

Ces remarques historiques ne sont pas incidentes, elles nous révèlent deux choses importantes :

---

<sup>1</sup> Catherine Rollet « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? », *Revue française des affaires sociales* 3/2005 (n° 3), p. 129-156.

URL : [www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-129.htm](http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-129.htm).

- le souci de la santé de l'enfance, plus encore de la santé des enfants dits secourus est constant ;
  - mais la difficulté de passer de la théorie à la pratique et l'absence de vigilance dans le recueil des données rendent difficile l'analyse épidémiologique.
- Les siècles ultérieurs ont-ils enregistré des modifications ?

- **Le souci de la santé des enfants confiés en Protection de l'enfance**

Du point de vue du souci de la santé des enfants, nous en retrouvons la trace dans le droit et les lois actuelles. Citons sans souci d'exhaustivité :

- La déclaration de Genève du 26 septembre 1923 qui précise :

Article 1 : L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

Article 2 : L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; **l'enfant orphelin et l'abandonné** doivent être recueillis et secourus.

Article 3 : L'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

De nouveau une attention particulière est affirmée pour les enfants les plus démunis.

- La première déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959, énumère des droits dont certains sont directement centrés sur la santé :

- Principe premier : [...] Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination...
- Principe 2 : **L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale [...] afin de se développer [...] sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social...**
- Principe 4 : L'enfant doit bénéficier de la Sécurité sociale [...] ; une protection spéciale doit lui être assurée ainsi qu'à sa mère...
- Principe 5 : **L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé** doit recevoir le traitement, l'éducation et **les soins spéciaux** que nécessite son état ou sa situation.
- Principe 6 : L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension [...].
- Principe 8 : L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.
- Principe 9 : L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation [...] sous quelque forme que ce soit.

Le développement de l'enfant est déjà approché dans ses dimensions multiples : physique, intellectuel, moral, spirituel et social. De nouveau, et par compensation, il est rappelé 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 :

- Art 3 : 2

Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à **son bien-être**, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées. L'alinéa 3 du même article impose en outre aux établissements d'accueil une exigence de qualité et de contrôle, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé.

- Art 3 : 3

Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, **particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé** et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

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 :

- la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui précise les droits des usagers notamment en son article L. 311-3-3 est ainsi rédigé : « Une prise en charge et **un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché. »
- la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté
- la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance inscrit l'enfant au cœur du dispositif de protection et individualise sa prise en charge en introduisant la notion de projet pour l'enfant aux fins de prendre en compte ses besoins d'ordre physique, intellectuel, social et affectif et de respecter ses droits. Par ailleurs, elle insiste sur le fait que l'intérêt de l'enfant doit guider toute décision le concernant.

La lecture de certains guides ministériels traduit également cette nouvelle préoccupation, comme en témoignent : le guide pour l'accueil de l'enfant et l'adolescent en protection de

l'enfance; le guide sur l'évaluation de la qualité des établissements accueillant les enfants dans ce même secteur...

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'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.

- **La faiblesse du recueil des données**

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 :

- Suivi médical du jeune enfant : un parcours balisé

La loi du 15 juillet 1970, complétée par le décret d'application du 2 mars 1973, institue la délivrance obligatoire d'un certificat de santé, à l'occasion de certains examens médicaux préventifs dans les 8 premiers jours de la vie, au cours du 9<sup>e</sup> et au cours du 24<sup>e</sup> mois de l'enfant. À titre individuel, les certificats de santé de l'enfant permettent de s'assurer que chacun est examiné à titre préventif au moins trois fois entre la naissance et 24 mois. Ces trois examens font partie des vingt examens médicaux systématiques et obligatoires prévus de 0 à 6 ans : 8 premiers jours de la vie (certificat obligatoire) ; 1er, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois ; 9<sup>e</sup> mois (certificat obligatoire) ; 12<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> mois ; 24<sup>e</sup> mois (certificat obligatoire) ; puis chaque semestre de 2 à 6 ans. Ces examens sont orientés vers la détection précoce d'anomalies (maladies, déficiences, et infirmités). Ces examens sont assurés par les consultations de PMI ou par les médecins praticiens, généralistes ou pédiatres. Au-delà de l'âge de 6 ans, le relais est pris par la médecine scolaire.

- Mais une réalité différentielle selon les départements :

Ces exigences sont-elles validées par la pratique ? Une étude a été menée en 1992 (dupliquée en 2001-Senecal, 2001<sup>2</sup>) sur le bilan des certificats de santé (Senecal et al., 1993). Les auteurs se sont appuyés sur les statistiques publiées par le ministère de la Santé et les ont complétées par des renseignements fournis par les services de PMI des DDASS. Si le taux de couverture est de 93 % pour le premier certificat, de 71 % pour le deuxième et de 67 % pour le troisième, ces résultats sont pratiquement identiques suivant les années mais très inégaux suivant les départements. Or force est de constater que la Loire Atlantique, est en ce domaine moins réactive que d'autres départements puisque son taux de couverture est inférieur à la moyenne nationale : 45,2% contre 67% pour le troisième certificat par exemple. Les auteurs

---

<sup>2</sup> SENECAI J, ROUSSEY M, MORELLEC J, MEYER C. Les certificats de santé : 20 ans d'application. *Le Concours Médical* 1993 : 115-123

SENECAL J. Les certificats médicaux obligatoires de la première enfance. *Le Concours Médical* 2001 : 2581-2585

montrent que ce taux dépend en grande partie de la personne qui remplit le certificat : pédiatre ou généraliste, les premiers étant plus vigilants sur ce point. De même, de grandes disparités demeurent, pour le bilan des six ans, selon les départements. La systématique est loin d'être la règle. Les écarts s'expliquent par les moyens mis en œuvre, 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 et que leur état tant physique que mental soit bien renseigné. Or, du simple chiffrage des enfants concernés à l'évaluation de leur santé, le déficit de savoirs est patent.

# Chapitre 1- L'état des connaissances sur la santé des enfants placés

## 1. Le contexte national de la Protection de l'enfance

Quantifier les enfants concernés ? Les dénombrer est déjà source de division. Dans son premier rapport (2005), l'Oned a montré combien la diversité des sources nuisait à une comparaison rigoureuse des statistiques. « Cinq types de données existent : celles du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM) qui recense les appels téléphoniques au numéro « allo, enfance en danger » ; les statistiques de l'éducation nationale par académie ; les statistiques de la police qui recensent les plaintes et les faits ; les tableaux de bord des tribunaux pour enfants qui recensent les enfants qui ont fait l'objet d'un signalement judiciaire ; l'enquête annuelle de l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) sur les signalements d'enfants en danger reçus par les conseils généraux. Toutes ces statistiques se situent en amont de la décision d'intervention. D'autres statistiques se situent en aval de la décision et permettent d'avoir une idée des types de mesures : accueil familial, placement en internat, action éducative en milieu ouvert... Si la palette d'interventions est relativement diversifiée, force est de constater que celles-ci n'ont pu enrayer l'augmentation des enfants nécessitant une intervention de la protection de l'enfance. » (Rapport ONED 2005)

Au 1er janvier 2007, sur l'ensemble de la France, bénéficieraient d'au-moins une mesure en protection de l'enfance :

- 1,9% des moins de 18 ans, soit 266 000 mineurs
- 0,9% des 18-21 ans, soit 21 400 jeunes majeurs

La moitié de ces jeunes font l'objet d'un « placement », les autres d'une mesure en milieu ouvert. Un an auparavant, sur l'ensemble de la France et selon cette même estimation, le taux de prise en charge était de 1,8% pour les moins de 18 ans (255 300 mineurs) et de 0,9% des 18-21 ans (21 400 jeunes majeurs). Soit une légère augmentation de la proportion de prises en charge des mineurs et jeunes majeurs, d'une année sur l'autre, par la collectivité au titre de la Protection de l'enfance.

Si l'on ajoute à ce nombre, ce que l'ONED appelle « le chiffre noir » de l'enfance en danger, calculé par le biais des enquêtes de victimation (ONED, 2008), et qui considère qu'environ « 0,3% des hommes et 2,3% des femmes auraient vécu des violences sexuelles de manière répétées durant l'enfance sans avoir été repérés « en danger », on mesure l'intérêt de nous pencher sur les enfants concernés.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Source : exploitation par l'Oned de l'enquête EVS -événements de vie et santé- Note 1 (Oned, 2008). Une estimation du chiffre noir de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation.

Sans craindre une dramatisation du discours, on peut donc penser que ces enfants présentent des risques au niveau de leur santé, qu'ils s'écartent peu ou prou des moyennes nationales enregistrées pour la population générale des 0-18 ans.

## **2. L'indifférence à la différence, l'état des connaissances**

### **2.1. La rareté des études**

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, celles-ci sont rares, partielles, et soulignent à chaque fois des difficultés majeures dans l'accès aux données. Malgré ces faiblesses, leurs conclusions méritent un arrêt sur image. Nous citerons :

- La santé des enfants en danger. Etude de Santé Publique de 2000 en région parisienne (départements 77, 92, et 95). Cette étude souligne l'impact des déterminants sociaux sur la santé et que « les inégalités commencent dès l'enfance, ce qui explique pour partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc. ». Dans ce département des Yvelines, le Docteur Marie Hélène Franjou (colloque Ile de France 2006) notait que la première enquête menée par les Drs Jouvensal et Sauviat, sur la santé des enfants de moins de 10 ans confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Seine et Marne, datait de 1992. On y trouvait des « vaccinations non faites, des troubles de l'audition et de la vision non repérés ou non pris en charge, des troubles du langage non rééduqués ». Ce triste tableau plaidait déjà en faveur d'un bilan médical systématique à l'admission.
- Plus actuelles et de plus grande envergure sont les études faites par le CAREPS (Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble) en collaboration avec les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris sur les enfants confiés en 1997-1998 et 2003. Sur un corpus de 500 enfants, on y repère toujours des problématiques médicales lourdes, des troubles du développement psychomoteur touchant plus d'un enfant sur trois et des séquelles psychologiques (20 à 30%) et/ou physiques (5 à 8%) liées à des mauvais traitements. Les perturbations psychologiques sont fréquentes de type : troubles du sommeil, de la conduite alimentaire, du comportement. Sont repérés des troubles dépressifs à tous les âges : 14% chez les nourrissons, 20% chez les 3-6 ans. Les 25% retrouvés chez les 14-15 ans sont proches des pourcentages retrouvés dans la même classe d'âge en population générale et dans celle prise en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (respectivement 27 et 28%).
- Une autre étude intitulée « Observer les situations de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs relevant du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance des Yvelines » (Patricia

Fiacre, Carole Peintre et Jean-Yves Barreyre, 2003), corrobore ces données. L'échantillon est constitué de 541 enfants placés dans le département. Globalement la répartition par sexe est assez paritaire. La répartition par groupe d'âge est intéressante puisqu'on note une répartition assez équilibrée des groupes d'âge, avec 53 % d'enfants et de pré-adolescents et 47% d'adolescents et jeunes majeurs. L'âge moyen des garçons mineurs de l'échantillon est égal à 11,7 ans, celui des filles est de 11,9 ans. Les raisons du placement : Dans 8 cas sur 10, il s'agit d'un placement judiciaire. Ces résultats confirment et accentuent l'évolution repérée depuis plusieurs années d'une judiciarisation du placement. 7 fois sur 10, le placement est motivé par le ou les risques encourus par l'enfant : il s'agit, principalement et par ordre décroissant d'un risque éducatif (65%), d'un risque pour la santé psychologique de l'enfant (43%) ou d'un risque de mise en insécurité (35%). Les personnes à la source du risque sont d'abord des membres de la famille (cités dans 86 % des cas) et dans une moindre mesure l'enfant lui-même (cité dans 17% des situations). Dans 3 cas sur 10, le motif du placement est la maltraitance : il s'agit dans 1 cas sur 2 de violences physiques, puis de violences psychologiques (citées dans 39% des situations d'enfants maltraités), de négligences lourdes (34%) et d'abus sexuels (23%). »

La plupart des enfants rencontrent plusieurs difficultés avec pour 70% d'entre eux une fragilité psychoaffective, pour 40% des difficultés scolaires et pour 16% d'entre eux des problèmes de violences physiques ou verbales. Mais le placement en tant que réponse globale ou unique montre ses limites lorsque les équipes notent que les réponses à ces difficultés ne sont pas toujours présentes et satisfaisantes : plus de 4 enfants sur 10 souffrant de fragilité psychoaffective ne bénéficient pas d'une réponse satisfaisante. Plus d'1 enfant sur 3 rencontrant des problèmes scolaires ne disposait pas au moment de l'enquête d'une réponse adaptée.

Cette absence de réponse aux difficultés des enfants interroge. Comme à l'école où règne selon Bourdieu<sup>4</sup>, « l'indifférence à la différence », la Protection de l'enfance enregistre les difficultés des enfants sans réussir à y remédier<sup>5</sup>.

Les auteurs de la recherche des Yvelines notent que « pour les difficultés plus rares comme les troubles psychologiques graves (4% de la population des enfants placés), l'absence de réponse satisfaisante atteint 6 pour 10 situations. La situation est la même pour les enfants sans papier ou seuls en France (4% de l'échantillon, 60% d'absence de réponse satisfaisante). Pourtant, les structures travaillent en partenariat avec d'autres services sanitaires ou sociaux : près de 80% des enfants bénéficient d'au moins un suivi complémentaire. Il s'agit pour 3

---

<sup>4</sup> Bourdieu, P. (1966). L'inégalité sociale devant l'école et devant la culture, in *Revue française de sociologie*, n° 3, pp. 325-347

<sup>5</sup> Berger, M. (2004), *L'échec de la protection de l'enfance*. Dunod.

enfants sur 4 d'un suivi social par un référent de l'aide sociale à l'enfance et pour 1 enfant sur 2 d'un suivi psychologique. »

- Nous avons nous-mêmes fait le constat de cette carence de soins spécifiques lors d'une étude menée en 2000 (corpus = 600 enfants) sur la prévalence et les caractéristiques de la maltraitance parmi les enfants placés en foyer de l'enfance (Dayan, Sellenet, 2000). La majorité des enfants ayant par exemple souffert d'une maltraitance sexuelle ne bénéficiait pas d'un suivi spécifique, comme si seul le temps allait cicatrifier les blessures.

- Enquête Maine et Loire (2006). Corpus 92 enfants. Cette recherche met en évidence « la très faible médicalisation des établissements et des services accueillant les enfants confiés à l'ASE, ce qui explique sans doute en partie l'absence de toute étude scientifique sur ce sujet : très peu de foyers de l'enfance ont, parmi leurs employés, un médecin ou un pédopsychiatre salarié, même à temps partiel. En effet, une étude (6) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) confirme cette situation, puisqu'il existait, en France, le 01/01/1998, 199 foyers de l'enfance (9 800 places d'accueil) avec 9 100 employés équivalent temps plein dont seulement 0,6 % correspondait au personnel médical (psychiatres, autres spécialistes et généralistes) et 1 126 maisons d'enfants à caractère social (41 800 places d'accueil) avec 26 500 employés équivalent temps plein dont seulement 0,3 % de personnel médical. Il n'existait pas de travail étudiant la population des parents des enfants placés, et par conséquent, pas d'études croisant les données des parents et celles des enfants. »

Sur 252 dossiers attendus au niveau de l'analyse, seuls 92 dossiers ont donc pu être correctement référencés dans cette enquête. On mesure dans cet écart les difficultés rencontrées par les chercheurs, difficultés qui seront identiques pour notre étude en Loire Atlantique, alors même qu'il existe une cellule médicale spécifique chargée du suivi de la santé des enfants accueillis.

Les résultats de la recherche effectuée dans le Maine et Loire montrent que l'on retrouve la même échelle qu'au niveau national, à savoir, en premier lieu, selon l'ODAS, une hiérarchie des causes de placement :

- 50 % des enfants signalés sont confrontés à des carences éducatives,
- 30 % des enfants signalés vivent des conflits de couple,
- 13 % des enfants sont exposés aux problèmes psycho-pathologiques des parents et
- 12 % à des problèmes de dépendance à l'alcool ou à la drogue

Ces éléments ne sont pas sans répercussion sur l'état de santé des enfants. L'auteur note :

- « Un nombre non négligeable de ces enfants avaient une croissance staturo-pondérale anormale avec un poids non compris entre -2 et + 2 déviations standard (DS) dans 15 % des cas et une taille inférieure à la normale de plus de 2 DS pour 9 % des enfants. Les vaccinations n'étaient pas à jour pour un quart des enfants. 74 % des enfants ont des capacités visuelles normales. Les autres souffrent d'amétropie (astigmatisme, myopie, hypermétropie : 7 %) ou de strabisme (7 %) ; ils ne sont que 53 % à être traités ou suivis pour leurs troubles.

90 % des enfants ont une capacité auditive normale. 28 % des enfants ont des infections ORL à répétition dont seulement 69 % sont traités ou suivis. 9 % des enfants ont eu des indications ORL chirurgicales antérieures et 3 % ont des indications ORL chirurgicales actuellement.

15 % des enfants ont des troubles digestifs : reflux œsophagien (14 %), troubles du transit (10 %) ou d'autres troubles (15 % dont trois enfants souffrant de troubles du comportement alimentaire).

Les troubles bénins de l'enfance n'étaient pas toujours pris en compte. Par exemple, les chercheurs notent que « 23 % des enfants souffrent de caries dentaires, 10 % de ces enfants ont moins de 4 ans et 57 % ont de 4 à 6 ans. Seulement 29 % d'entre eux sont traités. 8 % des enfants ont des indications orthodontiques. »

Une longue liste de maladies donne un état de la population enfantine, comme l'asthme (16%) ; l'eczéma (9%)... mais sans référence à la population générale du même âge, ces données donnent alors le sentiment d'un désastre impossible à relativiser.

Les troubles du développement sont référencés : 13 % des enfants ont un retard global de développement. 22 % ont un retard de langage, 10 % des enfants présentent des troubles neurologiques (autisme, mutisme, troubles du comportement). En face, les soins semblent particulièrement insuffisants : 16 % ont eu un suivi régulier et 10% un suivi occasionnel. Cette prise en charge était réalisée par un psychiatre (25 %) ou une psychologue (21 %), le CMP pour 25 % et le CMPP pour 8 %. L'enfant était en souffrance psychique avérée dans 34 % des dossiers. »

**Première remarque :** Si des disparités non négligeables peuvent exister d'un département à l'autre rendant difficile les comparaisons (choix non unifié des items, corpus différents...), le constat reste cependant le même, celui d'une plus grande fragilité des enfants accueillis, tant sur le plan de la santé physique, psychique, que des trajectoires scolaires. Or c'est pendant l'enfance que se construit le devenir de ces enfants.

## 2. 2. Le devenir de ces enfants ?

Faute d'une culture de l'évaluation en France, ce devenir reste le point aveugle des politiques menées. Quelques études, que nous pouvons citer, existent cependant :

- La première étude effectuée dans le Maine et Loire (1983) sur des enfants accueillis en 1976. « Le foyer de l'enfance de Maine-et-Loire : à propos de l'étude de 53 enfants placés en 1976, leur adaptation en 1981-1982 », thèse de docteur en médecine, Chantal Chevillard-Doumert, Angers, 1983.
- Coppel M., Dumaret A.C., Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'Œuvre Grancher. Analyse d'un placement spécialisé, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995.
- « Devenir à 5 ans de 45 enfants placés avant l'âge de 3 ans à l'aide sociale à l'enfance de Loire-Atlantique » (1998), thèse de docteur en médecine, Agnès Duliège-Muet.

- Corbillon M., Auscher T. (1990) Le devenir des enfants placés dans la Nièvre, Convention d'étude conseil général de la Nièvre, GERIS, 71 p.
- Dumaret A.C., Coppel-Batsch M. (1996) Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. La Psychiatrie de l'Enfant, 2, 613-671.
- Gheorghui M.-D., Labache L., Legrand C., Quaglia M., Orta J.-R., Teixeira M., La recherche des personnes et les entretiens, novembre 2000 – mai 2002, Rapport final de la recherche longitudinale sur le devenir des personnes sorties de l'ASE en Seine-Saint-Denis entre 1980 et 2000, Non publié, Bobigny, juin 2002, 478 p
- Devenir à l'âge adulte des jeunes placés avec leur fratrie au village d'enfants de Marseille. Camille Dumaret, Marie Constantin-Kuntz, Monique Crost (2006)
- Mignot C., Straus P., Drouet M., Girodet D. Goussault B. Rouer M. (octobre 1991) Etude du devenir à long terme d'une cohorte d'enfants maltraités dans leur première enfance. Rapport de recherche de l'AFIREM au Ministère de la Justice.
- Sellenet C. (2008-2011) Life after institutional care, equal opportunities and social inclusion for young people, identification and promotion of best practices. Recherche internationale menée avec l'Association Dei Bambini

Des connaissances existent donc sur le thème de cette nouvelle recherche, menée en Loire Atlantique, mais aussi des zones d'ombre, sur la façon d'évaluer la santé des enfants, sur la définition même de ce que nous appellerons « la santé ».

C'est donc par une définition de la santé que nous commencerons avant d'évoquer la méthodologie choisie et les objectifs poursuivis, les difficultés rencontrées, enfin l'analyse des résultats et les pistes de réflexion dégagées suite aux deux études statistiques mises en œuvre pour ce département. La dernière partie abordera l'approche qualitative en donnant la parole aux enfants, à l'aide d'entretiens et du questionnaire Auquei, sur une autoévaluation de leur qualité de vie.

### **2.3. Redéfinir la santé, l'univers théorique de cette étude**

Dans un texte intitulé « redéfinir la maladie et la santé », Jérôme Porée<sup>6</sup>, 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,

---

<sup>6</sup> Revista Filosófica de Coimbra — n°33 (2008). P. 185-202

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.

Avec une autre approche, Catherine Rollet, fait le même constat à partir de la structure des carnets de santé (Rollet, 2005). L'historienne note que le carnet de santé proposé par le Docteur Fonssagrives est fortement marqué par l'idée d'une transmission héréditaire des maladies, mais aussi que ce carnet de santé présente une vision singulière du féminin et du masculin. En effet, Fonssagrives « réserve six pages à la puberté pour les filles tandis qu'il consacre pour les garçons deux pages aux exercices physiques et forces et deux pages au travail d'esprit : c'est le seul élément, hautement significatif, qui différencie les deux livrets. Les exercices qui retiennent l'attention du docteur sont l'équitation, l'escrime, la natation et l'art manuel, des activités bien connotées socialement en ce qui concerne les deux premières. Tandis que le travail d'esprit renvoie à la vie scolaire et aux aptitudes intellectuelles. Les femmes sont entièrement définies par leur corps, tandis que les hommes doivent équilibrer les deux forces, physiques et intellectuelles. »

Ainsi, Jérôme Porée comme Catherine Rollet, nous alertent sur le choix des indicateurs retenus, choix qui met en jeu nos propres représentations de la santé. Rien ne dit que ce que nous appelons santé de l'enfant soit partagé par ce dernier. Prônant un retour à l'expérience singulière du patient, Jérôme Porée propose alors de définir la « maladie comme un effort impuissant pour être soi » (Porée, 2008). A contrario, « La santé pourra être définie elle-même, s'il en est ainsi, comme la puissance d'être soi. » (Porée, 2008, p. 200). Puissance d'être soi, la santé est toujours à la fois celle d'un organisme en troisième personne et celle d'une existence assumée en première personne.

Cette définition, si nous y adhérons, nous oblige à ne pas nous contenter d'une évaluation quantitative des symptômes présentés par les enfants, mais à nous intéresser à la santé vécue et exprimée par les intéressés.

Dans cette étude, nous ferons donc 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. Cette appréciation de la santé des enfants prend appui sur la base de données de la cellule médicale. Nous ferons l'analyse critique de cette base au regard du carnet actuel de santé valable pour tous les enfants sur le territoire, et proposerons secondairement une deuxième recherche introduisant d'autres items importants, selon nous, pour apprécier la santé au sens large, de cette population d'enfants.
- mais aussi à la santé subjective, exprimée et dite par les enfants, afin de promouvoir l'amélioration de leur suivi et de leur quotidien. A la notion de santé, nous associons donc celles de bien-être et de qualité de vie, plus larges, permettant aux enfants de dire un peu plus de leurs besoins, attentes, manques, au sein des établissements qui les accueillent.

- **De la santé au bien-être et à la qualité de vie**

Du point de vue législatif, plusieurs textes expriment la volonté de veiller à la qualité de vie des enfants. Certes, le terme de qualité de vie n'apparaît pas comme tel mais dans l'esprit de la loi les notions d'intérêt de l'enfant, de bien-être, sont présentes. Nous avons cité l'existence du terme « bien-être » dans la convention internationale de 1989, du terme « qualité » dans la loi de 2002, la présence de la notion « d'intérêt de l'enfant » dans la loi de 2007...

Pour autant, cette exigence de qualité de vie des enfants est loin d'être atteinte. Le dernier rapport de 2009, du comité des droits de l'enfant, émet de nombreuses réserves dans tous les domaines de la vie de l'enfant, dont l'éducation, les loisirs, les droits, la protection...

- **Qu'appelons-nous bien-être et qualité de vie ?**

D'abord étudiée par des sociologues et des psychologues, ce sont principalement les médecins qui ont contribué à l'explosion des recherches sur la qualité de vie. Pour les chercheurs, l'intérêt de cette notion réside dans la prise en compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé telle qu'elle est définie au niveau international (OMS, 1994)<sup>7</sup>. Toutefois, cette notion a surtout retenu notre attention en raison de l'importance qu'elle accorde au point de vue subjectif des individus. En effet, progressivement la définition de la qualité de vie est passée d'une conception objective, qui renvoie aux conditions de vie matérielles et à l'absence de maladie, à une conception subjective intégrant le bien-être physique, économique, psychologique et social des individus (Upton, Lawford & Eiser, 2008)<sup>8</sup>. Toutefois, comme le soulignent Missotten et ses collaborateurs (2007)<sup>9</sup>, le caractère multidimensionnel de cette notion la rend particulièrement complexe à opérationnaliser.

Ainsi, bien que la plupart des outils permettant d'évaluer la qualité de vie des enfants soient inspirés des questionnaires destinés aux adultes, la quantité et le contenu des domaines explorés varient considérablement selon les auteurs. Par ailleurs, les enfants se développent dans un contexte social différent des adultes (Matza, Swensen, Flood, Secnik & Leidy, 2004)<sup>10</sup> et les critères qu'ils utilisent pour évaluer leur qualité de vie ou leur bien-être sont susceptibles d'évoluer tout au long de leur développement. Par conséquent, dans cette recherche nous avons choisi d'utiliser des outils créés en interrogeant directement les enfants sur les sources de satisfaction et d'insatisfaction qu'ils rencontrent dans leur vie. En effet, selon nous les enfants sont non seulement les mieux placés pour évaluer leur qualité de vie, mais également pour définir ce qu'est, pour eux, une vie de qualité. Conformément au modèle

---

<sup>7</sup> OMS (1994). *Working group. Definition of the Quality of life.*

<sup>8</sup> Upton, P., Lawford, J. & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 17, 895-913.

<sup>9</sup> Missotten, P., Etienne, A. M. & Dupuis, G. (2007). La qualité de vie infantile : état actuel des connaissances. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 12, 14-27.

<sup>10</sup> Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K. & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, 7, 79-92

écologique de Bronfenbrenner (1979)<sup>11</sup>, nous pensons que l'enfant est acteur de son développement et que ce ne sont pas les caractéristiques objectives du milieu mais la façon dont l'enfant perçoit son environnement qui exerce l'influence la plus forte sur lui. Selon cet auteur, il n'est tout simplement pas possible de comprendre le comportement des enfants en ne tenant compte que des propriétés objectives de leur environnement sans savoir ce qu'elles signifient pour eux. Ainsi, la perception que les enfants ont de leur environnement doit nécessairement être prise en compte si l'on souhaite comprendre comment le milieu dans lequel ils évoluent exerce une influence sur eux et sur leur développement. Nous reviendrons sur ces points dans le chapitre V lorsque nous présenterons nos outils pour apprécier cette qualité de vie.

---

<sup>11</sup> Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

## **Chapitre II- Méthodologie, corpus, objectifs**

Prendre en compte, dans cette recherche, le point de vue des enfants, est donc pour nous un incontournable, au-delà des difficultés rencontrées sur le terrain : la nécessité d'obtenir l'autorisation parentale des enfants placés en institution ; les capacités cognitives et langagières des enfants ; les troubles de l'attention et du comportement, certains de ces enfants ayant eu des orientations de la Maison Départementale des Personnes Handicapées...

Cette étude a été menée en trois temps.

### **1. Première approche statistique sur la base médicale du département**

Le premier temps est statistique, il s'appuie sur la base manuelle des données médicales enregistrées au sein du Conseil Général de Loire Atlantique. Cette base de données, qui a été transformée en base numérique par nos soins à l'aide du logiciel Sphinx, 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 » et rend compte néanmoins du travail accompli.

Les objectifs initiaux de la recherche proposaient dans une seconde étape, à la demande du Conseil Général, un centrage sur une population particulière : celle des enfants orientés en Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Ce choix était justifié par les craintes de certains professionnels qui notaient que ces enfants leur posaient des problèmes tant au niveau de la prise en charge que de leur devenir. Faute de structures adaptées à leur problématique, repérée lors d'un passage en commission MDPH, bon nombre de ces enfants semblaient ne pas bénéficier des prises en charge dont ils avaient besoin. D'autre part, l'étude de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) du 31 décembre 2005, sur le dispositif de prise en charge des enfants handicapés en Pays de la Loire, montrait que 963 enfants et adolescents handicapés étaient en attente de place en établissement (dont 26% en Institut médico-éducatif (IME), 17% en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) ou services (52%), dont 470 pour la Loire Atlantique. Parmi ceux-ci, des enfants relevant également de la Protection de l'enfance se trouvaient dans des établissements non équipés pour leurs troubles. Sur cette population, plus vulnérable du point de vue de la santé, nous avons souhaité dépasser l'évaluation en extériorité du sujet et rendre compte de l'autoévaluation faite par ces enfants de leur santé et de leur qualité de vie, à partir d'entretiens. Nous avons prévu, initialement, 20 entretiens exploratoires pour les enfants d'âge supérieur à 12 ans, afin d'affiner les outils statistiques et pour rendre compte de parcours de vie. Seuls sept entretiens semi-directifs ont été menés et enregistrés avec des enfants ayant une orientation MDPH, sur la perception de leur qualité de vie. L'état de certains enfants (extrême angoisse et instabilité) et des malentendus au niveau de l'accompagnement et de la

sollicitation de ces enfants, ont rendu ces entretiens impossibles d'un point de vue éthique. Nous ne souhaitons en effet que des entretiens effectués sur la base du volontariat des jeunes. Les sept entretiens étudiés remplissent ces conditions.

## **2. Deuxième approche statistique par un questionnaire via les établissements**

Une seconde étude a dès lors dû être menée pour combler les manques de la première, elle explique le retard pris dans la présentation des résultats. Cette seconde étude a directement sollicité les référents de chaque enfant dans tous les établissements d'accueil, soit 28 lieux d'accueil sur le département :

1. Adsea ; 2. Bethleem ; 3. Brottier ; 4. Cdef ; 5. les Cèdres; 6. Félix Guillou ; 7. la Jaunaie ; 8. le Logis ; 9. Oasis ; 10. Petites unités ; 11. Saint Joseph ; 12. Trémac ; 13. Ty Breiz ; 14. Ville marine ; 15. Ty ar Vugale ; 16. Cao ; 17. Anef ; 18. Anjorant ; 19. les Korrigans ; 20. Saint Vincent de Paul ; 21. la Vie au grand air ; 22. HAJI ; 23. Confluence sociale ; 24. l'Arbre à malice ; 25. Génétais ; 26. Tour du moulin ; 27. la Courte échelle ; 28 : SOS village enfants

Le choix du référent a été fait en fonction du degré de connaissance du jeune. Le référent 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 (voir questionnaire en annexe 2). La saisie a été faite avec le logiciel Sphinx. Le questionnaire est en annexe de cette recherche.

## **3. Deuxième approche statistique par un questionnaire via les établissements**

Une approche par autoévaluation auprès des enfants de deux établissements significatifs, désignés par le Conseil Général, à l'aide questionnaire AUQUEI, différencié selon les tranches d'âge, a été mise en œuvre. Ces deux établissements sont :

**Bethleem** : Mecs, établissement mixte, accueillant 72 enfants placés par l'ASE ou la PJJ.



La maison d'enfants de Bethléem était à l'origine un orphelinat dirigé par des religieuses où vivaient près de 250 enfants. Aujourd'hui, c'est une structure associative (association loi 1901) qui accueille plus de 70 enfants âgés de 3 à 16 ans répartis en 3 sections d'âge et en 6 groupes d'une douzaine d'enfants. Chaque groupe possède ses propres locaux avec salle à manger, salle d'activités, chambres pour 1 à 6 enfants. 75 salariés y travaillent, dont 6 à temps plein. Les enfants sont accueillis suite à la décision d'un juge d'enfants ou au choix des parents de confier leurs enfants. La durée de séjour moyenne à la maison de Bethléem est de 2 ans et demi.

**Maison d'enfants Saint Vincent de Paul** : Mecs située au cœur de Nantes, dont les données de présentation ci-dessous sont extraites du site même de la MECS.



La Maison d'Enfants Saint Vincent de Paul existe depuis 1852, date à laquelle les filles de la Charité (Congrégation fondée par Saint Vincent de Paul) ont commencé à accueillir des enfants souvent orphelins ou dont les familles avaient des difficultés pour les prendre en charge. Longtemps la Maison d'Enfants a fonctionné comme un orphelinat, les sœurs y travaillaient bénévolement, les seules ressources provenaient de dons et legs mais aussi de la participation financière des familles quand elles le pouvaient. Dans une période plus rapprochée, les religieuses percevaient une pension pour les enfants placés par l'Assistance

publique. En 1958, l'Association les Amis de Saint Vincent de Paul a été créée pour aider notamment les religieuses dans la gestion de la Maison, puis celles-ci ont été remplacées par des professionnels. En 1981, une Convention est signée avec le Département de Loire Atlantique, la Maison d'Enfants Saint Vincent de Paul est agréée pour recevoir des enfants au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance. Au fil du temps, la Maison d'enfants a dû s'adapter pour répondre aux nouveaux besoins des enfants sans pour autant oublier sa mission première d'accueil et de protection des enfants (source : site de la maison Saint Vincent de Paul).

La Maison d'Enfants Saint Vincent de Paul est un établissement à caractère social. Elle exerce des prises en charge d'enfants dans le cadre de « la protection de l'enfance en danger » ou des accueils provisoires dans le but d'aider les parents qui peuvent se trouver momentanément dans des situations critiques. Enfin, elle bénéficie d'une habilitation au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance. Les enfants sont hébergés au sein de 3 unités de vie, organisées sous forme d'appartements (chambres, cuisines, salle de bains, salons ...), tenues chacune par une maîtresse de maison.



L'établissement accueille des enfants (garçons et filles) en danger avéré nécessitant une prise en charge protectrice du type internat classique. La maison est agréée pour une capacité de 34 lits pouvant accueillir des filles de 6 à 18 ans et des garçons de 6 à 12 ans tout au long de l'année.

Notre approche de la santé et de la qualité de vie des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance, est donc double : à la fois quantitative pour proposer une vue panoramique, susceptible de donner des grandes tendances, pouvant être comparées à la population globale d'un département ; voire pour orienter l'action et les services proposés à ces enfants. Mais l'approche est aussi qualitative pour redonner aux enfants un espace d'expression sur leurs propres perceptions liées à un vécu quotidien singulier, séparé de l'univers familial, collectif, institutionnel. De cette double approche, nous espérons extraire des pistes pour améliorer le présent et le devenir de ces enfants.

### **Chapitre III- Première recherche et difficultés rencontrées**

Sur les objectifs définis en phase 1 de cette première recherche, la création de la banque informatisée des données médicales a été effective. Les principales difficultés ont concerné :

- l'accès aux données. Aucune saisie ne pouvant être effectuée sans la présence du médecin pour des raisons de confidentialité médicale.

-Tous les établissements ne renvoient pas le certificat médical à la cellule du service, d'où 27,8% de non-réponses dès le départ de l'enquête.

-Certaines données sont apparues faiblement renseignées, dont celles sur l'état psychologique de l'enfant.

Mais au-delà des faiblesses constatées, l'analyse de ces données présente l'intérêt de montrer combien les questions de santé sont difficilement appréhendées en Protection de l'enfance, alors même qu'une structure de recueil des données existe depuis longtemps dans ce département.

#### **1. La Protection de l'enfance en Loire Atlantique**

La Protection de l'enfance en Loire Atlantique, au moment où se déroule cette recherche se présente ainsi<sup>12</sup> :

« Au 31 décembre 2011, **4994 enfants** ont été suivis en Loire-Atlantique au titre de la protection de l'enfance, soit 455 enfants supplémentaires par rapport à fin 2008 (+ 10 % en 3 ans). A l'échelle nationale, le nombre d'enfants concernés connaît une hausse de 2 à 3 % par an dès 2003. Si le nombre d'enfants suivis augmente dans l'ensemble de 10 % entre 2008 et 2011, les progressions les plus vives concernent les moins de 3 ans (+ 28 %, soit 77 enfants) et les 12-15 ans (+ 13 %, soit 183 jeunes). Il est à noter que seul le nombre de jeunes majeurs suivis se réduit sur la période (- 9 %, soit 20 jeunes). »

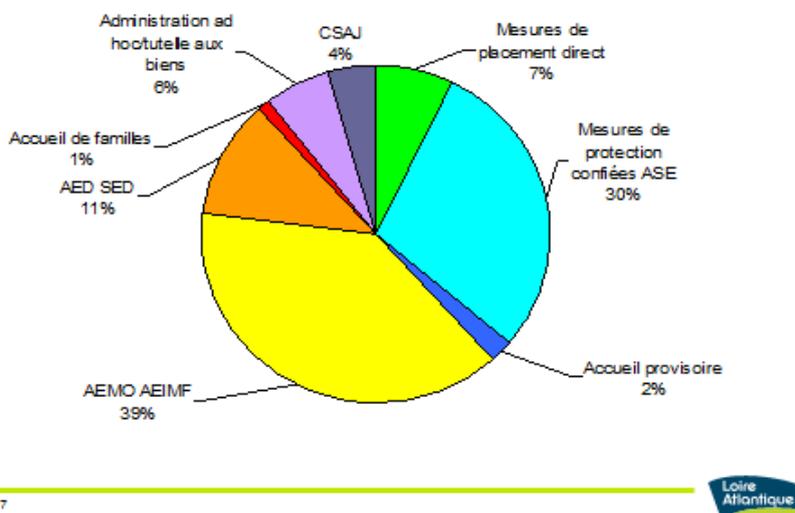
La répartition des actions auprès des enfants, au 31/12/2011, est la suivante :

---

<sup>12</sup> Les chiffres présentés sont extraits du logiciel d'action sociale Perceval et des données de gestion du service Action éducative et parentale du Département de Loire-Atlantique. Ils ont été présentés publiquement lors du « Rendez-vous départemental de la protection de l'enfance » du 26 septembre 2012.

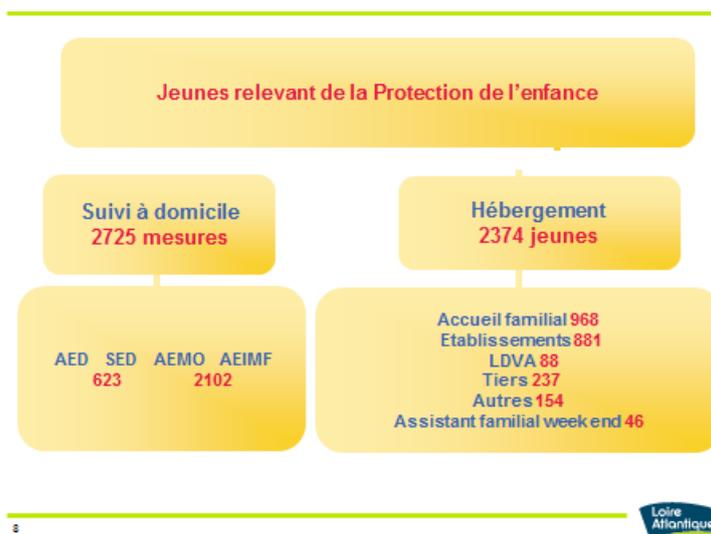
Figure 1 : Répartition des mesures au 31.12.2011

## Répartition des mesures au 31.12.2011



Les enfants qui intéressent cette recherche sont **au nombre de 881**, mais comme le placement en établissement représente 37% des accueils contre 42% (1014 enfants) en accueil familial, il y aurait lieu de dupliquer cette étude pour les autres enfants afin de favoriser une lecture comparative. D'autres enfants sont en lieux de vie (4% soit 88 enfants), chez un tiers digne de confiance (10% soit 237 enfants), ou autres<sup>13</sup> (6% soit 154 enfants).

Figure 2 : Répartition des enfants relevant de la protection de l'enfance selon le type de mesure (Loire-Atlantique)



<sup>13</sup> Autres : enfants accueillis en gites ; enfants dont l'accueil est hors département ; enfants en attente de placement.

Le profil des 881 enfants placés en établissements est le suivant : 44,3% de filles contre 55,6% de garçons, une sur-représentation masculine constante dans les effectifs. 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. C'est dans la tranche d'âge 12-17 ans que nous trouvons le plus de garçons.

### **1. 1. Présentation de la structure "santé" en Protection de l'enfance, Loire Atlantique, sur laquelle s'appuie la recherche :**

Dans le milieu des années 80, suite aux conséquences dramatiques d'une prise en charge médicale inadaptée pour un enfant confié, la Direction de la Protection de l'enfance de Loire-Atlantique a demandé aux médecins du service médical de l'époque de mettre en place un suivi pour les enfants. A cette période il y avait un service médical regroupant quatre médecins hors ceux de PMI. Tous les médecins du service étaient alors impliqués dans les différentes actions de suivi : contrôle médical, personnes handicapées, personnes âgées, actions de santé. Le choix a donc été fait de programmer une visite médicale annuelle pour chaque enfant confié physiquement à l'ASE : par des médecins de l'extérieur avec un retour par le biais d'un imprimé élaboré par le service. Les médecins effectuant cette visite pouvant être les médecins traitants, scolaires, de PMI ou tout autre médecin consulté. Au fil des années une spécialisation s'est mise en place au sein du service médical, avec un médecin dédié à chaque type de population dont, au début des années 90, un médecin travaillant pour la population prise en charge par l'ASE. Lors d'une réorganisation de la Direction, ce médecin a été rattaché directement au service de l'ASE, avec par la même, une intégration dans l'équipe de cadres de l'ASE.

L'unité médicale ASE ainsi constituée a développé une connaissance plus approfondie des problématiques et contraintes de la prise en charge de ces mineurs. Elle a ainsi mis en place les autorisations permettant le respect de l'intervention de l'autorité parentale : sollicitation des instances de l'état pour la création des différentes autorisations parentales pour tout ce qui concerne la santé : vaccinations en France, vaccinations lors de séjours à l'étranger, autorisation pour intervention programmée, autorisation pour examens à visée diagnostic et traitement au long cours. Ces autorisations dont les circuits impliquent les services éducatifs et administratifs, ont été étudiées dans le respect du secret médical. Plus récemment, on note la mise en place de l'autorisation d'accès aux éléments médicaux pour les médecins de PMI et ASE qui n'interviennent pas directement dans le suivi curatif de l'enfant, mais dont les éléments de ce suivi peuvent impacter les décisions d'orientation ou de prise en charge plus globale de l'enfant.

L'unité médicale a pour mission de :

- s'assurer que le lieu d'accueil a bien mis en place les prescriptions du médecin consulté (utilisation d'imprimé type, contact avec les familles d'accueil, les lieux de vie et les établissements).
- vérifier le suivi au long cours, surtout les pathologies non algiques et lors de changements de placements où les relais peuvent être distendus.
- suivre les dossiers accidents (tout traumatisme physique doit être déclaré au Conseil Général) avec avis sur les différents certificats.
- assurer la vigilance sur l'orientation professionnelle en cas de pathologie chronique, surtout pour les enfants sous tutelle ou avec une délégation d'autorité parentale (DAP).
- répondre aux différents lieux de placement sur toutes les questions relatives à la santé et aux soins.
- être disponible pour les mondes administratif et éducatif pour promouvoir le mieux-être des enfants qui sont confiés.

## **1. 2. Les données disponibles pour l'équipe de recherche (mars 2010)**

### **Le dossier médical**

À l'unité médicale, chaque enfant a un dossier médical, totalement indépendant du dossier administratif, sous la seule responsabilité du médecin du service et non accessible aux autres personnels de l'ASE. 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. Le contenu même du certificat est basé sur un examen clinique standard, le choix a été fait de détailler l'imprimé pour minimiser le temps d'écriture du médecin consulté. À population spécifique, contraintes spécifiques : un avis orthopédique est prévu pour toute prescription de semelles orthopédiques ; une visite dentaire semestrielle ; au moindre doute une visite ophtalmologique dès la grande section ; des éléments de connaissance sur les troubles psychologiques et les consultations, sont en principe présents.

Chaque enfant dispose d'un dossier médical constitué des certificats annuels renseignés par le médecin de PMI ou le médecin traitant, des bilans de spécialistes, des déclarations d'accidents et des comptes rendus d'hospitalisation. Les certificats sont envoyés aux établissements au début de chaque année scolaire et sont à retourner une fois la visite effectuée.

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 enfants pouvant être accueillis ou quitter les établissements tout au long de l'année scolaire, une date a dû être arrêtée afin de dresser la liste des enfants constituant notre échantillon de population. Cette date a été fixée au 15 mars 2010. Toutefois, cette procédure a eu pour effet de réduire la taille de l'échantillon. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux certificats n'ont pas été retournés à l'unité médicale.

La première partie du certificat (page 1) doit être remplie par l'accueillant (éducateur référent) avant la visite médicale au cours de laquelle il lui est demandé de présenter le carnet de santé de l'enfant et l'autorisation de ses parents. Cette première partie permet de recueillir des informations sur l'identité, la scolarité, les activités physiques et les loisirs des enfants. Les éducateurs doivent également dresser la liste des spécialistes intervenant auprès d'eux puis indiquer le lieu et la date de leur accueil dans l'établissement.

La seconde partie du certificat doit être remplie par le médecin de PMI ou le médecin traitant (pages 2 à 4). Avant l'examen, des informations sont demandées sur les antécédents (médicaux, chirurgicaux, traumatiques) et les vaccinations de l'enfant. Ensuite, l'examen médical se décompose en plusieurs rubriques (pages 2 et 3) :

- Croissance (poids, taille, indice de masse corporelle),
- Examen ophtalmologique (acuité visuelle avec et sans correction, pathologies),
- Examen ORL (acuité auditive, appareillage, pathologies),
- Examen bucco-dentaire (hygiène, caries, troubles orthodontiques)
- Examen de l'appareil locomoteur (scoliose, troubles orthopédiques)
- Examen cardiologique (tension, souffle, cardiopathie congénitale)
- Examen urologique (pathologies et malformations rénales, infections urinaires récidivantes, ectopie testiculaire)
- Examen neurologique (comitialité, migraine, convulsions hyperthermiques)
- Examen pulmonaire (mucoviscidose, surinfections bronchiques à répétition, asthme)
- Examen dermatologique
- Allergies
- Examens digestif, endocrinien et hématologique
- Examen neuropsychique (sommeil, conduites alimentaires, contrôle sphinctérien, langage, apprentissages, attention, conduites, mouvements stéréotypés, anxiété, dépression, conduites addictives, retard mental, troubles du développement).

Quelle que soit la rubrique, le médecin doit toujours préciser si un traitement est en cours, si un contrôle ou une consultation est souhaitable, et le nom du spécialiste.

Enfin, la dernière page du certificat concerne d'éventuels traumatismes survenus au cours des 12 derniers mois (nature, état, séquelles), les changements constatés au cours de l'année, le retentissement des différents problèmes de santé physique et/ou psychologique, d'éventuelles prescriptions, l'aptitude à pratiquer des activités sportives, la reconnaissance d'une Affection de Longue Durée (ALD) et une éventuelle orientation MDPH.

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.

## 2. Nos critiques et constats

Malgré cette structuration, son ancienneté de fonctionnement, et une méthodologie en place, les données recueillies nous ont semblé insuffisantes au regard des enjeux de cette recherche.

### 2. 1. Insuffisances sur le plan du contenu et des items retenus

La liste d'items que nous venons d'énumérer fait une large place aux données strictement médicales, y compris les moins présentes dans la vie des enfants, ce qui explique en partie la faiblesse des items renseignés<sup>14</sup>. Certains chiffres fantaisistes obtenus nous ont fait douter de la précision des observations faites et inscrites sur ces certificats médicaux.

Notre approche de la santé est également plus large et 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'entourent. 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-Gaudron<sup>15</sup> 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)<sup>16</sup> 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... À l'entrée en sixième, les chiffres sont sans appel, les enfants pauvres apparaissent nettement plus en retard

---

<sup>14</sup> Exemples sur les antécédents médicaux : (B01.9) Varicelle 13,7% ; (J45) asthme 12,3% ; H65-H67) otite 10,3% ; Rhinopharyngite 5,3% ; (J02.9) angine 4,7% ; (T78.4) Allergie 3,3% ; (J20) Bronchite 3,0% ; (L20) eczéma 2,3% ; (G40.9) épilepsie 2,0% ; (J30) Rhinite 2,0% ; (B09) Rougeole 1,7% ; (F98.0) Enurésie 1,7% ; (R01.1) souffle 1,7% ; (G43) Migraine 1,3% ; (J18.9) pneumonie 1,3% ; (R56.0) Convulsion 1,3% ; (A16.9) tuberculose 1,0% ; (B54) Paludisme 1,0% ...

<sup>15</sup> Zaouche-Gaudron, C. (2005), « Développement du jeune enfant. Approche multifactorielle », in *Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants ?*, ERES, p. 73-103.

<sup>16</sup> © La documentation Française. Paris 2004 ISBN : 2-11-005551-0

par rapport aux autres enfants. Ils ont cinq fois plus de probabilités d'être en retard par rapport aux enfants les plus favorisés. Mais c'est sans doute les sorties du système scolaire sans diplôme qui sont les plus parlantes : 17 % des enfants du premier décile (niveau de vie) ont arrêté leurs études à la rentrée de leurs 17 ans, contre 1 % environ dans les déciles de niveau de vie élevé. 12 % des enfants du premier décile (les plus pauvres) sortent sans diplôme du système scolaire. L'arrêt précoce des études touche donc principalement les enfants issus de familles aux niveaux de vie modestes et tout particulièrement les plus modestes d'entre eux.

Or, les enfants confiés en Protection de l'enfance proviennent généralement de ces milieux sociaux. La base de données consultée en Loire Atlantique ne prenant pas en compte ces données, ni les causes du placement, nous étions dans l'incapacité de croiser les variables sociologiques et psychologiques.

## 2. 2. Insuffisances sur le plan de la fiabilité statistique

Néanmoins, nous avons recueilli **525 réponses** concernant 306 garçons (58,3%) et 219 filles (41,7%). D'emblée le taux de non réponse, variable selon les items, mais jamais inférieur à 27,8%, donne la mesure de l'imprécision des sources sur lesquelles nous étions amenés à travailler. Le taux de 27,8% correspond à des certificats médicaux non renvoyés à la cellule médicale. 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.

**Tableau 1 : Répartition des enfants selon le médecin ayant effectué l'examen médical**

examen	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	146	27,8%
médecin traitant	292	55,6%
médecin traitant déclaré	16	3,0%
médecin de PMI	9	1,7%
médecin de santé scolaire	0	0,0%
médecin de l'établissement	62	11,8%
autre	0	0,0%
nsp	0	0,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>525</b>	<b>100%</b>

Cette insuffisance dans le recueil des données n'est pas propre au champ de la protection de l'enfance mais se retrouve pour tous les enfants, et dans tous les départements. Catherine Rollet (2005, *op. cit.*, pages 212 et suivantes) évoque à ce titre des thèses récentes de 2004 (thèse de médecine de Jean Benoit Dauphin) et de 2005 (thèse de médecine de Ségolène Maquet-Guyot) qui font les constats suivants :

- « 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 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 »

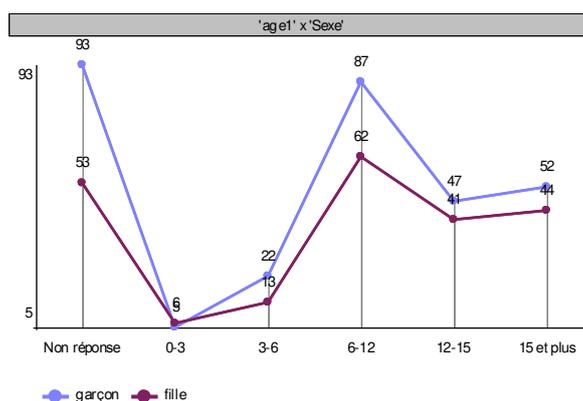
Le constat est sans appel : « moins de la moitié des courbes biométriques sont exploitables (une sur cinq ne contient aucun point), le développement du langage n'est quasiment jamais noté (un cas sur dix). » En conclusion on peut noter que si le carnet de santé est utile, il est nettement sous-utilisé par les praticiens. Ce ne sont donc pas seulement les enfants placés qui souffrent de cette absence de précision, mais tous les enfants français.

D'autre part, la répartition par âge initialement prévue faisait apparaître trois grandes catégories : les 0-1an (0,8%), les 1-14 ans (52,2%) et les plus de 15 ans (19,2%) avec 27,8% de non réponse. TROP large pour apprécier l'évolution des enfants, cette catégorisation a été retravaillée par nous, pour faire apparaître cinq tranches d'âge. Les enfants, pour lesquels toutes les informations sont présentes, sont répartis comme suit :

**Tableau 2 : Répartition des enfants selon leur tranche d'âge**

Sexe	garçon	filles	TOTAL
<b>age1</b>			
Non réponse	30,4%	24,2%	<b>27,8%</b>
0-3	1,6%	2,7%	<b>2,1%</b>
3-6	7,2%	5,9%	<b>6,7%</b>
6-12	28,4%	28,3%	<b>28,4%</b>
12-15	15,4%	18,7%	<b>16,8%</b>
15 et plus	17,0%	20,1%	<b>18,3%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Graphique 1 : Répartition des enfants selon leur tranche d'âge**



En ne travaillant que sur les réponses obtenues, sans prendre en compte les non réponses, nous apprenons que 61,5% des enfants sont en assistance éducative, 5,7% en accueil provisoire, 2,7% en tutelle ASE, 2,3% en CSAJ (contrats jeunes majeurs).

Dans ce corpus, l'autorité parentale est conjointe à 44,2%, exclusivement maternelle à 18,1%, paternelle à 3,8%.

Comparé à la population globale de 881 enfants accueillis en établissement, notre échantillon de 525 enfants fait apparaître une légère sur-représentation des garçons (55% dans la population globale contre 58,3% pour notre échantillon). La répartition par âge de notre corpus n'est pas totalement fidèle à la population globale : nous avons une sous-représentation des 12-15 et des plus de quinze, une différence due au 24,2% de non réponse.

### 3. Connaissance des enfants

L'arrivée de ces enfants dans les services de Protection de l'enfance est variable mais la plus grande partie des saisies concerne des enfants présents depuis plus d'un an dans le service.

#### 3. 1. La santé au sens strict

Concernant la santé au sens strict du terme, la base médicale se préoccupe du recueil des données sur :

-les antécédents médicaux : 39,2% des enfants sont concernés (en priorité, varicelles, asthme et otites). Les filles sont plus concernées que les garçons : 41,1% contre 37,9%.

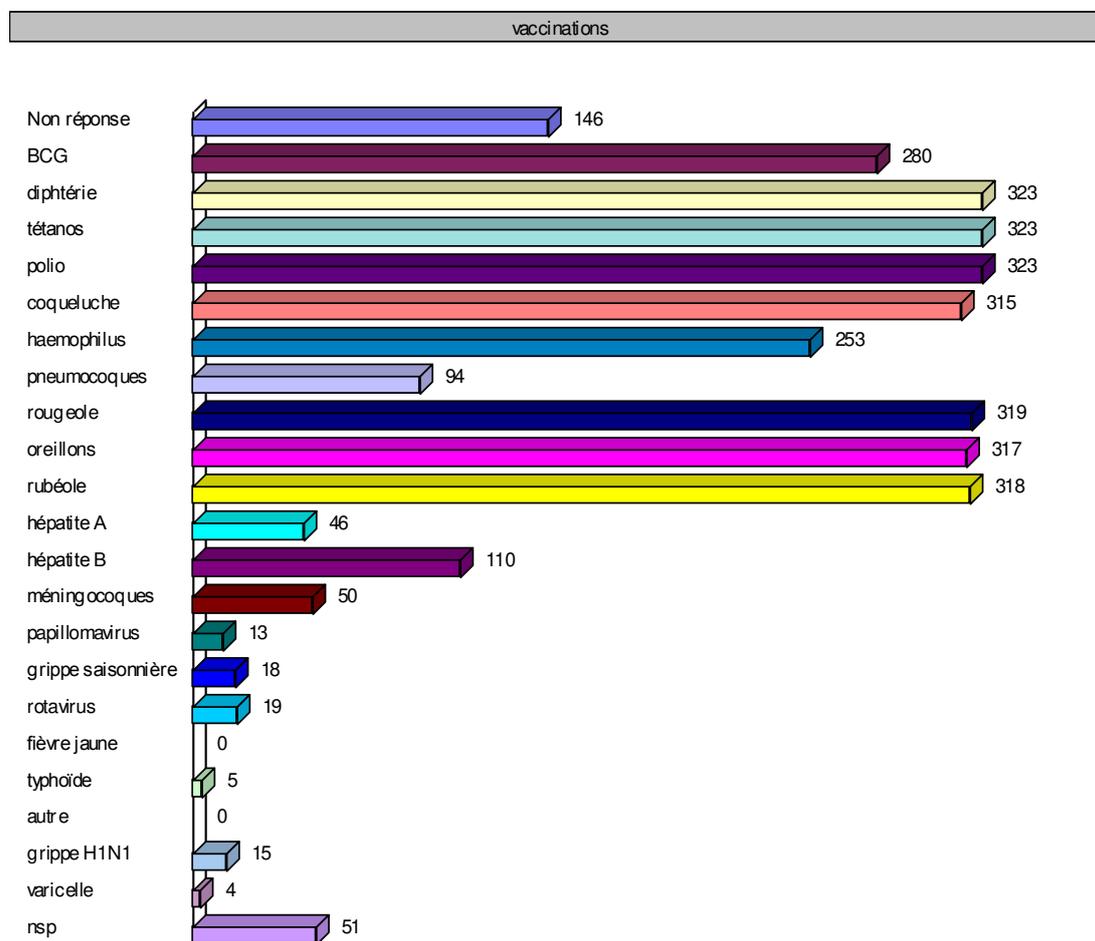
-les antécédents chirurgicaux : 19,2% des enfants (principalement adénoïdectomie et amygdalectomie) ; Les garçons sont plus concernés (22,2% contre 15,1% pour les filles).

-les antécédents traumatiques : 13,3% (traumatismes crâniens et plaies dentaires) ; Les garçons sont prépondérants : 14,1% contre 12,3% pour les filles.

-l'intra dermo réaction (0,6%), le HIV (un cas), l'hépatite B (un cas).

**L'état des vaccinations des 525 enfants semble correctement suivi, ce qui est une première différence positive par rapport aux études antérieures citées (étude des Yvelines de 1992 et 2000 ; étude du Maine et Loire de 2006 avec ¼ des enfants non vaccinés).**

**Graphique 2 : Vaccinations**



En cela la protection de l'enfance de Loire Atlantique semble respecter le cadre national qui prescrit un certain nombre de contrôles obligatoires.

### **3. 2. Rappel des examens de santé obligatoires de l'enfant**

Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et harmonisé avec le calendrier des vaccinations. La dimension préventive constitue aussi une part très importante de cette prise en charge (vaccinations, suivi de la croissance, du développement, alimentation...). Outre celles contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, qui sont obligatoires, les vaccinations contre la coqueluche, l'haemophilus influenzae, l'hépatite B, le pneumocoque sont recommandées chez les moins d'un an. Le BCG est désormais

recommandé seulement chez les enfants à risque de tuberculose. Plusieurs dépistages sont systématiquement proposés aux familles à la naissance, pour repérer certaines pathologies (phénylcétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie des surrénales, mucoviscidose et drépanocytose).

Ces examens sont destinés à suivre la croissance et la santé des enfants, et à dépister rapidement d'éventuels problèmes médicaux nécessitant un traitement afin de mettre en route une prise en charge le plus rapidement possible. Ces consultations ont pour but de permettre l'égal accès de toutes les familles à la surveillance médicale obligatoire de la santé de l'enfant de moins de 6 ans. Passé six ans, il est recommandé de continuer à effectuer des visites de suivi une fois par an.

### 3. 3. Les autres indicateurs de la base de données (Loire-Atlantique)

La base de données de la Loire Atlantique insiste sur d'autres variables comme :

- La surcharge pondérale : qui concerne 7% du corpus référencé + 6 cas (1,1%) d'obésité. Comparée à la recherche effectuée dans le Maine et Loire, la surcharge pondérale de plus de 2DS est de 11% en Loire Atlantique contre 15% en Maine et Loire.
- la taille de plus de 2DS inférieure à la normale ne concerne que 2,5% des enfants contre 9% dans le Maine et Loire en 2006.
- Sont également prises en compte des données sur les corrections visuelles qui concernent 20% des enfants ; l'acuité auditive normale à 69,5% (90% dans le Maine et Loire) ; les maladies de l'oreille ; les maladies buccales (6,5% de caries contre 23% dans le Maine et Loire en 2006, 10% d'anomalies dentofaciales) ; les maladies du système ostéo-articulaire (3,2% de scoliose) ; de l'appareil génito-urinaire ; du système nerveux ; de l'appareil respiratoire (asthme 4,8% contre 16% signalés dans la recherche Maine et Loire) ; les maladies de la peau (eczéma, 2,1% contre 9% dans le Maine et Loire) ; les allergies ; les troubles digestifs...

Cette longue liste est souvent peu référencée, ce qui ne permet pas une analyse et une mise en évidence de spécificités pour ces enfants accueillis en Protection de l'enfance. Faut-il en conclure que les enfants vont bien ? Faut-il douter de la fiabilité de ce recueil dont les items sont parfois obscurs pour de non-initiés ?

Plus quotidiens, les items autour des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, nous ont fait de nouveau nous interroger sur le recueil des données. Dans cette base de données, les enfants apparaissent peu sensibles aux insomnies (1,3%), aux cauchemars (1,3%), aux réveils nocturnes (4,6%), ce qui ne correspond guère aux autres études, y compris celles que nous avons menées antérieurement dans ce champ.

Les troubles alimentaires sont peu évoqués (entre 0,4% et 1,9%)

**Les troubles du contrôle sphinctérien concerneraient 7,6% des réponses pour l'énurésie, 2,3% pour l'encoprésie...** (rappel: dans la population nationale, La fréquence de l'encoprésie est de 3% à 4 ans et 1,5% à 8 ans. L'énurésie est fréquente, puisque environ 15 %

des enfants sont énurétiques à 5 ans, 5 % à 10 ans, 1 à 2 % à l'adolescence.) **Mais ces chiffres ne constituent en rien un symptôme spécifique des enfants accueillis car que ce soit pour l'énurésie ou pour l'encoprésie (supérieure d'un point par rapport à la moyenne nationale), la classe d'âge concernée est celle des 2-4 ans dans la première enquête.**

**Par contre dans la deuxième recherche, l'énurésie concerne 8% des enfants et l'encoprésie 4,3% mais à des âges où ces symptômes sont généralement en régression ; Ce ne sont donc pas les mêmes enfants qui apparaissent dans la seconde recherche :**

- 22 des enfants énurétiques sur 34, ont 6-11 ans, 8 ont entre 12-18 ans,
- 12 des enfants encoprétiques sur 18, ont 6-11 ans, 5 ont entre 12-18 ans.

**La seconde recherche, référencée par les éducateurs, montre sa plus grande fiabilité sur des champs qui semble-t-il ne sont plus questionnés par les médecins au-delà d'un certain âge.**

Sans alourdir le propos, notons que nous avons eu les mêmes interrogations pour les items : troubles du langage, troubles des acquisitions scolaires, troubles de l'attention, troubles des conduites, troubles anxieux, conduites addictives, retard mental...

A contrario, 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, nous y reviendrons ultérieurement.

#### **4. Une comparaison difficile de la santé des enfants avec les résultats départementaux**

A l'origine de cette étude, nous souhaitions comparer nos résultats aux chiffres nationaux et départementaux obtenus par les enfants dans la population globale. Or cette comparaison est difficile, le choix des indicateurs de santé étant variable d'une étude à l'autre, comme nous l'avons également déjà noté pour les études spécifiques citées en introduction (L'indifférence à la différence).

#### **4.1. Les indicateurs de santé**

Un indicateur de santé est une mesure unique (habituellement exprimée en termes quantitatifs) qui évalue une dimension essentielle de la santé, comme le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique. Les indicateurs tiennent également compte de divers déterminants de la santé, comme le revenu, ou de dimensions clés du système de santé, comme la fréquence à laquelle les patients retournent à l'hôpital pour d'autres soins après leur traitement. L'intérêt des indicateurs sanitaires est de décrire, expliquer, prévoir et contrôler la maladie. Selon les rapports les indicateurs de la santé sont nombreux et variés. Les comparaisons sont parfois difficiles.

Afin de pouvoir décrire plus simplement la situation de chaque académie par rapport aux autres, une variable de synthèse a été construite par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation, et des Statistiques (DREES, 2010)<sup>17</sup> à partir de sept variables relatives à la santé des enfants (pourcentages d'enfants ayant des problèmes de vision, des problèmes d'audition, des problèmes d'élocution, de l'asthme, des allergies alimentaires, au moins deux dents cariées ou étant obèses). Au moyen d'une analyse en composantes principales (ACP), l'indice synthétique a été construit comme la combinaison linéaire des variables de départ qui traduit au mieux les différences entre académies.

Il s'interprète comme un indicateur de la santé des enfants : plus sa valeur est grande, meilleur est, en moyenne, l'état de santé des enfants. En raison de leur situation très particulière, les académies d'outre-mer n'ont pas été introduites dans cette analyse.

La même méthode a été mise en œuvre à partir de dix variables relatives au mode de vie des enfants (pourcentages d'enfants qui dorment moins de dix heures par nuit, qui ne prennent jamais de petit-déjeuner, qui prennent un petit-déjeuner moins d'un jour sur deux, qui mangent ou boivent tous les jours des boissons sucrées, des produits laitiers, des fruits ou des légumes, qui mangent tous les jours à la cantine, qui passent au moins trois heures par jour devant la télévision ou les jeux vidéo les jours d'école d'une part, les jours avec peu ou pas d'école de l'autre). Cet indicateur s'interprète comme un indicateur des habitudes des enfants plus ou moins bonnes pour leur santé. Or, d'après les résultats de cette étude, l'état de santé des élèves de grande section de maternelle est fortement lié à leur hygiène de vie. Ainsi, les académies où l'obésité et les caries dentaires sont les plus fréquentes sont aussi celles où les enfants consomment le plus de boissons sucrées et où ils passent le plus de temps devant la télévision ou les jeux vidéo.

#### **4.2. La santé des enfants dans la région des Pays de la Loire**

La plupart des jeunes sont en bonne santé en France. Cependant, la première année de vie n'en constitue pas moins une période de grande vulnérabilité. Une part des handicaps trouve son

---

<sup>17</sup> DREES (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats, n°737, 1-8.

origine avant ou autour de la naissance. La prématurité constitue un important facteur de risque de handicap. Ainsi, selon les données recensées par l'Observatoire Régional de la Santé (2007)<sup>18</sup>, les enfants de moins d'un an recourent 2,4 fois plus aux urgences que le reste de la population. Le taux de mortalité infantile est de 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes, c'est-à-dire près de deux fois inférieur à celui observé au début des années 90. En ce qui concerne les Pays de la Loire, on note environ 21 000 (449 pour 1 000) séjours hospitaliers d'enfants de moins d'un an en 2007. Depuis 10 ans, ce taux est relativement stable et reste inférieur d'environ 10 % à la moyenne nationale. Les otites et mastoïdites sont à l'origine de 3 % des séjours (dans ce cas le taux régional d'hospitalisation des enfants de cette classe d'âge est le double du taux national). Comme en France, la baisse de la mortalité infantile observée au cours des dernières décennies s'est poursuivie au cours des années récentes (.

Entre 1 et 14 ans, les taux d'hospitalisation et de mortalité sont très faibles par rapport à ceux des autres classes d'âge. Les affections bénignes (affections aiguës des voies respiratoires supérieures, troubles de la vue, eczéma...) sont au premier plan des problèmes de santé déclarés et, avec les examens systématiques et vaccinations, des motifs de recours aux soins de ville. Elles sont aussi à l'origine d'une proportion importante d'hospitalisations pour des actes chirurgicaux (ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, pose de drains transtympaniques, extractions dentaires...). En ce qui concerne les Pays de la Loire, région dans laquelle se situe notre étude, 70 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des 1-14 ans en 2007. Le taux standardisé d'hospitalisation de cette classe d'âge est supérieur de 6 % à la moyenne nationale, en lien principalement avec une plus grande fréquence régionale des séjours pour maladies de l'oreille (+ 84 %). Comme en France, ce taux a diminué de plus de 10 % entre 2000 et 2007, en raison notamment d'une baisse des recours pour maladies respiratoires, lésions traumatiques et maladies digestives (appendicites). La mortalité des enfants de 1 à 14 ans diffère peu de la moyenne nationale et a diminué d'environ 45 % depuis le début des années 1990. Comme en France, le taux de scolarisation des enfants de 2 ans est en baisse (23 % en 2009 contre 36 % en 2005), et reste supérieur à la moyenne nationale (18 %).

Par ailleurs, si le bilan de la santé des jeunes de 15-24 ans apparaît globalement positif, celui-ci doit également être nuancé (santé physique, santé mentale, impact sur la qualité de vie..). En Pays de la Loire, la perception de la santé est moins favorable chez les filles, ainsi que chez les jeunes en difficulté d'insertion. La qualité de vie des 15-24 ans est moins bonne que celle de leurs aînés en matière de santé mentale. 10 à 15 % des jeunes déclarent être atteints d'une maladie chronique. On observe une surmortalité actuelle des jeunes des Pays de la Loire (+ 9 %), par rapport à la moyenne nationale, qui résulte principalement d'une plus forte mortalité par accident de transport et par suicide.

---

<sup>18</sup> ORS Pays de la Loire (2007). La santé observée dans les pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé.

### **4.3. La santé des jeunes au niveau national et au niveau local selon les indicateurs : tentative de comparaison avec notre corpus**

- **Les affections longues durées**

Selon l'ORS, 2 à 3 % des enfants de 1 à 14 ans sont atteints de pathologies nécessitant des soins lourds et coûteux. 266 000 enfants de moins de 15 ans sont en affection de longue durée (ALD) fin 2009. Les troubles mentaux et du comportement (notamment retard mental et autisme) constituent le motif d'admission le plus fréquent en ALD des moins de 15 ans en 2007 (29 % des admissions), devant les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (12 %) et les maladies du système nerveux (12 %). La fréquence des recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (363 000 enfants de moins de 15 ans suivis en 2003, soit un taux de prévalence de 3,1 %) illustre aussi le poids des troubles de la santé mentale dans cette classe d'âge (Leroux, 2007)<sup>19</sup>.

**Dans les Pays de la Loire, 1 400 enfants âgés de moins de 15 ans (soit environ 2 pour 1 000) sont admis chaque année en ALD. 26 % de ces admissions sont dues à des troubles mentaux ou du comportement, concernant des garçons dans les deux tiers des cas. 17 500 jeunes de moins de 15 ans ont été suivis en 2003 par un secteur de psychiatrie infanto-juvénile de la région, soit un taux de prévalence de 2,8 pour 100 (ORS, 2007, *op. cit.*). Les séjours hospitaliers chez les 15-24 ans de la région des Pays de la Loire sont moins fréquents qu'au niveau national. Les admissions en ALD sont moins fréquentes dans la région qu'au niveau national (ORS, 2009)<sup>20</sup>.**

**Les enfants admis en ALD sont 3% dans notre corpus.**

- **La santé mentale**

La situation de santé des garçons et des filles est très différente. Certains jeunes apparaissent plus à risque (zone rurale, difficultés d'insertion). La période d'âge 15-24 ans est l'âge de la vie où les indicateurs de santé mentale sont les moins bons, aussi bien au niveau national qu'au niveau régional. Cette situation apparaît nettement plus défavorable chez les filles (13 % des filles et 3 % des garçons ont eu des idées suicidaires dans l'année) mais plus de 80 % des décès par suicide concernent des garçons. Le recours aux soins semble insuffisant. Les troubles mentaux et du comportement sont de très loin la maladie grave la plus fréquente chez les jeunes (ORS, 2009, *op. cit.*).

**Ces données, très peu renseignées par les médecins, seront présentes dans la seconde étude statistique lancée auprès des établissements.**

---

<sup>19</sup> Leroux, I. (2007). La psychiatrie sectorisée : les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. In M. Coldefy (Ed.), La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques (pp. 47-59). Paris : La Documentation française.

<sup>20</sup> ORS Pays de la Loire (2009). *La santé des jeunes en Pays de la Loire*.

- **Les accidents**

Les accidents de la vie courante et de la circulation principalement constituent la première cause de décès chez les jeunes âgés de 1 à 14 ans, à l'origine de 28 % des décès dans cette tranche d'âge en 2007 (ORS, 2007, *op. cit.*). Cette mortalité a diminué de plus de 50 % entre le début des années 1990 et 2006.

Pour la santé des 15-24 ans, les accidents (de natures diverses) sont un risque fréquent et grave. Les facteurs de risque d'accidents se cumulent chez les jeunes. Les sports et les loisirs sont en cause dans la grande majorité des cas. Les accidents de la vie courante sont le plus souvent peu graves. Les accidents de sport ou de loisirs et les accidents du travail hors trajet sont plus fréquents mais souvent moins graves que chez leurs aînés. Plus de 15 000 accidents de sport concernant des jeunes de la région sont pris en charge chaque année par les services d'urgence. Les accidents de la route sont à l'origine de la surmortalité des 15-24 ans de la région. L'alcool est le principal facteur de risque des accidents de la route, chez les jeunes comme chez leurs aînés. Les garçons sont plus souvent victimes que les filles (ORS, 2009, *op. cit.*).

**Ces données ne sont pas référencées dans cette étude, ce qui ne nous permet pas de savoir si notre population est plus à risque que d'autres.**

- **L'asthme**

Selon l'enquête grande section de maternelle 2005-2006 de la DREES, 7,4 % des enfants de 5 à 6 ans ont souffert d'asthme au cours des 12 derniers mois. **En ce qui concerne les Pays de la Loire, 10,9 % des enfants de 5 à 6 ans ont de l'asthme (7,4 % en France).**

L'asthme est beaucoup plus répandu à l'ouest de la France, le long de la façade Atlantique, et sur l'île de la Réunion. Un enfant sur dix est asthmatique dans les académies de Caen et de Nantes. Un enfant est considéré comme asthmatique lorsque ses parents ont déclaré qu'il avait eu une crise d'asthme au cours de sa vie et, au cours des 12 derniers mois, des sifflements dans la poitrine ou un traitement contre l'asthme, la liste des médicaments étant fournie.

Cette donnée n'est pas nouvelle. Ces écarts pourraient s'expliquer par le climat (plus humide à l'ouest), la pollution, les pollens.

**Pour notre corpus : 4,8% des enfants auraient de l'asthme, 0,2% ont souffert de bronchiolite et 0,4% d'une tuberculose. Des résultats qui seraient donc inférieurs aux moyennes nationales et régionales, résultats dont nous pouvons soit douter, soit les interpréter en termes d'effets positifs du suivi.** Pour rappel, d'après les résultats de l'étude réalisée dans le Maine et Loire en 2006, le taux d'enfants ayant de l'asthme était de 16%.

- **La surcharge pondérale**

Selon l'enquête grande section de maternelle 2005-2006 réalisée par la DREES, la surcharge pondérale, bien qu'en recul depuis l'enquête menée en 2000, concerne 12,1 % des enfants français de 5 à 6 ans (3,1 % sont obèses).

Selon cette même enquête, **6,6 % des enfants de 5-6 ans de la région des pays de la Loire sont en surcharge pondérale (1,8 % sont obèses)**. Pour ces deux indicateurs, les Pays de la Loire occupent la situation la moins défavorable des régions françaises (ORS, 2007, 2009, *op. cit.*). Comme en France, la prévalence de la surcharge pondérale a diminué entre 2000 et 2006. Par contre, les problèmes de surcharge pondérale sont inégalement répartis sur le territoire national. 12% des élèves de 5-6 ans sont en surcharge pondérale en France (14% pour les filles, 10% pour les garçons). C'est dans l'académie de Strasbourg que les enfants en surpoids ou obèses sont les plus nombreux (15 %) et celle de Nantes où ils le sont le moins (7 %). Les chiffres sont également élevés pour l'académie des Antilles et de la Guyane (15,1%), et en Corse (15%). On retrouve un découpage similaire pour les chiffres de l'obésité, qui vont de 1,7% d'enfants obèses pour Nantes, à 4,7% pour Strasbourg et 5,4% pour l'académie Antilles-Guyane. Ces chiffres se superposent à ceux des modes de vie relevés par l'enquête. Il y a globalement plus de boissons sucrées, moins de petits déjeuners avalés le matin, moins de fruits et de légumes et plus d'heures passées devant un écran les jours sans école, dans les académies où surpoids et obésité sont plus élevés. L'auteur de l'étude souligne cependant qu'au niveau national la prévalence de la surcharge pondérale a un peu baissé chez les enfants, puisqu'elle était de 14% lors d'une l'enquête de 1999-2000.

Dans cette étude, l'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport poids/taille<sup>2</sup>, exprimé en kg/m<sup>2</sup>. La taille et le poids des enfants sont mesurés au cours de l'enquête. La surcharge pondérale est définie comme l'ensemble des situations de surpoids et d'obésité. La prévalence de l'obésité est restée stable.

**Notre corpus serait à 7% en surcharge et 1,1 en obésité, donc proche de la moyenne régionale.**

- **Les examens bucco-dentaires et la vision**

Selon l'enquête grande section de maternelle 2005-2006 réalisée par la DREES, **la proportion d'enfants avec au moins deux dents cariées non soignées est passée de 9,5 % à 7,5 %** entre 2000 et 2006. Pour les Pays de la Loire, la proportion d'enfants présentant au moins deux dents cariées non soignées est en baisse, et reste inférieure à la moyenne nationale (ORS, 2007, *op. cit.*).

**Pour les enfants de notre corpus, le taux de caries serait de 6,5% traduisant une vigilance des services sur ce sujet.**

Selon l'enquête grande section de maternelle 2005-2006 (DRESS, 2010, *op. cit.*), un enfant sur sept (14 %) porte des lunettes, soit un peu plus qu'en 2000 (12,3 %). **En pays de la Loire, le port de lunettes (15,5 %) n'est pas différent de la moyenne nationale mais en légère augmentation.**

Les disparités géographiques des problèmes dentaires ou ophtalmiques font dans certains cas ressortir une moins bonne prise en charge des caries ou des défauts de vision. Ainsi 4% seulement des enfants portent des lunettes en Guyane et aux Antilles, contre 11% à Paris, 17% sur Orléans et Tours, ou 18,5% à Bordeaux. Les proportions de caries dentaires sont plus fréquentes au nord et à l'est de la métropole (académies de Reims, Lille, Strasbourg et

Amiens) ainsi que dans les Dom (académie de La Réunion). Deux enfants de grande section de maternelle sur cinq consomment des boissons sucrées quotidiennement dans les académies de Lille et de Strasbourg. Les enfants qui passent le plus de temps devant la télévision et les jeux vidéo sont ceux des académies des Dom, de Créteil, celles du nord et de l'est de la France. Du côté des caries, les disparités reflètent les différences dans les habitudes –la consommation des boissons sucrées étant liée au nombre de caries- mais aussi les inégalités sociales. 11% des enfants d'ouvriers ont au moins deux dents cariées, contre 2% pour les enfants de cadres.

**Dans notre échantillon, le port des lunettes est de 20%, ce qui signe une bonne prise en compte des problèmes des enfants.**

- **La consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis**

L'alcool est un produit expérimenté précocement. De nombreux jeunes âgés de 15 à 24 ans sont concernés par la consommation régulière d'alcool, de tabac et/ou de cannabis. Leurs habitudes diffèrent de celles des personnes plus âgées. Les jeunes consomment de l'alcool moins régulièrement que leurs aînés mais déclarent plus fréquemment des épisodes d'alcoolisation massive. La consommation de substances psychoactives est un comportement plutôt masculin. La consommation régulière d'alcool, comme les comportements d'alcoolisation massive, sont nettement plus fréquents chez les jeunes des Pays de la Loire qu'au niveau national (ORS, 2009, *op. cit.*).

En Loire Atlantique, la consommation des jeunes se concentre le week-end et les quantités importantes sont fréquentes. Les comportements des jeunes de Loire-Atlantique vis-à-vis de l'alcool sont plus défavorables que la moyenne nationale. 5 % des 15-17 ans et 26 % des 18-25 ans déclarent en consommer régulièrement (plusieurs fois par semaine au cours des douze derniers mois), les garçons trois fois plus souvent que les filles. La proportion de fumeurs quotidiens de 15-25 ans en Loire-Atlantique n'est pas différente de la moyenne nationale (29 % vs 31 %). L'expérimentation du cannabis est plus fréquente dans le département qu'au niveau national (49 % vs 42 %), mais cette différence ne se retrouve pas pour l'usage régulier de cannabis.

**Pour notre corpus, ces données ne sont pas renseignées par les médecins.**

- **La sexualité**

C'est entre 15 et 19 ans que la plupart des jeunes ont leur premier rapport sexuel. Selon l'ORS (2009, *op. cit.*), la contraception orale est un usage désormais plus fréquent dans la région des pays de la Loire qu'au niveau national. Le recours à la contraception d'urgence se développe mais ses conditions d'utilisation restent mal connues. On observe une augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse ces dernières années chez les plus jeunes. Les 15-25 ans sont concernés par le risque d'infection sexuellement transmissible. 20 nouvelles découvertes de séropositivité au VIH sont faites chaque année chez les jeunes de la région.

**Nous ne disposons pas de renseignements pour notre corpus.**

- **Les jeunes en situation de handicap**

Le dénombrement des jeunes en situation de handicap est difficile. Dans les Pays de la Loire, plus de 5 000 jeunes perçoivent une aide financière en raison de leur handicap. On observe une prépondérance des déficiences intellectuelles ou psychiques. Les élèves handicapés de 15 ans et plus suivent majoritairement un enseignement adapté. On observe un taux de chômage proche de 30 % chez les jeunes handicapés. 400 jeunes de plus de 20 ans sont encore hébergés en établissement pour enfants et adolescents (ORS, 2009, *op. cit.*).

**Nous ne possédons pas de données utilisables pour notre corpus.**

## 5. Les interventions

Face aux besoins de ces jeunes pris en charge par la Protection de l'enfance, les interventions seraient les suivantes :

**Tableau 3 : Pourcentages d'enfants concernés selon les professionnels de santé intervenant régulièrement auprès d'eux**

intervenants réguliers	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	146	27,8%
Aucun	152	29,0%
CMP	73	13,9%
pédopsychiatre	17	3,2%
psychologue libéral	8	1,5%
psychologue ASE	30	5,7%
psychologue établissement	44	8,4%
psychologues et psychomotriciens SESSAD	14	2,7%
psychomotricien libéral	8	1,5%
Psychomotricien CAMPS	1	0,2%
Ateliers thérapeutiques ou pédagogiques	9	1,7%
kinésithérapeute	7	1,3%
Allergologue	7	1,3%
urologue	1	0,2%
podologue	1	0,2%
medecin de la douleur	2	0,4%
nutritionniste	3	0,6%
ONCOLOGUE	1	0,2%
orthodontiste	16	3,0%
Orthophoniste	56	10,7%
orthoptiste	2	0,4%
CNP	3	0,6%
EMB	1	0,2%
En cours d'évaluation	1	0,2%
ne sait pas	7	1,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>525</b>	

Ne sont prises en compte que les interventions dites régulières, sans précision de durée et de rythmicité. On note l'importance des interventions psychologiques ou psychiatriques,

lorsqu'elles sont citées et l'orthophonie (10,7%) traduisant la prise en compte des troubles du langage.

## 6. La scolarité et les loisirs

Si la scolarité fait bien partie des préoccupations de la cellule médicale, les données recueillies sont insuffisantes pour apprécier le parcours scolaire des enfants. Le taux de non réponse augmente en fonction du degré de précision de la demande : 32,6% de non réponse sur le type de cursus (normal, adapté, spécialisé...), 58,5% sur le redoublement.

Si nous travaillons exclusivement sur les réponses, nous avons les résultats suivants :

**Tableau 4 : Répartition des enfants selon le cursus scolaire**

<b>cursus scolaire</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	146	27,8%
normal	269	51,2%
adapté	15	2,9%
spécialisé	44	8,4%
non scolarisé	26	5,0%
nsp	25	4,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>525</b>	<b>100%</b>

16,3% du corpus référencé serait en difficulté. Les filles se maintiendraient mieux dans le cursus normal (58,4%) que les garçons (46,1%). Ces données seront revues et approfondies dans la seconde étude.

Les questions sur les projets d'accueil individualisés ne sont pas renseignées, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'existent pas sur le terrain.

Sur les questions de qualité de vie, seuls 23,8% des enfants sont signalés comme pratiquant un sport ; 15,2% auraient un loisir. Mais ces données ne tiennent pas compte des loisirs pratiqués au sein des établissements.

**En conclusion de cette première approche**, nous avons eu le sentiment 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.

Toutefois, nos questions demeurent 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.

## Chapitre IV- Une recherche en intra : une autre approche de la santé (époque : dernier trimestre 2012)

Le questionnaire qui a été proposé aux établissements est lourd, 87 items, mais non exhaustif (voir annexe 1). Nous avons dû restreindre nos exigences aux réalités du terrain, au temps imparti, celui de l'urgence, pour cette seconde recherche qui a mobilisé des établissements fortement investis pour répondre à nos demandes. Qu'ils soient tous remerciés. Les questionnaires prennent en compte tous les enfants présents au moment de cette passation, soit le dernier trimestre 2012. Les dossiers saisis au nombre de 423 sont exclusivement ceux ayant obtenu l'accord parental, ce qui peut entraîner une déperdition de dossiers. La liste des établissements permettra secondairement de profiler chaque population présente au sein de chaque établissement, et de pouvoir suivre les modifications d'une année à l'autre. La première partie de ce questionnaire décrit les conditions de vie des parents et leurs caractéristiques car la santé des enfants et leur qualité de vie ne peut ignorer le contexte familial.

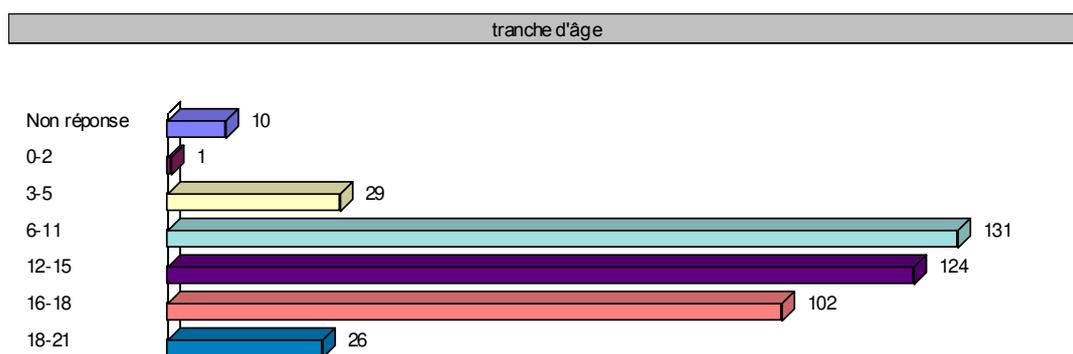
Comme dans le premier corpus, on note une sur représentation des garçons présents au sein des établissements (53% contre 55,6% pour la population globale en établissement), conforme à la population globale en établissement, ce qui valide ce corpus.

**Tableau 5 : Répartition des enfants selon le sexe**

Sexe de l'enfant	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	14	3,3%
garçon	224	53,0%
filles	185	43,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

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. Cette répartition par âge respecte les tendances fortes de la population globale à quelques pourcents près (les différences étant dues à la segmentation par âge, parfois différente). Le corpus est donc représentatif des enfants accueillis en établissements.

**Graphique 3 : Répartition des enfants selon leur tranche d'âge**



## 1. Un environnement familial difficile

### 1. 1. L'éclatement des familles

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.

**Tableau 6 : Répartition des enfants selon la situation familiale**

mode de vie	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	48	11,3%
Vit ensemble	61	14,4%
est séparé	309	73,0%
est en cours de séparation	5	1,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

### 1. 2. Des figures parentales problématiques

Les figures parentales sont, pour ces enfants, marquées par le cumul des problèmes, du côté paternel comme du côté maternel.

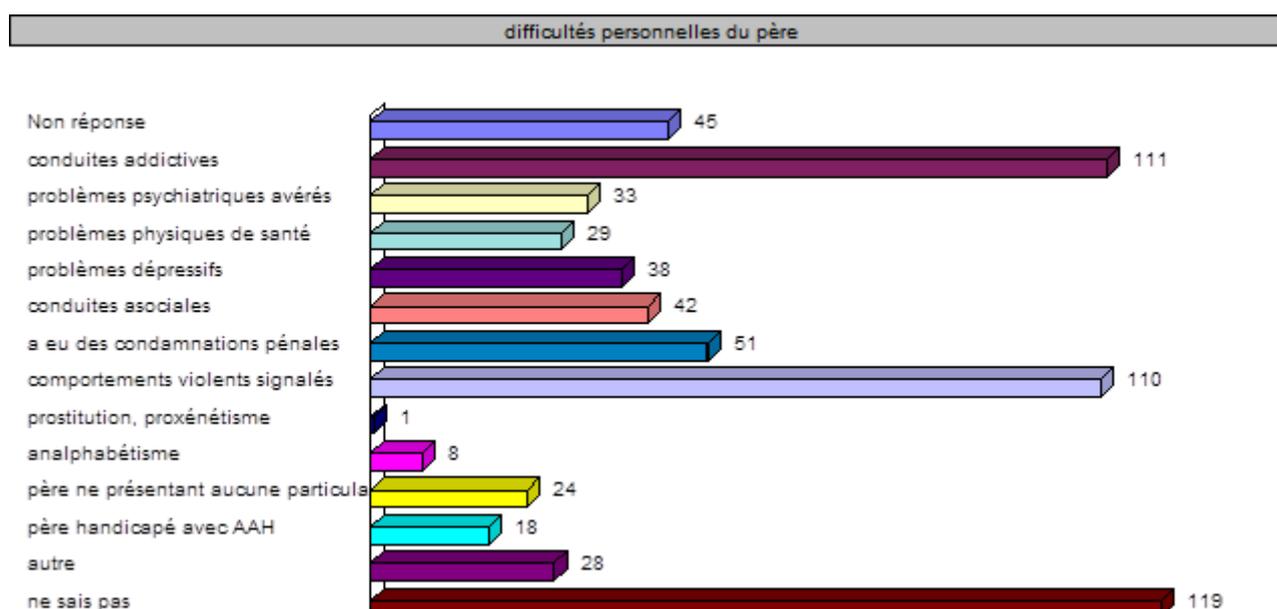
**Pour les pères :** 26,2% des réponses signalent des addictions et comportements violents ; 12,1% des condamnations pénales ; 9% des conduites asociales ou troubles dépressifs ; 7,8% des problèmes psychiatriques ; plus de 6% ont des problèmes de santé, 4,3% ont une AAH ; On note également 29 décès soit 6,85%.

Seuls 5,7% des pères ne présentent aucune particularité.

**Tableau 7 : Pourcentages d'enfants concernés selon les difficultés personnelles du père**

difficultés personnelles du père	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	45	10,6%
conduites addictives	111	26,2%
problèmes psychiatriques avérés	33	7,8%
problèmes physiques de santé	29	6,9%
problèmes dépressifs	38	9,0%
conduites asociales	42	9,9%
a eu des condamnations pénales	51	12,1%
comportements violents signalés	110	26,0%
prostitution, proxénétisme	1	0,2%
analphabétisme	8	1,9%
père ne présentant aucune particularité	24	5,7%
père handicapé avec AAH	18	4,3%
autre	28	6,6%
ne sais pas	119	28,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

**Graphique 4 : Nombre d'enfants concernés selon les difficultés personnelles du père**



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.

**Tableau 8 : Placement antérieur du père**

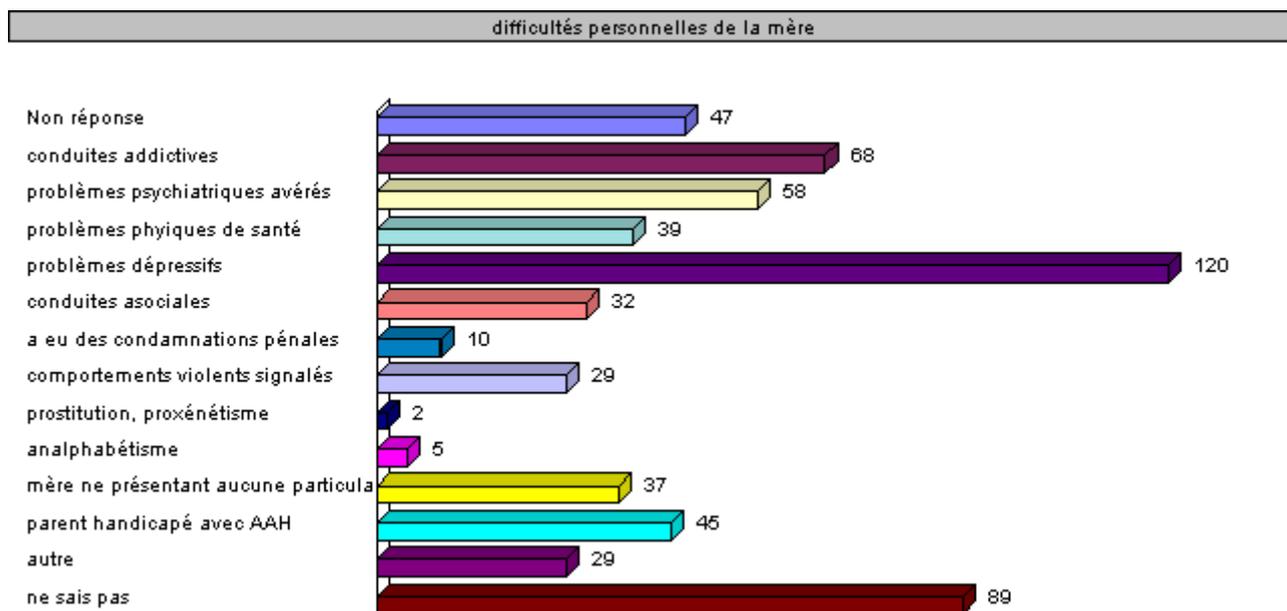
Placement antérieur?	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	18	4,3%
Oui	33	7,8%
non	118	27,9%
ne sais pas	254	60,0%
TOTAL OBS.	423	100%

**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.

**Tableau 9 : Pourcentages d'enfants concernés selon les difficultés personnelles de la mère**

difficultés personnelles de la mère	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	47	11,1%
conduites addictives	68	16,1%
problèmes psychiatriques avérés	58	13,7%
problèmes physiques de santé	39	9,2%
problèmes dépressifs	120	28,4%
conduites asociales	32	7,6%
a eu des condamnations pénales	10	2,4%
comportements violents signalés	29	6,9%
prostitution, proxénétisme	2	0,5%
analphabétisme	5	1,2%
mère ne présentant aucune particularité	37	8,7%
parent handicapé avec AAH	45	10,6%
autre	29	6,9%
ne sais pas	89	21,0%
TOTAL OBS.	423	

**Graphique 5 : Nombre d'enfants concernés selon les difficultés personnelles de la mère**



**Tableau 10 : Placement antérieur de la mère**

placement antérieur de la mère	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	26	6,1%
oui	83	19,6%
non	144	34,0%
ne sais pas	170	40,2%
TOTAL OBS.	423	100%

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.

### 1. 3. Une très forte précarité sociale

Ces enfants ont parfois vécu, avant leur placement dans des conditions de logement dégradé, précaire ou inexistant pour 15,1% d'entre eux. A noter le taux important de non réponse qui signe un cloisonnement dans la vie des enfants : le lieu d'accueil, le lieu de vie des parents, ce qui entraîne une perte d'informations sur les conditions d'existence des enfants avant leur arrivée dans l'établissement.

**Tableau 11 : Répartition des enfants selon la qualité du Logement familial**

logement familial	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	26	6,1%
logement en bon ét	177	41,8%
logement dégradé	46	10,9%
caravane	0	0,0%
squat	1	0,2%
pas de logement fix	17	4,0%
ne sais pas	156	36,9%
TOTAL OBS.	423	100%

Quand on sait l'importance du logement, que « notre inconscient est logé, [que] notre âme est en demeure. Et [qu'] en nous souvenant des maisons, des chambres, nous apprenons à demeurer en nous-mêmes.» (Bachelard, 1957, La poétique de l'espace), on mesure l'absence d'ancrage pour certains enfants, même si la plupart semblent avoir vécu dans des logements en bon état : 41,8%.

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.

**Tableau 12 : Répartition des enfants selon la profession du père**

profession père	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	50	11,8%
agriculteur	3	0,7%
artisan-commerçant	12	2,8%
cadre sup	3	0,7%
profession intermédiaire (contremaître, agent de maîtr	4	0,9%
employé	47	11,1%
ouvrier	49	11,6%
chômeur indemnisé	25	5,9%
inactif non indemnisé	43	10,2%
en emploi aidé	7	1,7%
ne sais pas	180	42,6%
TOTAL OBS.	423	100%

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.

**Tableau 13 : Répartition des enfants selon la profession de la mère**

profession mère	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	51	12,1%
agricultrice	5	1,2%
artisan-commerçant	4	0,9%
cadre sup	2	0,5%
profession intermédiaire	4	0,9%
employée	69	16,3%
ouvrière	10	2,4%
chômage indemnisé	31	7,3%
inactive non indemnisée	127	30,0%
en emploi aidé	21	5,0%
ne sais pas	99	23,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

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 et nous renvoient au rapport sur les « enfants pauvres en France » (rapport n°4, 2004).

#### 1. 4. Des familles isolées ou mal entourées

L'aide privée dont peuvent bénéficier ces familles est mal repérée pour plus du tiers (38,5%) mais quand elle est connue, elle n'apparaît efficace aux yeux des professionnels que dans 20,3% des cas. Pour les autres, l'aide est jugée absente (18,4%), existante mais peu aidante (24,8%) voire conflictuelle (4%). Ces données sont importantes pour apprécier le réseau relationnel, les points d'appui des parents, et au-delà des enfants.

**Tableau 14 Pourcentages d'enfants selon le réseau relationnel des parents**

réseau relationnel 1	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	41	9,7%
famille isolée	78	18,4%
famille entourée mais amis ou famille peu aidante	105	24,8%
famille entourée et pouvant demander de l'aide à l'ent	86	20,3%
famille entourée d'un réseau hostile	17	4,0%
réseau relationnel non connu	122	28,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Certes ces familles vont bénéficier d'autres systèmes d'aide, mais ces interventions qui tentent d'aider la famille sont perçues davantage comme un système de contrôle, une contrainte plus ou moins appréciée. La multiplicité des interventions nous donne également un aperçu du

vécu des enfants, de leur quotidien, des figures qui ont pu graviter autour d'eux de façon plus ou moins sporadiques.

Dans une situation sur deux, les intervenants sont connus : la TISF (13,2%) est celle qui s'introduit le plus à domicile, dans la perspective d'un maintien des enfants dans la famille. Elle est suivie par les services de suivi psychologique pour la mère (12,1%), de tutelles ou curatelles (10,1%), de la PMI (6,4%) ; On note déjà la présence de suivis pour les enfants en difficulté : 8,7% en psychologie, 4,3% en psychiatrie.

**Tableau 15 : Pourcentages d'enfants concernés par les différents types d'interventions menées auprès des familles**

autre intervention	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	116	27,4%
intervention de la PMI	27	6,4%
contrat d'obligation halte ou autre	0	0,0%
services psychiatriques pour l'enfant	18	4,3%
services psychologiques pour l'enfant	37	8,7%
services psy pour le père	15	3,5%
services psy pour la mère	51	12,1%
services de toxicologie ou alcoologie pour la m	14	3,3%
services de toxicologie ou alcoologie pour la m	7	1,7%
médiation familiale	16	3,8%
intervention d'une TISF	56	13,2%
tutelle	28	6,6%
curatelle	15	3,5%
autre	33	7,8%
ne sais pas	115	27,2%
TOTAL OBS.	423	

### 1. 5. 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% IOE, 10,9% enquêtes sociales), soit pour stabiliser la situation (41,8% AEMO) ce qui signe l'ancienneté des problèmes rencontrés par les enfants. Notons que pour certains de ces enfants, cette séparation n'est pas la première : 143 enfants soit 33,8% ont déjà été placés en institution, souvent le passage au 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.

**Tableau 16 : Répartition des enfants selon l'existence d'une intervention antérieure**

intervention antérieure	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	17	4,0%
oui	339	80,1%
non	52	12,3%
ne sais pas	15	3,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

**Tableau 17 : Nature de l'intervention antérieure**

nature de l'intervention antérieure	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	75	17,7%
signalement	115	27,2%
aemo	177	41,8%
ioe	41	9,7%
enquête sociale	46	10,9%
placement en institution	143	33,8%
placement en famille d'accueil	108	25,5%
placement chez un tiers	19	4,5%
séjour de rupture	2	0,5%
hospitalisation pour carence ou maltraits	12	2,8%
placement en lieu de vie	15	3,5%
suivi judiciaire (probation)	1	0,2%
autre	31	7,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Les suivis et les placements concernent souvent plusieurs enfants. Lorsqu'il s'agit d'un seul enfant, nous ne pouvons distinguer les enfants uniques des enfants ciblés dans une fratrie :

**Tableau 18 : Nombre d'enfants suivis**

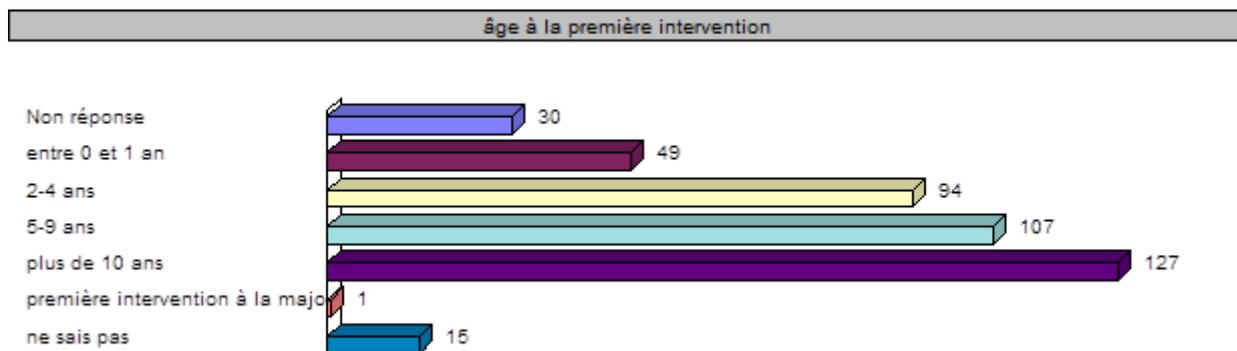
Nombre d'enfants suivis	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	16	3,8%
un seul enfant	109	25,8%
deux	93	22,0%
trois	92	21,7%
plus de trois	35	8,3%
tous les enfants sont suivis	74	17,5%
ne sais pas	22	5,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

**Tableau 19 : Nombre d'enfants placés**

enfants placés	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	22	5,2%
un	145	34,3%
deux	88	20,8%
trois	76	18,0%
quatre à six	56	13,2%
plus de six	5	1,2%
tous les enfants sont placés	33	7,8%
ne sais pas	18	4,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Tous les âges sont concernés par les interventions comme le montre ce graphique :

**Graphique 6 : Répartition des enfants selon l'âge de la première intervention**



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.

Les 5-9 ans représentent 25,3% de l'effectif ; les plus de 10 ans : 30% ; Si on affine cette catégorie, nous notons que les 15-17 représentent à eux seuls 14,7%.

Peu d'interventions sont comptabilisées à la majorité, ces jeunes majeurs ne se trouvant que rarement dans les établissements concernés.

**Tableau 20 : Répartition des enfants selon l'âge de la première intervention**

âge à la première intervention	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	30	7,1%
entre 0 et 1 an	49	11,6%
2-4 ans	94	22,2%
5-9 ans	107	25,3%
plus de 10 ans	127	30,0%
première intervention à la majorité	1	0,2%
ne sais pas	15	3,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

## 1. 6. Les causes du placement

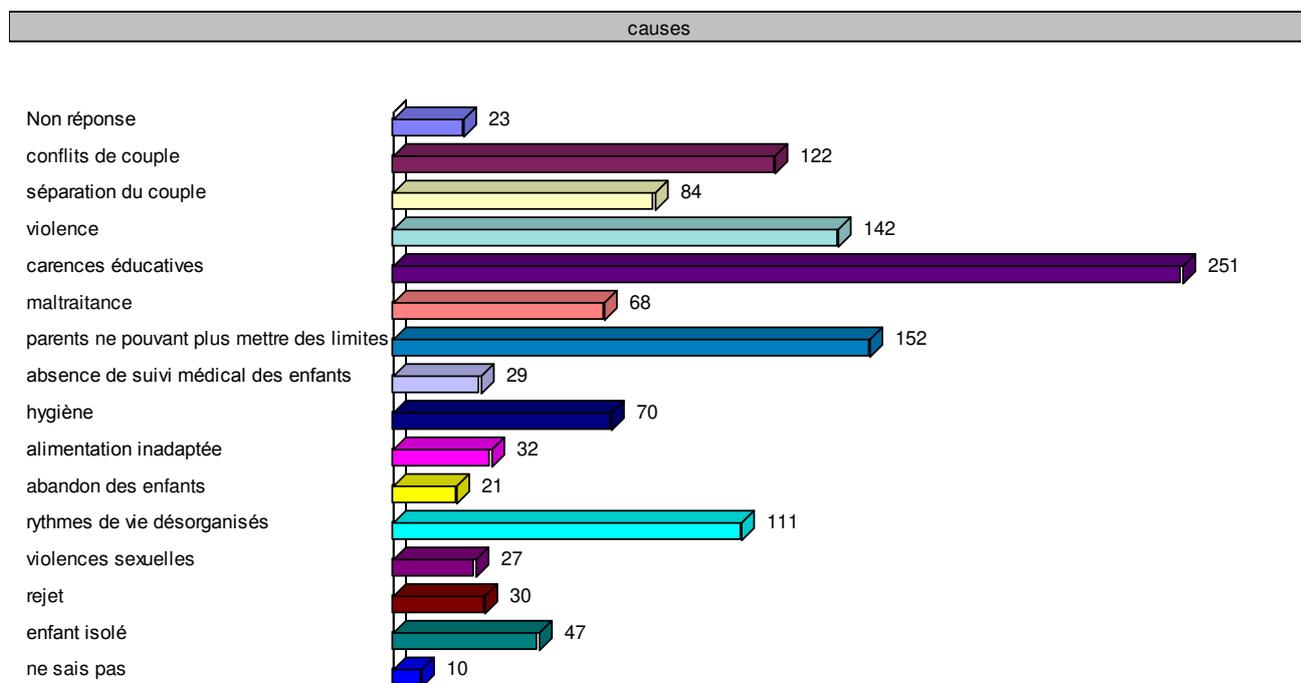
Les causes du placement sont multiples ce qui explique ce tableau à réponses multiples.

**Tableau 21 : Pourcentages d'enfants concernés par les différentes causes de placement**

causes	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	23	5,4%
conflits de couple	122	28,8%
séparation du couple	84	19,9%
violence	142	33,6%
carences éducatives	251	59,3%
maltraitance	68	16,1%
parents ne pouvant plus mettre des lim	152	35,9%
absence de suivi médical des enfants	29	6,9%
hygiène	70	16,5%
alimentation inadaptée	32	7,6%
abandon des enfants	21	5,0%
rythmes de vie désorganisés	111	26,2%
violences sexuelles	27	6,4%
rejet	30	7,1%
enfant isolé	47	11,1%
ne sais pas	10	2,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Nous voyons d'emblée que 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.

**Graphique 7 : Nombre d'enfants concernés par les différentes causes de placement**



### 1. 7. Un placement subi plus que demandé

Toutes ces données ne sont pas dissociables de la qualité de vie proposée aux enfants, comme ne l'est pas non plus l'accord ou le refus parental de la mesure. On peut imaginer les tensions que représente pour l'enfant le désaccord des parents face au placement imposé. Dans près de 20% des situations la demande de placement est actée par les parents, dans 9% des cas, c'est l'enfant qui fait appel. Lorsque nous connaissons l'âge de l'enfant, ce sont massivement ceux de 19-21 ans qui en font la demande (34,6%), suivis des 16-18 ans (16,7%) et des 12-15 ans (8,1%). La maîtrise de cette démarche, peu ordinaire, croît logiquement avec le degré de maturité. Les institutions type PMI et écoles (34,5%) restent les premières structures à prendre l'initiative de la demande d'un placement, la catégorie « autre » (21%) est constituée de tous les intervenants AEMO, juges, centres maternels...

Dans ces conditions, la mesure est très fortement judiciaire (84,9% contre 80% sur la population globale des enfants suivis) bien au-delà de l'origine de la demande, puisque nous avons 19,9% de demandes faites par les parents et que nous n'avons à l'arrivée que 11,6% de mesures administratives.

**Tableau 22 : Pourcentages d'enfants selon la personne à l'origine de la demande de placement**

demande de placement faite par	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	43	10,2%
les parents	32	7,6%
l'un des deux parents	52	12,3%
l'enfant	38	9,0%
une institution (école, PMI,...)	146	34,5%
un tiers	17	4,0%
la famille élargie	13	3,1%
autre	89	21,0%
ne sais pas	49	11,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

**Tableau 23: Répartition des enfants selon le statut de la mesure**

statut de la mesure	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	15	3,5%
judiciaire	359	84,9%
administrative	49	11,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

## 2. Portraits des enfants accueillis en établissements

Qui sont-ils ces enfants accueillis ? Nous avons vu que 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.

La filiation de ces enfants est généralement connue et biparentale pour 74,7%, 12 enfants sont des enfants adoptés (2,8%) confiés au service. On note la présence de nombreux enfants isolés, 46 au total soit 10,9%. Pour ces deux derniers types d'enfants, la séparation se double d'un vécu migratoire difficile.

**Tableau 24 : Répartition des enfants selon leur filiation**

<b>filiation</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	18	4,3%
son père	18	4,3%
sa mère	58	13,7%
les deux	316	74,7%
personne	1	0,2%
ne sais pas pour l'un des parents	12	2,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

**Tableau 25 : Adoption**

<b>adoption</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	20	4,7%
oui	12	2,8%
non	382	90,3%
ne sais pas	9	2,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

**Tableau 26 : Mineurs isolés**

<b>mineur isolé</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	21	5,0%
oui	46	10,9%
non	356	84,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

Pour 44 des 46 enfants migrants isolés, nous savons que de nombreux enfants viennent de Guinée (17/44), et du Congo (9/44).

Les enfants placés occupent toutes les places dans la fratrie, mais les aînés sont majoritairement représentés (30,7%) ainsi que les seconds (26,2%). Ils ont souvent eu à s'occuper des plus jeunes.

**Tableau 27 : Pourcentages d'enfants selon la place dans la fratrie**

place de l'enfant dans fratrie	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	29	6,9%
aîné	130	30,7%
second	111	26,2%
troisième	73	17,3%
quatrième	37	8,7%
cinquième	22	5,2%
sixième et plus	9	2,1%
petit dernier	33	7,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

## 2. 1. Traumatismes et carences vécus avant le placement

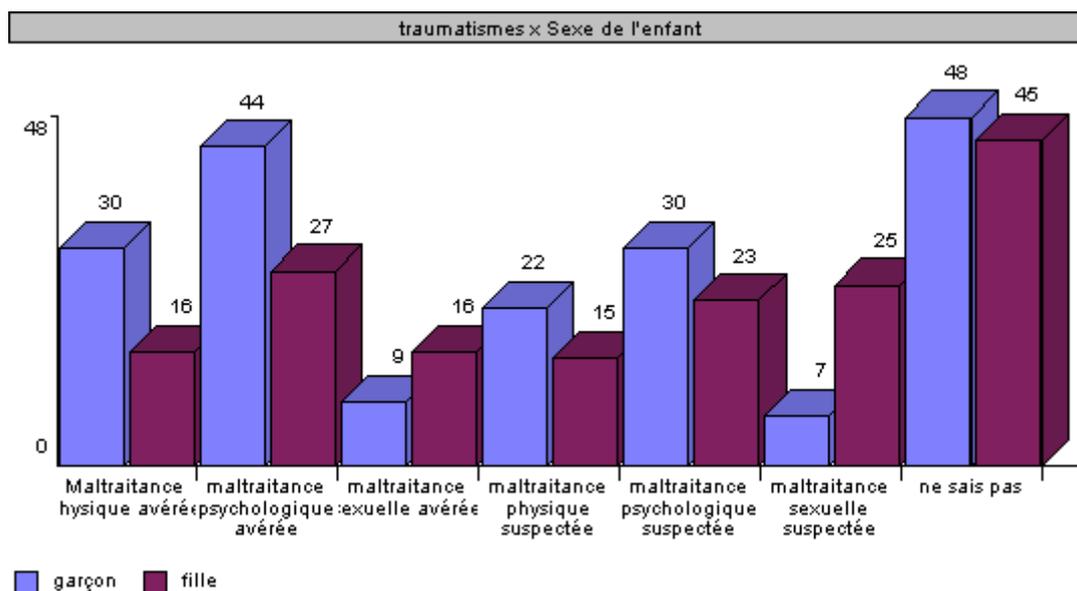
Et surtout ces enfants ont vécu, avant leur placement, divers traumatismes. Pour un peu plus d'un tiers des enfants (34,5%) les professionnels ne signalent pas de traumatismes. Notons l'absence de renseignements pour 22,5% des enfants dont les enfants migrants. Mais pour les autres, nous ne savons pas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

**Tableau 28 : Pourcentages d'enfants concernés par les différents types de traumatismes vécus avant le placement**

traumatismes	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	146	34,5%
Maltraitance physique avérée	49	11,6%
maltraitance psychologique avérée (dévalorisation systématique, humiliations, menaces, is	75	17,7%
maltraitance sexuelle avérée (viol, attouchements...)	26	6,1%
maltraitance physique suspectée	39	9,2%
maltraitance psychologique suspectée	55	13,0%
maltraitance sexuelle suspectée	33	7,8%
ne sais pas	95	22,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

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.

**Graphique 8 : Nombre d'enfants selon le sexe et les différents types de traumatismes vécus avant le placement**



**Tableau 29 : Pourcentages d'enfants selon l'âge et les différents types de traumatismes vécus avant le placement**

traumatismes	Maltraitance physique avérée	maltraitance psychologique avérée	maltraitance sexuelle avérée	maltraitance physique suspectée	maltraitance psychologique suspectée	maltraitance sexuelle suspectée	TOTAL
<b>tranche d'âge</b>							
0-2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>0,0%</b>
3-5	6,9%	6,9%	0,0%	13,8%	10,3%	0,0%	<b>100%</b>
6-11	8,4%	18,3%	3,1%	13,0%	13,7%	13,0%	<b>100%</b>
12-15	14,5%	21,0%	8,9%	5,6%	12,1%	7,3%	<b>100%</b>
16-18	10,8%	14,7%	9,8%	7,8%	15,7%	5,9%	<b>100%</b>
18-21	19,2%	15,4%	3,8%	7,7%	7,7%	0,0%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11,6%</b>	<b>17,7%</b>	<b>6,1%</b>	<b>9,2%</b>	<b>13,0%</b>	<b>7,8%</b>	<b>100%</b>

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.

A noter qu'une autre question portait sur les agressions sexuelles subies par les enfants, en tentant d'identifier l'auteur. 38 réponses sont précises et montrent que les agressions subies le sont en priorité au sein de la famille.

**Tableau 30 : Pourcentages des enfants agressés sexuellement selon les personnes à l'origine de l'agression**

agressions sexuelles	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	199	47,0%
par des membres de sa famille	23	5,4%
par des pairs	12	2,8%
par des personnes chargées de sa garde	3	0,7%
ne sais pas	189	44,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Les filles sont significativement plus exposées que les garçons :

**Tableau 31 : Pourcentages des enfants agressés sexuellement selon le sexe et les personnes à l'origine de l'agression**

agressions sexuelles	Non réponse	par des membres de sa famille	par des pairs	par des personnes chargées de sa garde	ne sais pas	TOTAL
<b>Sexe de l'enfant</b>						
Non réponse	50,0%	7,1%	14,3%	0,0%	35,7%	<b>100%</b>
garçon	48,2%	2,7%	2,2%	0,0%	46,9%	<b>100%</b>
filles	45,4%	8,6%	2,7%	1,6%	42,7%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>47,0%</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,8%</b>	<b>0,7%</b>	<b>44,7%</b>	<b>100%</b>

D'autres traumatismes ont été cités par les professionnels, ils retraduisent le vécu de l'enfant et les propos tenus par ce dernier. On trouve des souvenirs liés à des scènes de violences conjugales renvoyant aux travaux sur les enfants témoins (Andrée Fortin, Les enfants témoins de violence conjugale, 2002), mais aussi tous les traumatismes de l'exil (Marie Rose Moro, Les enfants de l'exil, 2003).

**Tableau 32 : Nombre d'enfants selon les expériences vécues avant le placement**

Valeurs	Nb. cit.
Violence du couple parentale	6
Précarité de la famille	2
Problème de prise en charge par la famille d'accueil	2
rupture importante manque affectif	2
Témoignage de violences graves dans le couple	2
Traumatisme de l'exil	6
Abandon des deux parents	1
Accusé de sorcier dans son village suite aux décès de son père puis de son c	1
Assassinat de sa soeur	1
Carences éducatives	1
Disparition Mère	1
Grande insécurité	1
Tentative d'étouffement à l'âge de 6 mois	1
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>

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%).

**Tableau 33 : Pourcentages d'enfants concernés par les différents types de carences subies avant le placement**

carences	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	53	12,5%
carences alimentaires	46	10,9%
rythmes de vie désorganisés	154	36,4%
hygiène insuffisant	95	22,5%
suivi de la santé insuffisant	57	13,5%
manque de stimulations et d'apprentissages	116	27,4%
manque d'autorité	146	34,5%
excès d'autorité	59	13,9%
enfant rejeté affectivement	57	13,5%
enfant étouffé affectivement	27	6,4%
manque de permanence des adultes, enfant délaissé	107	25,3%
exigences excessives vis-à-vis de l'âge de l'enfant	41	9,7%
autre	17	4,0%
ne sais pas	64	15,1%
TOTAL OBS.	423	

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**

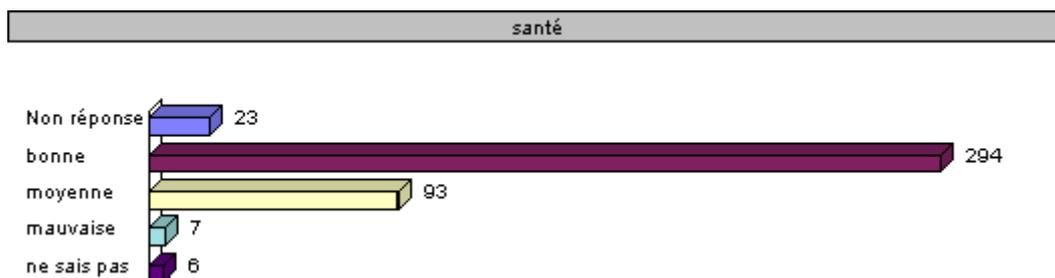
Pour rendre compte de l'état de santé actuel de ces enfants et de leur qualité de vie nous prendrons en compte plusieurs dimensions : leur état de santé global, leur état psychologique et relationnel, leur parcours scolaire, leurs loisirs, les perspectives envisagées par les professionnels.

#### **3. 1. L'état de santé et l'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. Subjective parce qu'elle dépend du regard porté sur ces enfants, de la norme intériorisée par chacun. Objective, parce que cette évaluation s'appuie néanmoins sur un certain nombre d'items objectifs (voir première partie : poids, taille, hospitalisation...).

La santé des enfants est jugée bonne à 69,5% ; moyenne à 22% ; mauvaise à 1,7% (5,4% de non réponses et 1,4% de « ne sais pas »), ce qui confirme notre première impression suite à l'étude du dossier médical. On ne note pas de différences entre les garçons et les filles.

**Graphique 9 : Répartition des enfants selon leur état de santé**



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 :

**Tableau 34 : Répartition des enfants selon l'âge et l'état de santé**

santé	bonne	moyenne	mauvaise	TOTAL
tranche d'âge				
0-2	100%	0,0%	0,0%	100%
3-5	82,8%	17,2%	0,0%	100%
6-11	75,6%	18,3%	1,5%	100%
12-15	70,2%	23,4%	0,8%	100%
16-18	59,8%	22,5%	3,9%	100%
18-21	69,2%	30,8%	0,0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>69,5%</b>	<b>22,0%</b>	<b>1,7%</b>	<b>100%</b>

**Tableau 35 : Répartition des enfants selon les troubles des conduites alimentaires**

obésité ou anorexie	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	410	96,9%
obésité	10	2,4%
anorexie	3	0,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

L'obésité et l'anorexie ne concernent que 10 et 3 enfants sur 423, phénomène donc très marginal pour les professionnels. Ces derniers, (voir première recherche : 7% de surcharge

pondérale, 1,1% d'obésité) même s'ils ne se servent pas des critères médicaux, restent sur une appréciation limitée de ce problème. Tous ces enfants bénéficient d'un soin approprié.

54 enfants ont été hospitalisés au cours de l'année soit 12,8% de l'effectif (sans précision des raisons) :

**Tableau 36 : Pourcentage d'enfants hospitalisés au cours de l'année**

hospitalisation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	55	13,0%
oui	54	12,8%
non	314	74,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

Le développement psychomoteur n'inquiète pas non plus les professionnels, qui le jugent globalement bon pour la plupart des enfants. Seuls 7,4% des enfants sont manifestement en difficulté, et ce dépistage est rapidement fait puisqu'il concerne massivement les 3-5 ans, suivis des 6-11.

**Tableau 37 : Répartition des enfants selon le développement psycho-moteur**

développement psycho-moteur	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	38	9,0%
satisfaisant	354	83,7%
en retard	28	6,6%
graves difficultés	3	0,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

**Tableau 38 : Répartition des enfants selon l'âge et le développement psycho-moteur**

développement psycho-moteur	Non réponse	satisfaisant	en retard	graves difficultés	TOTAL
<b>tranche d'âge</b>					
Non réponse	30,0%	70,0%	0,0%	0,0%	<b>100%</b>
0-2	0,0%	100%	0,0%	0,0%	<b>100%</b>
3-5	10,3%	72,4%	13,8%	3,4%	<b>100%</b>
6-11	8,4%	78,6%	11,5%	1,5%	<b>100%</b>
12-15	8,1%	86,3%	5,6%	0,0%	<b>100%</b>
16-18	9,8%	89,2%	1,0%	0,0%	<b>100%</b>
18-21	3,8%	92,3%	3,8%	0,0%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9,0%</b>	<b>83,7%</b>	<b>6,6%</b>	<b>0,7%</b>	<b>100%</b>

Certains enfants bénéficient de soins spécialisés dont : 138 enfants au niveau oculaire, 57 pour les dents, 47 pour les oreilles.

**Tableau 39 : Pourcentages d'enfants selon le suivi de santé**

suivis santé	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	220	52,0%
suivi oculaire	138	32,6%
orthodontie	57	13,5%
orl	47	11,1%
autre	41	9,7%
TOTAL OBS.	423	

### 3. 2. Une santé psychique inquiétante

Les professionnels font bien la différence entre la santé au sens strict et l'état global de l'enfant, notion qui élargit l'analyse à d'autres dimensions. Les résultats sont alors légèrement différents : l'état global est alors 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.

Graphique 10 : Répartition des enfants selon leur état global

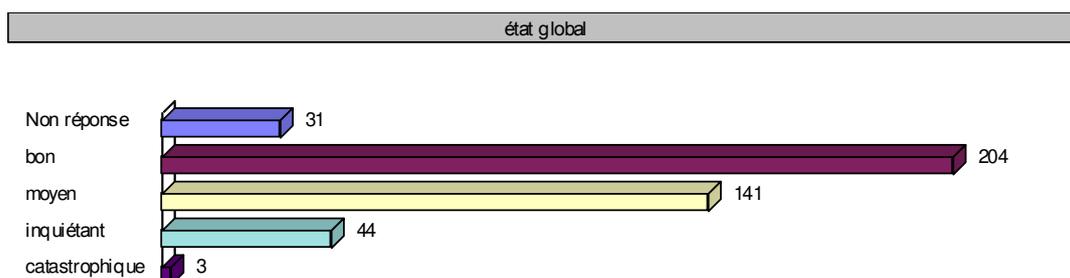


Tableau 40 : Répartition des enfants selon le sexe et leur état global

état global	Non réponse	bon	moyen	inquiétant	catastrophique	TOTAL
Sexe de l'enfant						
Non réponse	14,3%	35,7%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
garçon	5,8%	48,7%	32,1%	12,5%	0,9%	100%
filles	8,6%	48,6%	33,5%	8,6%	0,5%	100%
TOTAL	7,3%	48,2%	33,3%	10,4%	0,7%	100%

Tableau 41 : Répartition des enfants selon L'âge et leur état global

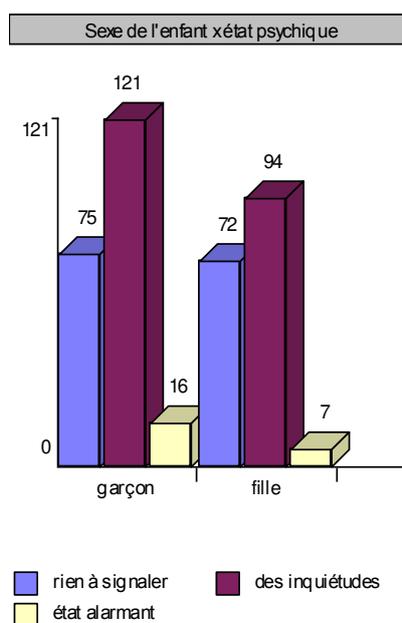
état global tranche d'âge	Non réponse	bon	moyen	inquié tant	catastro phique	TOTAL
Non réponse	20,0%	30,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
0-2	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
3-5	6,9%	44,8%	41,4%	6,9%	0,0%	100%
6-11	8,4%	47,3%	32,1%	11,5%	0,8%	100%
12-15	4,0%	49,2%	30,6%	14,5%	1,6%	100%
16-18	9,8%	47,1%	36,3%	6,9%	0,0%	100%
18-21	3,8%	65,4%	23,1%	7,7%	0,0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>7,3%</b>	<b>48,2%</b>	<b>33,3%</b>	<b>10,4%</b>	<b>0,7%</b>	<b>100%</b>

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 et le croisement des causes du placement avec les symptômes montre que les enfants abusés, abandonnés ou rejetés font majoritairement partis de ce sous-groupe, alors que les carences éducatives restent du côté de la simple inquiétude.

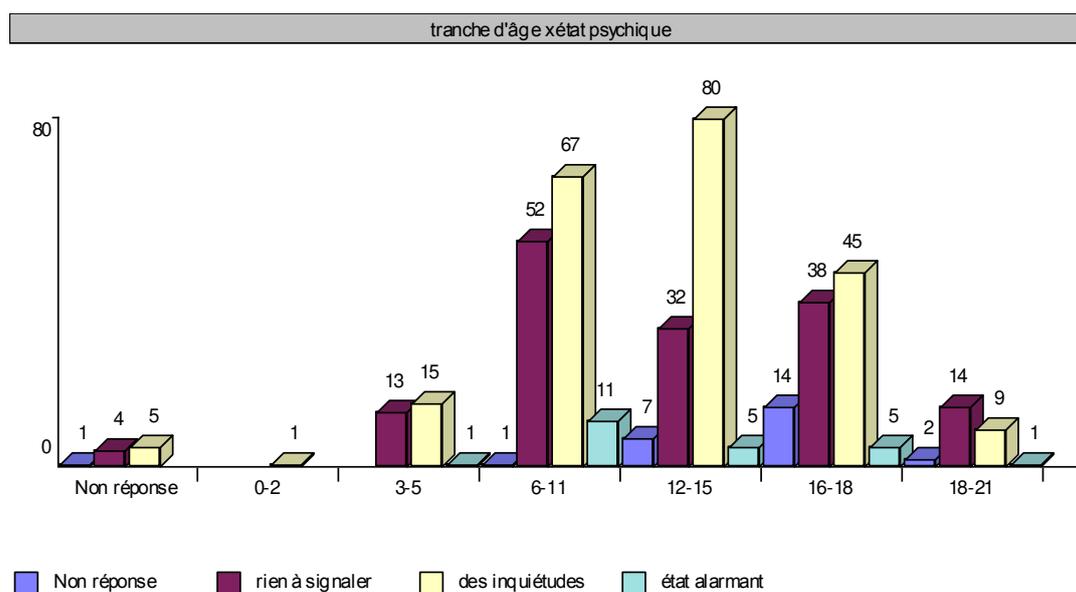
**Tableau 42 : Répartition des enfants selon leur état psychique**

état psychique	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	25	5,9%
rien à signaler	153	36,2%
des inquiétudes	222	52,5%
état alarmant	23	5,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

**Graphique 11 : Répartition des enfants selon le sexe et l'état psychique**



**Graphique 12 : Répartition des enfants selon l'âge et l'état psychique**



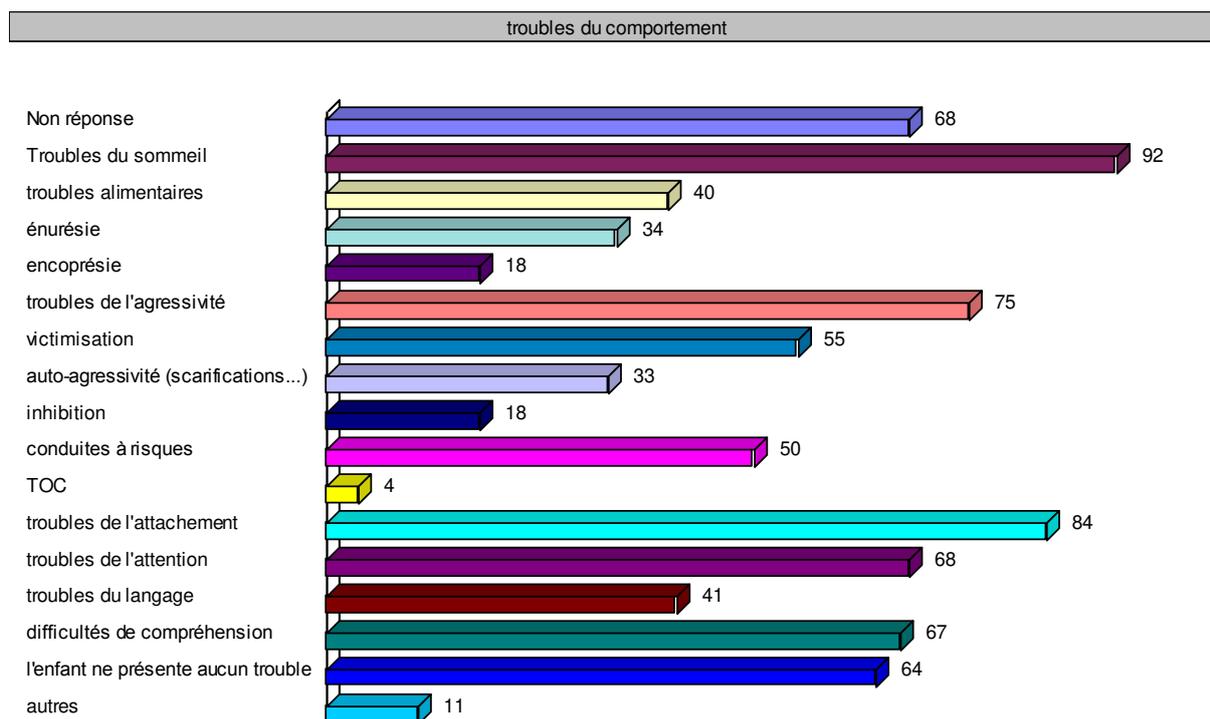
### 3. 3. Etat psychologique et relationnel, des fragilités manifestes

Nous avons apprécié la santé psychique des enfants à partir des troubles qu'ils pouvaient manifester dans la vie quotidienne. Nous avons les réponses suivantes (question à réponses multiples) : 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 encopréétiques (soit 4,3%). (7,6% et 2,3% dans la première recherche sur carnet médical).

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

**Graphique 13 : Pourcentages d'enfants selon les différents troubles du comportement**



L'expression du mal être est en partie sexuée : on trouve significativement plus de troubles alimentaires, des scarifications et de 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%.

**Tableau 43 : Répartition des enfants selon le sexe et l'intégration scolaire**

intégration scolaire	Non réponse	bonne	meu vne	mauv aise	ne sais pas	TOTAL
Sexe de l'enfant						
garçon	7,8%	50,0%	26,8%	12,5%	3,1%	100%
fille	7,0%	54,1%	28,1%	7,8%	3,2%	100%
TOTAL	7,3%	51,3%	27,4%	10,6%	3,3%	100%

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 et 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.

**Tableau 44 : Répartition des enfants selon le niveau de socialisation**

socialisation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	20	4,7%
bonne, a des amis	197	46,6%
moyenne	111	26,2%
difficile	69	16,3%
est isolé ou rejeté	21	5,0%
ne sais pas	5	1,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

### 3. 4. Un parcours scolaire souvent déficitaire

Qui dit scolarité dit apprentissages cognitifs. Les professionnels se disent mal à l'aise pour formuler un avis sur ce registre qui nécessite selon eux une expertise. Néanmoins leur avis donne un aperçu des conditions d'apprentissage de ces enfants. Les professionnels pensent que près de 30% sont en difficulté à des degrés variables.

**Tableau 45 : Répartition des enfants selon les apprentissages cognitifs**

apprentissages cognitifs	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	23	5,4%
acquisitions normales	190	44,9%
enfant ayant du mal mais y arrive	76	18,0%
enfant qui présente un retard	47	11,1%
enfant en difficultés	55	13,0%
enfant nécessitant une prise en charge quotidienne	23	5,4%
ne sais pas	9	2,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

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. Ces enfants glissent insensiblement dans la catégorie « enfant ayant du mal mais y arrive » ou enfant en retard ou difficulté.

**Tableau 46 : Répartition des enfants selon l'âge et les apprentissages cognitifs**

apprentissages cognitifs	Non réponse	acquisitions normales	enfant ayant du mal mais y arrive	enfant qui présente un retard	enfant en difficultés	enfant nécessitant une prise en charge quotidienne	ne sais pas	TOTAL
<b>tranche d'âge</b>								
Non réponse	20,0%	50,0%	10,0%	10,0%	10,0%	0,0%	0,0%	100%
0-2	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
3-5	0,0%	65,5%	3,4%	24,1%	3,4%	3,4%	0,0%	100%
6-11	4,6%	34,4%	17,6%	17,6%	16,8%	7,6%	1,5%	100%
12-15	4,0%	37,9%	24,2%	7,3%	16,1%	8,1%	2,4%	100%
16-18	8,8%	54,9%	18,6%	4,9%	7,8%	2,0%	2,9%	100%
18-21	3,8%	69,2%	7,7%	3,8%	11,5%	0,0%	3,8%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>5,4%</b>	<b>44,9%</b>	<b>18,0%</b>	<b>11,1%</b>	<b>13,0%</b>	<b>5,4%</b>	<b>2,1%</b>	<b>100%</b>

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.

**Tableau 47 : Pourcentages d'enfants concernés par les différents types de cursus**

Cursus	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	10	2,4%
cycle général	214	50,6%
cycle technique	51	12,1%
cycle spécialisé (segpa, ime...)	83	19,6%
hors cursus pour des raisons psychologiques ou médicales	6	1,4%
professionnalisé (a un emploi quel que soit le contrat)	17	4,0%
déscolarisé	23	5,4%
en formation accès à l'emploi	13	3,1%
bénéficie d'une mesure régionale (offre de formation)	1	0,2%
maison familiale rurale	11	2,6%
autre	19	4,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

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 privilégiée de ces jeunes dans le cursus technique, une professionnalisation beaucoup plus précoce qu'au niveau national, un décrochage scolaire dès 16-18.

**Tableau 48 : Pourcentages d'enfants selon l'âge et le cursus scolaire**

Cursus	cycle général	cycle technique	cycle spécialisé (segpa, ime...)	hors cursus pour des raisons psychologiques ou médicales	professionnalisés (à un emploi quelconque soit le contrat)	déscolarisés	en formation accès à l'emploi	bénéficie d'une mesure régionale (offre de formation)	maison familiale rurale	autre	TOTAL
tranche d'âge											
0-2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%
3-5	86,2%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,8%	100%
6-11	79,4%	0,8%	20,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
12-15	50,8%	6,5%	32,3%	2,4%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	4,0%	5,6%	100%
16-18	15,7%	29,4%	14,7%	2,0%	7,8%	18,6%	8,8%	0,0%	4,9%	5,9%	100%
18-21	15,4%	34,6%	0,0%	0,0%	23,1%	0,0%	11,5%	3,8%	0,0%	3,8%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>50,6%</b>	<b>12,1%</b>	<b>19,6%</b>	<b>1,4%</b>	<b>4,0%</b>	<b>5,4%</b>	<b>3,1%</b>	<b>0,2%</b>	<b>2,6%</b>	<b>4,5%</b>	<b>100%</b>

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. Les filles sont plus souvent en retard d'un an, les garçons en retard de deux et trois ans.

Nous avons voulu comparer ces données avec les statistiques nationales et départementales car tous les rapports (sources : Les parcours scolaires et les résultats, Géographie de l'école – n° 10 mai 2011) constatent que « Un retard de deux ans et plus en première année de collège est un indicateur de grande difficulté scolaire. La réussite dans l'enseignement secondaire étant fortement corrélée à l'âge d'entrée en sixième, elle se trouve souvent compromise pour les élèves concernés. 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 en raison de la fluidité des parcours scolaires qui est une orientation claire de la politique éducative actuelle (l'indicateur présenté se rapporte à l'ensemble d'une classe, et non pas aux seuls entrants). » Le rapport cité 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. À l'exception de la Guyane, dont plus d'un élève sur huit est encore dans ce cas, les écarts entre académies sont assez faibles : de 0,5 % pour Rouen à 2,4 % pour Créteil »

Or c'est à une tout autre réalité que nous confrontent nos chiffres :

**Tableau 49 : Pourcentages d'enfants selon le niveau scolaire**

niveau scolaire	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	11	2,6%
en avance sur l'âge scolaire	2	0,5%
à l'âge normal dans sa class	181	42,8%
en retard d'un an	109	25,8%
retard de deux ans	36	8,5%
retard de trois ans et plus	36	8,5%
déscolarisés	31	7,3%
ne sais pas	24	5,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Le chiffre que nous obtenons, de 8,5% d'enfants en retard de deux ans (et 8,5% de trois ans), pour la population globale du corpus et sur toute la scolarité, dévoile des mécanismes d'exclusion propres à chaque tranche d'âge. En ne raisonnant que sur les 402 enfants pour lesquels nous avons les réponses, nous remarquons que 4,8% des six-onze ans de notre corpus ont un retard de deux ans, et 13% un retard de trois ans. Que 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. Les enfants les 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%) sont les enfants abusés, abandonnés ou rejetés. D'où l'importance d'une prise en charge particulièrement adaptée pour ces enfants pour lesquels le temps ne suffit pas à cicatiser les blessures.

**Tableau 50 : Pourcentages d'enfants selon l'âge et le niveau scolaire**

niveau scolaire	en avance sur l'âge scolaire	à l'âge normal dans sa classe	en retard d'un an	retard de deux ans	retard de trois ans et plus	déscolarisé	TOTAL
tranche d'âge							
Non réponse	0	2	1	3	2	1	9
0-2	0	0	0	0	0	0	0
3-5	0	22	4	1	0	1	28
6-11	0	63	38	6	16	0	123
12-15	1	47	44	14	9	6	121
16-18	1	38	20	8	7	23	97
18-21	0	10	2	6	3	3	24
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>182</b>	<b>109</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>402</b>

Peu de diplômes semblent acquis dans notre corpus.

**Tableau 51 : Répartition des enfants selon les diplômes obtenus**

Valeurs	Nb. cit.
Brevet des collèges	35
CAP	5
CFG	5
Bac ES	1
Brevet sécurité routière	2
diplôme d'études en langue française	4
Prépa professionnelle	1
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

Et l'absentéisme scolaire concerne 8,5% des jeunes de façon importante, 13,9% de temps en temps.

**Tableau 52 : Répartition des enfants selon le niveau d'absentéisme scolaire**

<b>absentéisme</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	40	9,5%
beaucoup	36	8,5%
de temps en temps	59	13,9%
jamais	270	63,8%
ne sais pas	18	4,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

Enfin, 22% des enfants (soit 93 enfants), ce qui est un chiffre important, ont eu une orientation MDPH dont 70 ont pu aboutir (16,5%). Ces orientations concernent plus souvent des garçons (26,8% contre 17,8%). Elle est principalement demandée entre 6-11 ans et 12-15 ans.

**Tableau 53 : Orientations MDPH**

<b>MDPH</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Non réponse	13	3,1%
Oui	93	22,0%
non	310	73,3%
ne sais pas	7	1,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

### **3. 5. Du côté des comportements à risque**

Dans les comportements à risque, nous avons fait figurer les fugues, les délits et les agressions. Nous sommes bien conscients que ce ne sont pas les seuls comportements à risque mais ceux-ci font l'objet d'une déclaration de la part des services, du moins pour ceux qui sont signalés :

#### **Les fugues**

On note 18,2% de fugeurs signalés, plus de filles que de garçons, rarement dans la tranche d'âge 6-11 ans (5,3%) mais en crescendo jusqu'à 18 ans avec entre 25 et 30%. Après 18 ans, bien que 11,5% de fugeurs soient signalés, nous ne catégoriserons pas cet acte ainsi, compte tenu de la majorité acquise par le jeune.

**Tableau 54 : Répartition des enfants selon les tentatives de fugues**

fugue	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	21	5,0%
oui	77	18,2%
non	325	76,8%
TOTAL OBS.	423	100%

**Tableau 55 : Répartition des enfants selon l'âge et les tentatives de fugue**

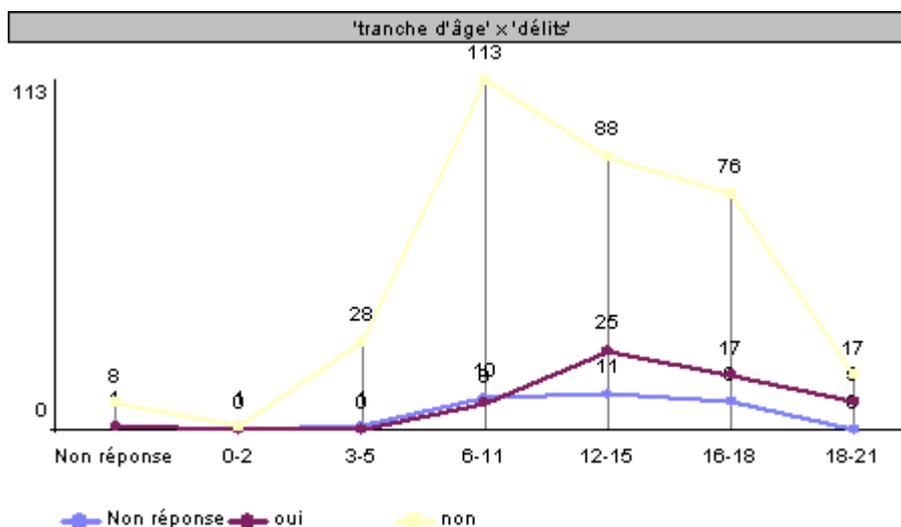
fugue	Non réponse	oui	non	TOTAL
Sexe de l'enfant				
Non réponse	7,1%	50,0%	42,9%	100%
garçon	4,0%	12,5%	83,5%	100%
filles	5,9%	22,7%	71,4%	100%
TOTAL	5,0%	18,2%	76,8%	100%

**Les délits** concernent 14,2% de l'effectif, soit 60 jeunes, avec un peu plus de garçons (15,2% contre 12,4%), principalement autour de 12-15 ans.

**Tableau 56 : Répartition des enfants selon les délits**

délits	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	32	7,6%
oui	60	14,2%
non	331	78,3%
TOTAL OBS.	423	100%

**Tableau 57 : Répartition des enfants selon l'âge et les délits**



Les agressions commises par les enfants concernent entre 10 et 13% du corpus, sur d'autres enfants (13,7%) ainsi que sur des adultes (10,9%). Ces agressions sont surtout physiques, commises autant par les filles que par les garçons. 10 agressions sexuelles ont été commises par des jeunes, autant par les filles que les garçons. Ces agressions commencent dès la tranche d'âge 6-11 ans.

**Tableau 58 : Pourcentages d'enfants selon le type d'agressions commises**

agressions	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	244	57,7%
sur d'autres enfants	58	13,7%
sur des adultes	46	10,9%
des agressions physiques	48	11,3%
des agressions sexuelles	11	2,6%
ne sais pas	89	21,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

**Tableau 59 : Nombre d'enfants selon l'âge et le type d'agressions**

agressions	Non réponse	sur d'autres enfants	sur des adultes	des agressions physiques	des agressions sexuelles	ne sais pas	TOTAL
<b>tranche d'âge</b>							
Non réponse	5	1	2	2	1	2	<b>13</b>
0-2	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
3-5	13	4	3	1	0	10	<b>31</b>
6-11	85	20	9	15	7	23	<b>159</b>
12-15	71	24	18	18	1	18	<b>150</b>
16-18	54	8	12	9	2	28	<b>113</b>
18-21	15	1	2	3	0	8	<b>29</b>
<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>58</b>	<b>46</b>	<b>48</b>	<b>11</b>	<b>89</b>	<b>496</b>

### 3. 6. L'accès aux loisirs

Tous les enfants accueillis bénéficient de loisirs et d'activités au sein des établissements. Ne sont comptabilisées que les activités extra-scolaires. 44,4% des enfants sont inscrits à une activité, les garçons (49%) plus que les filles (39,5%) : le football et la danse sont les deux choix majoritaires.

**Tableau 60 : Répartition des enfants selon les activités extra-scolaires**

activités extra-scolaire	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	31	7,3%
oui	188	44,4%
non	204	48,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

### 3. 7. Des enfants soignés psychiquement

Nous avons vu lors de la première recherche qu'il existait un suivi médical mis en place par la cellule mais que ce suivi butait parfois sur l'absence de retour des certificats médicaux remplis par les médecins traitants. Cette seconde recherche permet de compléter le tableau et de montrer que bon nombre de ces enfants bénéficient d'un suivi psychologique (souvent en interne), en orthophonie (14,2%) ou soutien scolaire. Sans doute ces aides sont-elles insuffisantes au vu des difficultés de ces enfants mais le tableau ci-dessous montre une répartition logique des types d'aides proposées, notamment pour maintenir les enfants dans le cycle général.

**Tableau 61 : Pourcentages d'enfants concernés par les différents types d'aide proposés**

suiti	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	33	7,8%
aucun suivi	127	30,0%
suivi psychologique	182	43,0%
suivi psychiatrique	45	10,6%
suivi orthophonie	60	14,2%
suivi psychomotricité	29	6,9%
soutien scolaire	60	14,2%
activités thérapeutique	30	7,1%
autres	19	4,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

**Tableau 62 : Pourcentages d'enfants selon le type d'aide proposé et le cursus scolaire**

Cursus	cycle général	cycle technique	cycle spécialisé (seppa, ime...)	hors cursus pour des raisons psychologiques ou médicales	professionnel (à un emploi quelconque si le contrat)	déscolarisé	en formation accès à l'emploi	maison familiale rurale	autre	TOTAL
<b>suivi</b>										
aucun suivi	25,2%	52,9%	13,3%	0,0%	58,8%	39,1%	69,2%	45,5%	42,1%	<b>30,0%</b>
suivi psychologique	52,3%	23,5%	49,4%	66,7%	17,6%	13,0%	15,4%	27,3%	31,6%	<b>43,0%</b>
suivi psychiatrique	7,5%	5,9%	19,3%	33,3%	5,9%	21,7%	7,7%	9,1%	36,8%	<b>10,6%</b>
suivi orthophonie	18,7%	2,0%	19,3%	33,3%	0,0%	4,3%	0,0%	9,1%	0,0%	<b>14,2%</b>
suivi psychomotricité	5,6%	5,9%	13,3%	16,7%	5,9%	0,0%	0,0%	9,1%	10,5%	<b>6,9%</b>
soutien scolaire	18,7%	9,8%	7,2%	50,0%	5,9%	13,0%	7,7%	9,1%	15,8%	<b>14,2%</b>
activités thérapeutiques	5,6%	0,0%	21,7%	16,7%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	15,8%	<b>7,1%</b>
autres	3,3%	5,9%	6,0%	16,7%	11,8%	8,7%	0,0%	0,0%	5,3%	<b>4,5%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La fréquence des suivis est un peu mieux connue, sans que nous puissions néanmoins mesurer l'adéquation de cette rythmicité et son efficacité.

**Tableau 63 : Pourcentages d'enfants selon la fréquence des aides proposées**

fréquence des suivis pour l'enfant	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	181	42,8%
plusieurs fois par semaine	41	9,7%
une fois par semaine	114	27,0%
une fois tous les quinze jours	62	14,7%
une fois par mois	45	10,6%
par trimestre	7	1,7%
par semestre.	7	1,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

### 3. 8. L'existence de doubles prises en charge

Certains enfants, 16,3% de l'effectif, nécessitent des prises en charge multiples pour répondre à leur problématique. Garçons et filles sont alors pris en charge par un autre établissement (8,7%), un lieu de vie (1,4%), une famille d'accueil (3,1%), une famille d'accueil relais (6,1%), ou un hôpital de jour (3,1%). Ces enfants sont les plus en difficulté soit en raison de leur problématique, soit parce qu'ils ne supportent plus la vie en collectivité.

### 3. 9. La question du maintien des liens

La qualité de vie de ces enfants dépend également des liens affectifs qu'ils vont pouvoir maintenir avec leur famille. La question du maintien des liens nous est apparue incontournable dans cette recherche. Pour 25,5% des enfants soit 108 enfants, le droit d'hébergement en famille ne peut pas être exercé. Pour les autres l'hébergement peut être

proposé chez la mère (43,3%), chez le père (22,5%) ou chez un autre membre de la famille (13,7%).

**Tableau 64 : Pourcentages d'enfants selon le droit d'hébergement**

Droit d'hébergement	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	66	15,6%
chez son père	95	22,5%
chez sa mère	183	43,3%
chez un autre membre de la famille	58	13,7%
chez personne	108	25,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

Pour les enfants qui ne peuvent aller dans leur famille, la mise en place de visites médiatisées est possible pour 97 enfants avec leur père (22,9%), un peu plus avec la mère (129 enfants =30,5%). La fratrie concerne 99 enfants soit 23,4%. Reste à savoir quelle est la qualité de ces rencontres.

Certains enfants peuvent bénéficier d'un hébergement modulé, c'est le cas pour 88 enfants avec un parent, 13 avec un membre de la famille élargie. Là encore une évaluation de ce type de prise en charge, des rythmes, et des conditions d'adaptation de l'enfant serait nécessaire.

**Tableau 65 : Pourcentages d'enfants selon la modulation de l'hébergement**

Modulation de l'hébergement	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	96	22,7%
hébergement non modulé	231	54,6%
modulé en alternance avec un parent (ou les deux)	88	20,8%
modulé avec un membre de la famille élargie	13	3,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	

**Tableau 66 : Pourcentages d'enfants selon le rythme de modulation**

Rythme de la modulation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	309	73,0%
un ou deux jours dans la semaine	49	11,6%
plusieurs jours dans la semaine	17	4,0%
l'enfant est en hébergement collectif que le week-end	2	0,5%
autre	46	10,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

### 3. 10. 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 2, 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.

**Tableau 67 : Répartition des enfants selon l'avis des professionnels sur l'adéquation des mesures proposées**

adéquation mesure hébergement collectif	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	70	16,5%
très adaptée à la situation	218	51,5%
possible mais difficile	112	26,5%
totalément inappropriée	23	5,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

**Tableau 68 : Répartition des enfants selon le sexe et l'adéquation des mesures proposées**

adéquation mesure hébergement collectif	Non réponse	très adaptée à la situation	possible mais difficile	totalément inappropriée	TOTAL
<b>Sexe de l'enfant</b>					
Non réponse	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	<b>100%</b>
garçon	13,8%	53,1%	30,4%	2,7%	<b>100%</b>
filles	18,9%	50,3%	22,7%	8,1%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16,5%</b>	<b>51,5%</b>	<b>26,5%</b>	<b>5,4%</b>	<b>100%</b>

L'adéquation diminue en fonction de l'âge et du développement, ce n'est donc pas une remise en cause du collectif pour les âges tendres de l'enfance, mais plutôt des difficultés liées à la préadolescence et à l'adolescence qui sont pointées. Dans cette appréciation, de l'adéquation ou non adéquation de l'accueil, interviennent fortement les symptômes présentés par l'enfant, et surtout la gêne que ces symptômes entraînent pour le collectif et la vie quotidienne.

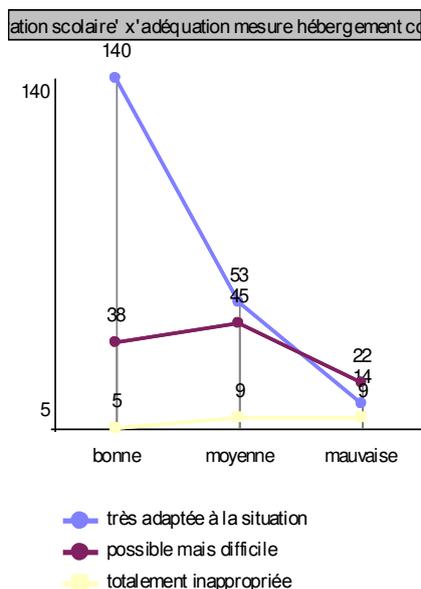
**Tableau 69 : Répartition des enfants selon l'âge et l'adéquation des mesures proposées**

adéquation mesure hébergement collectif	Non réponse	très adaptée à la situation	possible mais difficile	totalément inappropriée	TOTAL
<b>tranche d'âge</b>					
Non réponse	30,0%	50,0%	10,0%	10,0%	<b>100%</b>
0-2	0,0%	100%	0,0%	0,0%	<b>100%</b>
3-5	3,4%	62,1%	31,0%	3,4%	<b>100%</b>
6-11	9,9%	54,2%	32,8%	3,1%	<b>100%</b>
12-15	8,9%	56,5%	27,4%	7,3%	<b>100%</b>
16-18	26,5%	43,1%	23,5%	6,9%	<b>100%</b>
18-21	57,7%	34,6%	3,8%	3,8%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16,5%</b>	<b>51,5%</b>	<b>26,5%</b>	<b>5,4%</b>	<b>100%</b>

En croisant par exemple, l'intégration scolaire et l'adéquation de l'accueil, on remarque que celles-ci se renforcent mutuellement : plus l'intégration scolaire est bonne, plus l'accueil est

vécu positivement ; plus l'enfant décroche scolairement, plus son accueil en établissement est vécu difficilement.

**Graphique 14 : Répartition des enfants selon l'intégration scolaire et l'adéquation de l'accueil**



Le recours semble être alors massivement la famille d'accueil seule ou en alternance avec le collectif.

Les perspectives sont particulièrement pessimistes puisqu'on ne note que 10,4% de retours en famille envisagés et 14,2% de retours problématiques selon les professionnels. Mais surtout, c'est le chiffre de 44,4% de retours non envisageables qui posent 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.

**Tableau 70 : Répartition des enfants selon les perspectives de retour dans leur famille**

perspectives	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	46	10,9%
retour en famille envisagé	44	10,4%
retour problématique	60	14,2%
retour inenvisageable	188	44,4%
ne sais pas	85	20,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>

En conclusion de cette seconde recherche, nous noterons donc que 19 à 20% des enfants confiés sont en grande difficulté, tant sur le plan scolaire que sur le plan clinique, et que ces difficultés débutent dès l'école primaire, voire avant.

## Chapitre V- Une approche par autoévaluation de la santé

Après nous être intéressés à la santé physique et psychologique des enfants accueillis en institution telle qu'elle est perçue par les éducateurs, ce chapitre sera consacré à la santé subjective et au point de vue des enfants sur leur qualité de vie. Après une brève introduction théorique, la méthodologie et les résultats de cette troisième recherche seront ensuite présentés avant de laisser un peu plus la parole aux enfants, grâce aux quelques entretiens que nous avons réalisés.

### 1. Introduction

A l'heure actuelle, la définition de la qualité de vie ne se limite plus à l'état de santé ou aux caractéristiques objectives de l'environnement physique et social mais elle renvoie au niveau de satisfaction des individus dans les différents domaines de leur vie incluant le bien-être physique, social, économique et psychologique (Upton et al., 2008, *op. cit.*). Dans le domaine de la santé, le principal intérêt de ce concept est qu'il permet de rendre compte des conséquences psychologiques et sociales des maladies chroniques non mesurables avec les outils traditionnels. Ainsi, l'évaluation de la qualité de vie constitue aujourd'hui une alternative innovante permettant d'éclairer les choix médicaux individuels et collectifs (Missotten et al., 2007, , *op. cit.*).

Toutefois, malgré le nombre croissant d'études qui lui sont consacrées, la notion de qualité de vie reste difficile à définir en raison à la fois de sa complexité et de son caractère multidimensionnel (Tessier, Vuillemin, Lemelle, & Briançon, 2009)<sup>21</sup>. En effet, les chercheurs semblent éprouver de réelles difficultés, chez l'enfant comme chez l'adulte, à traduire ce concept en termes empiriques (Missotten et al., 2007, *op. cit.*). Jusqu'à une période récente, l'évaluation de la qualité de vie des enfants reposait principalement sur une hétéro-évaluation réalisée à l'aide de questionnaires remplis par les parents ou les professionnels en raison des compétences cognitives et langagières limitées des enfants (Upton et al, 2008, *op. cit.*). Cependant, la question de savoir si la qualité de vie des enfants peut être évaluée par des tiers est extrêmement controversée (Ravens-Sieberer, Erhart, Wille, Wetzel, Nickel & Bullinger 2006)<sup>22</sup>. En effet, aujourd'hui les enfants ne sont plus considérés comme de simples sujets d'études mais comme de véritables acteurs de leur développement, et la parole des enfants est de plus en plus prise en compte dans les processus de décision qui les concernent. Toutefois, la prise en compte du point de vue des enfants sur leur qualité de vie nécessite des outils adaptés pour de telles évaluations.

---

<sup>21</sup> Tessier, S., Vuillemin, A., Lemelle, J. L. & Briançon, S. (2009). Propriétés psychométriques du questionnaire générique français « Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 » (PedsQL™ 4.0). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59, 291-300.

<sup>22</sup> Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J. & Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality of life assessment in children and adolescents. Methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, 24, 1199-1220.

Depuis quelques années, de nombreux questionnaires de qualité de vie destinés aux enfants ont été créés, si bien que la plupart des chercheurs ne voient plus d'objections à ce qu'ils l'évaluent eux-mêmes, et ce dès l'âge de 3 ou 4 ans. Dans une récente revue de la littérature, Upton et ses collaborateurs ont montré que la concordance entre les évaluations de la qualité de vie réalisées par les parents et par les enfants eux-mêmes pouvait être considérée comme modérée à bonne (Upton et al, 2008, *op. cit.*). De manière générale, le niveau de concordance entre auto et hétéro-évaluation s'avère plus élevé pour les domaines observables comme le bien-être physique que pour les domaines non observables comme le bien-être psychologique ou social.

Par ailleurs, les déterminants du bien-être sont spécifiques à l'âge et ils dépendent du développement et des expériences vécues par les enfants (Moore & Keyes, 2003)<sup>23</sup>. Si les dimensions physique, psychologique et sociale sont intégrées dans la plupart des outils destinés aux enfants (Missotten et al., 2007, *op. cit.*), ceux-ci sont majoritairement inspirés des échelles destinées aux adultes. Enfin, la qualité de vie des enfants est également évaluée à l'aide d'indicateurs de santé psychologique tels que les problèmes de comportement ou le niveau d'estime de soi (Creemens, Eiser & Blades, 2006)<sup>24</sup>.

Cependant, les enfants se développent dans un contexte social à la fois multiple et différent dans lequel les relations familiales, les relations paritaires et l'environnement scolaire occupent une place importante (Matza et al., *op. cit.*). Dans la littérature on trouve donc, en plus des dimensions déjà distinguées chez les adultes, différents domaines correspondant notamment au bien-être familial, émotionnel et scolaire ainsi qu'à l'autonomie et à l'indépendance (Ravens-Sieberer et al., 2006 ; Vinson, Shank., Thomas & Warschausky, 2010<sup>25</sup>). Enfin, lorsqu'on interroge directement les enfants, les domaines clés comprennent la famille, les amis, l'école, les activités sociales avec les pairs, le jeu physique et les moments de tranquillité (Vinson et al., 2010, *op. cit.*). Malgré une absence de consensus concernant les dimensions à appréhender lorsqu'on s'intéresse au bien-être des enfants, la majorité des chercheurs reconnaissent l'importance des relations familiales dans leur qualité de vie.

En ce qui concerne les enfants relevant de la protection de l'enfance, à notre connaissance seules deux études se sont intéressées à leur qualité de vie telle qu'ils peuvent eux-mêmes l'appréhender. Ainsi, Carbone, Sawyer, Searle & Robinson (2007)<sup>26</sup> ont évalué la qualité de vie de 326 enfants et adolescents australiens de 6 à 17 ans placés en famille d'accueil à l'aide

---

<sup>23</sup> Moore, R. C. & Keyes (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 1-11). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

<sup>24</sup> Creemens, J., Eiser, C. & Blades, M. (2006). Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 15, 739-754.

<sup>25</sup> Vinson, J., Shank, L., Thomas, P. D. & Warschausky, S. (2010). Self-generated domains of quality of life in children with and without cerebral palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22, 497-508.

<sup>26</sup> Carbone, J.A., Sawyer, M.G., Searle., A.K., & Robinson, P.J. (2007). The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Quality of Life Research*, 16, 1157-1166.

de deux versions du Child Health Questionnaire, l'une remplie par les assistants familiaux (CHQ-PF50) et l'autre par les adolescents de 13 à 17 ans (CHQ-CF87). Les résultats ont ensuite été comparés à ceux de 3582 enfants du même âge vivant dans leur famille. D'après cette étude, les assistants familiaux perçoivent les enfants dont ils ont la charge comme ayant une moins bonne qualité de vie dans tous les domaines évalués à l'aide de ce questionnaire (santé physique, santé mentale, niveau de restriction dans les activités quotidiennes et famille). En revanche, les différences relatives à certaines sous-dimensions n'apparaissent plus lorsque ce sont les adolescents qui évaluent eux-mêmes leur qualité de vie. Ainsi, par rapport aux enfants tout-venants les adolescents de 13 à 17 ans placés en famille d'accueil n'obtiennent pas de scores significativement inférieurs aux sous-dimensions « douleur et gêne corporelles » du domaine de la santé physique, « fonctionnement physique » et « restrictions dues à des problèmes de santé physique » du domaine des restrictions dans les activités quotidiennes ainsi qu'à la sous-dimension « cohésion familiale » du domaine de la famille.

De leur côté, Dazord et ses collaborateurs (2000)<sup>27</sup> ont réalisé une étude dont l'objectif était de comparer la qualité de vie d'enfants français et espagnols en bonne santé, atteints d'une maladie chronique et présentant des difficultés psycho-sociales. Pour cela, des données ont été recueillies auprès de 490 enfants au total dont 234 (101 français et 133 espagnols) étaient en bonne santé et 256 présentaient des problèmes de santé ou des difficultés psychosociales. Parmi eux, 120 enfants (66 français et 54 espagnols) étaient porteurs d'une pathologie somatique (rénale, hématologique, pulmonaire, séropositivité) et 136 étaient considérés comme présentant des difficultés psycho-sociales (40 enfants placés en institution et 96 enfants consultant dans un centre médico-psychologique). Les résultats mettent également en évidence des différences dans les scores obtenus à de nombreux items, notamment entre les enfants placés en institution et les enfants en bonne santé, atteints d'une maladie chronique ou présentant des troubles psychologiques. Les enfants placés obtiennent des scores inférieurs à certains items familiaux (« quand tu penses à ta maman », « quand tu penses à ton papa », « quand tu es loin de ta famille ») et, ce qui peut paraître plus surprenant, des scores supérieurs à certains items tels que « quand tu joues avec tes frères et sœurs », « quand tu es avec tes grands-parents » ou « quand tu dors ailleurs que chez toi », ce dernier item renvoyant au lieu de vie habituel de l'enfant, et donc à l'institution.

De la même manière, l'objectif de notre étude est d'explorer la perception que les enfants placés en institution ont de leur qualité de vie et d'en dégager les spécificités par rapport à une population d'enfants tout-venants vivant dans leur famille. Enfin, nous examinerons l'impact de différentes variables relevant du parcours et des conditions de vie actuelles des enfants sur leur qualité de vie. Ces résultats devraient nous permettre de mieux comprendre quelles sont les sources de satisfaction et d'insatisfaction dans la vie de ces enfants et de dégager un

---

<sup>27</sup> Dazord, A., Manificat, S., Escoffier, C., Kadour, J.-L., Bobes, J., Gonzales, M.-P., Nicolas, J., & Cochat, P. (2000). Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). *L'Encéphale*, 26, 46-55.

certain nombre de pistes afin, si possible, d'améliorer la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les institutions relevant de la protection de l'enfance.

## **2. Méthodologie**

### **2. 1. Participants et procédure**

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, en Loire-Atlantique. L'échantillon est composé de 41 filles et 39 garçons. Les services de l'aide sociale à l'enfance, les directeurs des établissements et les responsables légaux des enfants ayant donné leur accord, un questionnaire sur le parcours et la santé de ces derniers a ensuite été transmis à leurs éducateurs référents afin qu'ils le complètent. Enfin, deux assistantes de recherche se sont rendues dans les établissements concernés afin de faire remplir des questionnaires de qualité de vie aux enfants. Au total, 6 enfants de 4 à 6 ans (3 filles et 3 garçons) ont rempli la version maternelle et 39 enfants de 6 à 11 ans (21 filles et 18 garçons) la version primaire du questionnaire AUQUEI. Enfin, 35 jeunes de 11 à 14 ans ont répondu au questionnaire OK-ado, la version adolescents du questionnaire AUQUEI. Par ailleurs, afin de comparer la qualité de vie des enfants placés en institution avec celle d'enfants en bonne santé vivant dans leur famille, les données recueillies dans le cadre d'une étude antérieure (Bacro et al., 2013)<sup>28</sup> ont été utilisées afin de constituer un groupe témoin de 39 enfants tout-venants âgés de 6 à 11 ans. Ce groupe témoin a été apparié sur l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique des familles.

### **2. 2. Les questionnaires de qualité de vie**

Les résultats de nos recherches montrent que parmi les auto-questionnaires permettant d'évaluer la qualité de vie des enfants avant l'âge de 6 ans, seul le questionnaire AUQUEI (AUto-QUestionnaire Enfant Imagé) a été validé en français. Celui-ci a spécifiquement été conçu pour évaluer la qualité de vie des enfants telle qu'ils peuvent eux-mêmes l'appréhender. Une version destinée aux adolescents est également disponible en français.

Le questionnaire AUQUEI, destiné aux enfants de 3 à 12 ans, est composé d'une question ouverte visant à appréhender la façon dont ils conçoivent leur qualité de vie (parfois tu es très content/content/pas content/pas content du tout, dis-moi quand ça t'arrive) et d'une échelle fermée de 26 items. Néanmoins, il existe deux versions différentes de ce questionnaire, selon qu'il s'adresse à des élèves scolarisés à l'école maternelle ou élémentaire. La version « élémentaire » comporte quelques items supplémentaires (32 au total). Pour les enfants, la tâche consiste à se prononcer sur leur degré de satisfaction à propos des différents domaines

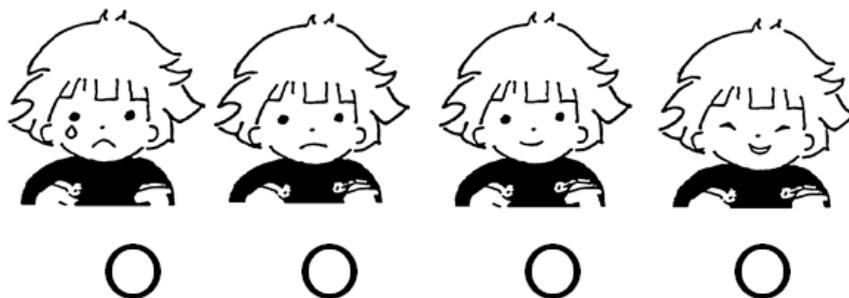
---

<sup>28</sup> Bacro, F., Florin, A., Guimard, P., & Rambaud, A. (2013). L'évaluation du bien-être des jeunes enfants: nouvelles perspectives en psychologie du développement. In A. Florin & M. Préau (Eds.). *Le bien-être* (pp. 71-82). Paris : L'Harmattan.

de leur vie en choisissant entre quatre visages représentant chacun un état émotionnel, allant de « pas content du tout » à « très content » (cf. figure 1). Ils doivent cocher ou colorier la case correspondant le plus à ce qu'ils ressentent vis-à-vis du domaine évoqué.

Une première étude de validation a été réalisée auprès d'une population de 102 enfants de 3 à 12 ans dont 60% ne présentaient aucun problème de santé notable, 26% de transplantés rénaux et 14% de séropositifs (Manificat, Dazord, Cochat & Nicolas, 1997)<sup>29</sup>. Le principal avantage de ce questionnaire est qu'il a en partie été conçu à partir d'une analyse de contenu portant sur les réponses des enfants à une question ouverte. Cette dernière a permis aux auteurs de recenser les domaines pris en considération par les enfants lorsqu'ils sont interrogés sur leurs sources de satisfaction ou d'insatisfaction. L'analyse factorielle a mis en évidence 4 dimensions dans la qualité de vie des enfants : l'autonomie, les loisirs, les fonctions et la famille. Des corrélations élevées ont été obtenues entre certains items et la confiance en soi des enfants, évaluée par leur mère. De plus, les scores obtenus à ce questionnaire se sont avérés discriminants vis à vis de l'âge et de la santé. Enfin, aucune différence significative n'est apparue entre les moyennes des scores de 55 enfants obtenus à un an d'intervalle.

Figure 3 : Echelle de réponse du questionnaire AUQUEI



Une seconde étude a ensuite été réalisée afin de comparer la qualité de vie d'enfants français et espagnols selon qu'ils étaient en bonne santé, atteints d'une maladie chronique ou qu'ils présentaient des difficultés psycho-sociales (Dazord et al., 2000, *op. cit.*). Pour cela, des données ont été recueillies auprès de 388 enfants en plus des 102 enfants ayant participé à la première étude de validation, soit 490 enfants au total. Les résultats de l'analyse factorielle réalisée dans cette étude ont conduit les auteurs à distinguer de nouvelles dimensions dans la qualité de vie des enfants. Celles-ci, qui apparaissent légèrement différentes de celles évoquées précédemment, correspondent aux domaines de la « vie familiale et relationnelle », des « loisirs », de la « séparation » et des « performances ». Toutefois, certains des items de ces dimensions ne sont présents que dans la version primaire du questionnaire AUQUEI.

<sup>29</sup> Manificat, S., Dazord, A., Cochat, P., & Nicolas, J. (1997). Evaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 4, 1238-1246.

Enfin, Manificat et Dazord (2002)<sup>30</sup> ont mis au point une troisième version de leur questionnaire destinée aux adolescents : le OK-ado. Composé d'une question ouverte et d'une échelle fermée de 26 items, le format de ce questionnaire n'est pas imagé. Cette fois, les adolescents doivent évaluer leur degré de satisfaction à propos des différents domaines de leur vie sur une échelle en 4 points allant de « pas bien du tout » à « très bien ». Les résultats de l'analyse factorielle réalisée à partir des données recueillies auprès de 354 jeunes de 13 à 18 ans ont permis de mettre en évidence 4 dimensions dans la qualité de vie des adolescents. Ces dimensions correspondent aux domaines « loisirs et relations », « école », « famille » et « image de soi ».

### **3. Résultats**

La présentation des résultats se déclinera en trois parties. La première, qui sera consacrée à l'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes, permettra de mieux comprendre comment les enfants accueillis en institution appréhendent spontanément leur qualité de vie. En ce qui concerne les analyses quantitatives, celles-ci ont dû être réalisées séparément selon la version du questionnaire utilisé (maternelle, primaire et Ok-ado) et donc selon l'âge des enfants. Après une présentation des résultats moyens, aux différentes dimensions, et à l'ensemble des items des questionnaires de qualité de vie obtenus par les enfants de 4 à 6, de 6 à 11 et de 11 à 14 ans, nous nous centrerons sur les 6-11 ans afin non seulement de comparer leurs résultats avec ceux d'enfants en bonne santé vivant dans leur famille mais également d'analyser l'impact de leur parcours sur leur qualité de vie. En effet, les enfants de cette tranche d'âge sont les seuls pour lesquels nous disposions à la fois de données recueillies auprès d'enfants tout-venants dans le cadre d'une autre étude réalisée antérieurement (Bacro et al., 2013, *op. cit.*) et d'informations suffisantes sur leur parcours de placement.

#### **3. 1. Analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes des questionnaires AUQUEI et OK-ado**

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse qualitative des réponses fournies par les enfants aux questions ouvertes des questionnaires AUQUEI et OK-ado. Une première lecture nous a permis de les classer en 7 catégories. Nous avons ensuite dénombré le nombre de réponses correspondant à chacune d'elles selon l'âge des enfants (cf. tableau 1).

---

<sup>30</sup> Manificat, S., & Dazord, A. (2002). Assessing adolescents' quality of life : Validation of a new questionnaire. *Quality of Life Newsletters*, 28, 2-3.

**Tableau 71 : résultats de l'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes des questionnaires AUQUEI et OK-ado selon l'âge des enfants**

	4-6 ans (n = 6)		6-11 ans (n = 39)		11-14 ans (n = 35)		Total
	Positif	Négatif	Positif	Négatif	Positif	Négatif	
Loisirs et activités sociales	1	0	24	0	10	0	34 (18%)
Relations familiales et séparation	4	1	14	10	17	12	58 (30%)
Relations interpersonnelles	0	1	3	24	1	11	40 (21%)
Comportement et réactions émotionnelles	1	1	6	11	3	4	26 (13%)
Ecole	0	0	4	1	3	5	13 (7%)
Possession matérielle	0	1	7	7	1	0	16 (8%)
Sommeil et nourriture	0	0	2	2	0	1	5 (3%)
Total	6	4	60	55	35	34	192

La catégorie « **relations familiales et séparation** », qui est la plus souvent citée, représente environ 30% des réponses. Pour les enfants, elle constitue aussi bien une source de contentement (les périodes de réunion et les retrouvailles avec la famille) qu'une source de mécontentement (les conflits et les situations de séparation).

Ainsi, à la question « quelquefois tu es très contente, dis-moi quand ça t'arrive », une petite fille de 5 ans répond « je vois ma maman ». Une fille de 10 ans déclare ne pas être contente car elle sait qu'elle restera « encore 2 ans au foyer ». De la même manière, un garçon de 13 ans se dit mécontent « quand une visite est annulée », celui-ci faisant probablement référence aux visites médiatisées organisées pour la majorité des enfants.

Ensuite, ce sont les « **relations interpersonnelles** » (21%), qui sont le plus souvent évoquées. Toutefois, les réponses catégorisées ici font surtout référence aux conflits avec d'autres enfants (agressions physiques et verbales, rejet) ou avec des adultes, y compris les éducateurs (rapport à l'autorité).

Ainsi, une fille de 10 ans ne se dit pas contente du tout quand quelqu'un la tape. De la même manière, interrogés sur leurs sources de mécontentement, les enfants donnent des réponses telles que « les éducateurs me demandent des choses que je n'ai pas envie » (une fille de 9 ans), « quand les adultes m'énervent » (un garçon de 10 ans) ou « au collège, je me prends la tête avec les professeurs » (un garçon de 14 ans).

La catégorie « **loisirs et des activités sociales** », qui arrive en 3<sup>ème</sup> position avec environ 17% des réponses, renvoie à des activités présentant un caractère exclusivement plaisant car elles sont l'occasion d'échanges positifs avec les autres, le plus souvent des enfants.

On y trouve des réponses telles que « je fais des choses très bien comme jouer avec mes copines » (une fille de 10 ans) et « lors des repas en groupe, lors des sorties, lors des échanges et lors des repas » (une fille de 13 ans).

De son côté, la catégorie « **comportement et réactions émotionnelles** » regroupe un ensemble de réponses (13%) relatives aux sentiments, à l'humeur et aux comportements des enfants pouvant susciter, chez eux, des réactions aussi bien positives que négatives.

Ainsi, à la question de savoir quand ils sont contents ou très contents, les enfants répondent « je suis de bonne humeur » (un garçon de 10 ans), « quand j'ai réussi quelque chose » (une fille de 12 ans) ou encore « je suis sage » (un petit garçon de 6 ans). D'autres évoquent les problématiques de violence chez certains jeunes qui peuvent être source d'inquiétudes : « je ne suis pas content du tout quand un tel crie », « quand un tel tape ou casse tout ».

Ensuite, la catégorie « **possession matérielle** » (environ 8% des réponses) désigne les cadeaux, le fait d'avoir ce dont on a envie, de ne pas avoir à prêter ou donner des objets qui nous appartiennent. Ainsi, une petite fille de 7 ans déclare être contente quand on lui offre « des bonbons ou des jouets ». De son côté, un garçon de 11 ans dit ne pas être content lorsqu'il n'a pas ce qu'il veut.

En ce qui concerne la catégorie « **école** », elle représente presque 7% des réponses et renvoie à la fois aux bonnes et aux mauvaises notes, au travail et au climat scolaires (« je suis contente de travailler », une fille de 9 ans ; « je reçois une bonne note », une fille de 13 ans ; « quand je n'ai pas de devoirs », un garçon de 12 ans).

Enfin, la catégorie « **sommeil et nourriture** » concerne des réponses relatives aux aliments (généralement ceux que les enfants apprécient de manger) ou aux perturbations du sommeil liées à des cauchemars ou encore à la gêne occasionnée par les ronflements des petits camarades.

Par exemple, un garçon de 10 ans déclare être très content quand « on mange des frites, des pâtes, des steaks hachés, des moules et des saucisses ». A la question « parfois tu n'es pas content, quand est-ce que ça t'arrive ? », un garçon de 12 ans répond « quand mon voisin de chambre ronfle ».

### **3. 2. La qualité de vie des enfants placés en institution.**

#### **3. 2. 1. 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

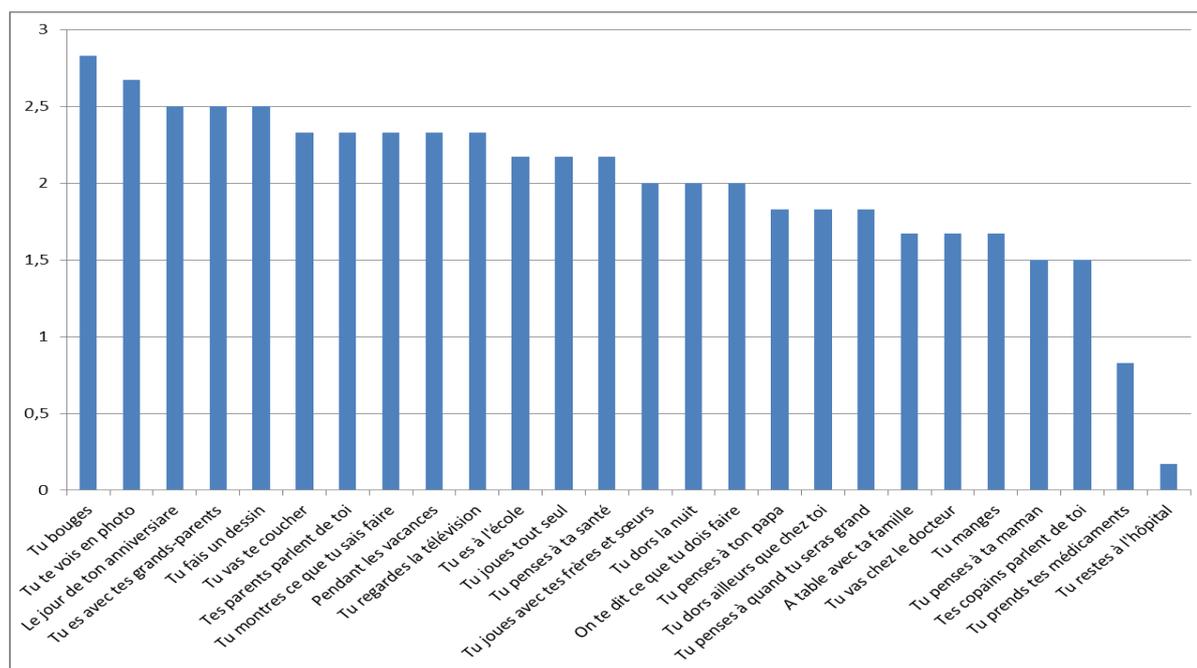
conséquent, lorsqu'on considère la moyenne obtenue à l'ensemble des items, ceux-ci apparaissent plutôt satisfaits de leur qualité de vie. De plus, même si l'effectif n'est que de 6 enfants, l'écart-type est relativement faible, ce qui suggère une faible variabilité interindividuelle. Par ailleurs, d'après les scores obtenus aux différentes dimensions ce sont les loisirs qui constituent la plus grande source de satisfaction (cf. tableau 1). 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.

**Tableau 72 : Analyses descriptives des scores obtenus par les enfants de 3 à 6 ans aux différentes dimensions et à l'ensemble des items du questionnaire AUQUEI (n = 6)**

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Autonomie	1,00	3,00	1,83	0,75
Loisirs	0,33	3,00	2,44	1,07
Fonctions	0,40	3,00	1,97	0,94
Famille	1,20	3,00	2,00	0,80
Score moyen	1,48	2,89	2,00	0,57

Lorsqu'on s'intéresse aux scores obtenus aux différents items du questionnaire, ce sont les questions renvoyant aux activités et aux relations sociales (« quand tu bouges », « le jour de ton anniversaire », « quand tu es avec tes grands-parents », « quand tu fais un dessin ») qui recueillent le plus d'avis positifs de la part des enfants (score moyen supérieur ou égal à 2,5). En revanche, les sources d'insatisfaction (score moyen inférieur ou égal à 1,5) relèvent des relations familiales (« quand tu penses à ta maman »), des relations avec les autres enfants (« quand tes copains parlent de toi ») et surtout des problèmes de santé (« quand tu prends tes médicaments », « quand tu restes à l'hôpital »).

**Graphique 15 : Scores moyens des enfants de 3 à 6 ans aux différents items du questionnaire AUQUEI (n = 6)**



### 3. 2. 2. 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 qualité de vie apparaît relativement bonne. Par ailleurs, en ce qui concerne les dimensions, une fois de plus ce sont les loisirs et la séparation qui recueillent le plus d'avis positifs et négatifs, respectivement (cf. tableau 2).

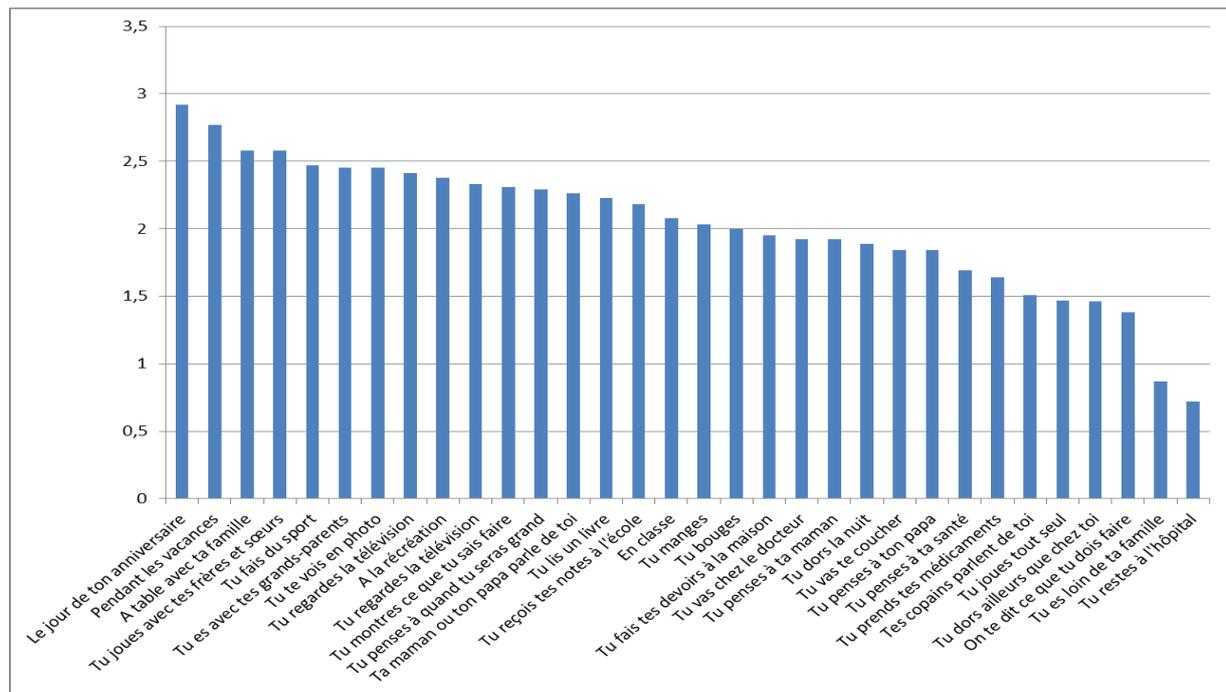
**Tableau 73 : Analyses descriptives des scores obtenus par les enfants de 6 à 11 ans aux différentes dimensions et à l'ensemble des items du questionnaire AUQUEI (n = 39)**

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Vie familiale et relationnelle	0,00	3,00	1,74	0,80
Loisirs	0,29	3,00	2,50	0,57
Séparation	0,00	3,00	1,26	0,85
Performances	0,33	3,00	2,10	0,67
Score moyen	0,73	2,91	2,00	0,46

Globalement, les scores obtenus aux différents items du questionnaire permettent de confirmer ces résultats. En effet, les questions recueillant le plus d'avis positifs (score moyen supérieur ou égal à 2,5) concernent majoritairement les loisirs (« le jour de ton anniversaire »,

« pendant les vacances ») et la famille (« à table avec ta famille », « tu joues avec tes frères et sœurs ») alors que les items évalués négativement (score moyen inférieur ou égal à 1,5) renvoient à des situations de séparation (« tu joues tout seul », « tu dors ailleurs que chez toi », « tu es loin de ta famille », « tu restes à l'hôpital ») et aux relations interpersonnelles (« tes copains parlent de toi », « on te dit ce que tu dois faire »).

**Graphique 16 : Scores moyens des enfants de 6 à 11 ans aux différents items du questionnaire AUQUEI (n = 39)**



### 3. 2. 3. 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 (cf. tableau 3). Leur qualité de vie apparaît donc plutôt satisfaisante. Le domaine des loisirs et des relations est encore une fois perçu par les adolescents placés en institution comme étant leur principale source de satisfaction. En revanche, c'est dans le domaine de la famille qu'ils semblent les moins satisfaits.

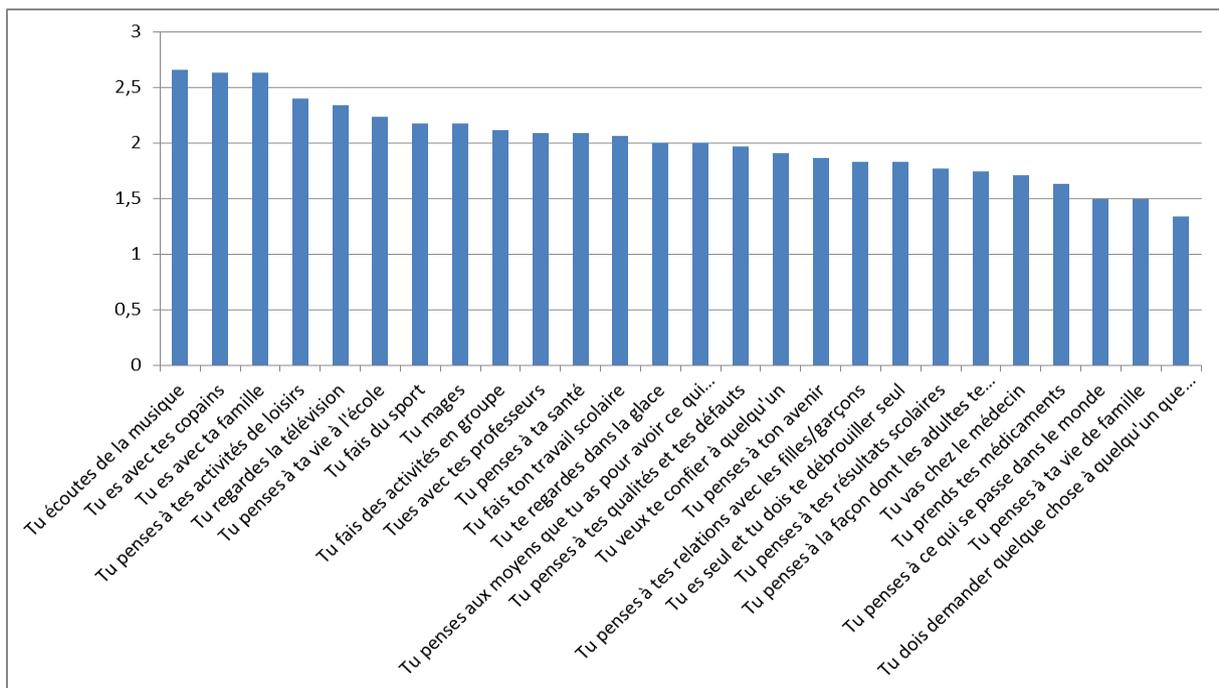
Toutefois, les résultats item par item permettent de nuancer ces résultats. En effet, si les questions plébiscitées par les jeunes (score moyen supérieur ou égal à 2,5) concernent majoritairement les activités de loisirs (« tu écoutes de la musique ») et les relations paritaires (« tu es avec tes copains »), 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). Parmi les principales sources d'insatisfaction (score moyen inférieur ou égal à 1,5) apparaissent des préoccupations beaucoup plus générales (« tu penses à ce qui se passe dans le

monde ») et une certaine anxiété dans la relation à l'autre (« tu dois demander quelque chose à quelqu'un que tu ne connais pas »).

**Tableau 74 : Analyses descriptives des scores obtenus par les enfants de 11 à 14 ans aux différentes dimensions et à l'ensemble des items du questionnaire Ok-ado**

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Loisirs et relations	1,20	3,00	2,13	0,37
Ecole	0,25	3,00	2,04	0,56
Famille	1,25	2,75	1,93	0,35
Image de soi	1,33	3,00	2,05	0,40
Score moyen	1,58	2,61	2,00	0,24

**Graphique 17 : Scores moyens des enfants de 11 à 14 ans aux différents items du questionnaire AUQUEI (n = 35)**



### 3. 3. La qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans placés en institution : comparaison avec un groupe d'enfants 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 du 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 ce qui est de leur qualité de vie en général et les dimensions « loisirs », « performances » ou même « séparation » (cf. tableau 4).

**Tableau 75 : Comparaisons entre les scores obtenus à l'ensemble des items et aux différentes dimensions du questionnaire AUQUEI par les enfants de 6 à 11 ans selon qu'ils sont placés ou non en institution**

	<i>Moyenne (écart-type)</i>		<i>Valeur de t</i>	<i>Valeur de p</i>
	<i>Enfants placés<sup>a</sup></i>	<i>Enfants tout-venants<sup>b</sup></i>		
Vie familiale et relationnelle	1,74 (0,80)	2,04 (0,54)	-1,95	.05
Loisirs	2,50 (0,57)	2,52 (0,24)	-0,24	.81
Séparation	1,26 (0,85)	1,47 (0,50)	-1,30	.20
Performances	2,10 (0,67)	2,13 (0,40)	-0,24	.81
Score moyen	2,00 (0,46)	2,06 (0,21)	-0,64	.52

*a. n = 39 ; b. n = 39*

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 font du sport, lorsqu'ils pensent à leur mère et lorsqu'ils dorment ailleurs que chez eux. Toutefois, ils apparaissent davantage satisfaits lorsqu'ils jouent avec leurs frères et sœurs, quand ils se voient en photo et que leurs parents parlent d'eux (cf. tableau 5).

**Tableau 76 : Différences significatives entre les scores obtenus aux items du questionnaire AUQUEI par les enfants de 6 à 11 ans selon qu'ils sont placés ou non en institution**

	<i>Moyenne (écart-type)</i>		<i>Valeur de t</i>	<i>Valeur de p</i>
	<i>Enfants placés<sup>a</sup></i>	<i>Enfants tout-venants<sup>b</sup></i>		
Tu joues avec tes frères et sœurs	2,58 (0,79)	1,89 (1,10)	3,10	.003
Tu dors la nuit	1,89 (1,08)	2,32 (0,74)	-1,98	.05
Tu te vois en photo	2,45 (0,79)	2,03 (0,90)	2,17	.03
Tu fais du sport	2,47 (0,76)	2,77 (0,48)	-2,03	.05
Tu penses à ta maman	1,92 (1,28)	2,54 (0,68)	-2,63	.01
Ta maman ou ton papa parle de toi	2,26 (0,92)	1,67 (0,81)	3,03	.003
Tu dors ailleurs que chez toi	1,46 (1,21)	2,08 (0,93)	-2,52	.01

*a. n = 39 ; b. n = 39*

### 3.4. L'influence de leur parcours sur la qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans placés en institution

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 ayant une moins bonne qualité de vie dans les domaines « vie familiale » et « séparation » (cf. tableau 6) comparativement aux enfants placés uniquement en institution. Par ailleurs, on observe une différence marginalement significative entre les scores moyens obtenus par ces deux groupes à l'ensemble des items du questionnaire. Par conséquent, 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.

**Tableau 77 : Comparaisons entre les scores obtenus à l'ensemble des items et aux différentes dimensions du questionnaire AUQUEI par les enfants de 6 à 11 ans selon leur parcours de placement**

	<i>Moyenne (écart-type)</i>		<i>Valeur de t</i>	<i>Valeur de p</i>
	<i>Enfants placés en FA ou chez un tiers<sup>a</sup></i>	<i>Enfants placés en institution uniquement<sup>b</sup></i>		
Vie familiale et relationnelle	1,31 (0,75)	2,14 (0,65)	-3,19	.004
Loisirs	2,47 (0,49)	2,51 (0,70)	-0,15	.88
Séparation	0,71 (0,59)	1,56 (0,84)	-3,03	.005
Performances	2,13 (0,59)	2,13 (0,79)	-0,01	.99
Score moyen	1,82 (0,39)	2,13 (0,52)	-1,811	.08

*a. n = 12 ; b. n = 18*

En revanche, les items permettant de distinguer ces deux groupes d'enfants sont relativement peu nombreux (cf. tableau 7) et concernent à la fois la séparation (« tu dors ailleurs que chez toi », « tu es loin de ta famille ») et les relations paritaires (« tes copains et tes copines parlent de toi »).

**Tableau 78 : Différences significatives entre les scores obtenus aux items du questionnaire AUQUEI par les enfants de 6 à 11 ans accueillis en institution selon leur parcours de placement**

	<i>Moyenne (écart-type)</i>		<i>Valeur de t</i>	<i>Valeur de p</i>
	<i>Enfants placés en FA ou chez un tiers <sup>a</sup></i>	<i>Enfants placés en institution uniquement <sup>b</sup></i>		
Tu dors ailleurs que chez toi	0,67 (0,89)	1,89 (1,18)	-3,05	.005
Tes copains et tes copines parlent de toi	0,67 (0,78)	2,00 (1,03)	-3,81	.001
Tu es loin de ta famille	0,33 (0,49)	1,06 (1,30)	-2,13	.04

*a. n = 12 ; b. n = 18*

#### **4. Discussion-conclusion**

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, dans l'ensemble les résultats apparaissent relativement cohérents. En effet, quel que soit leur âge, les loisirs (faire du sport, écouter de la musique, etc.) et les moments passés en famille (les anniversaires, les visites chez les grands-parents, jouer avec les frères et sœurs, etc.) apparaissent comme les principales sources de satisfaction des enfants accueillis en institution. De la même manière, d'après nos résultats les situations de séparation (jouer seul, dormir ailleurs que chez soi, être loin de sa famille, rester à l'hôpital), les relations interpersonnelles (penser à maman, être l'objet de commentaires de la part des autres enfants, se voir dicter sa conduite, s'adresser à quelqu'un qu'on ne connaît pas) et, dans une moindre mesure, les problèmes de santé (aller chez le docteur, prendre des médicaments) constituent les principales préoccupations de ces enfants.

Par ailleurs, les comparaisons effectuées avec un groupe d'enfants tout-venants 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. Ces résultats rejoignent ceux de Dazord et ses collaborateurs (2000, *op. cit.*). En effet, dans cette étude les différences observées entre les enfants placés en institution et les autres enfants, qu'ils soient en bonne santé, porteurs d'une pathologie somatique ou présentant des difficultés psychologiques, concernent principalement les items familiaux. En revanche, contrairement à Carbone et ses collègues (2007 *op. cit.*), nous n'avons pas trouvé que les enfants accueillis en institution se distinguaient des enfants tout-venants dans d'autres domaines que celui de la vie

familiale et relationnelle. Toutefois, leur étude a été réalisée auprès d'enfants australiens placés en famille d'accueil et non en institution. De plus, l'effectif de cette recherche était beaucoup plus important et les outils utilisés pour évaluer la qualité de vie des enfants comprenaient également un hétéro-questionnaire rempli par les assistants familiaux. Par conséquent, de nouvelles recherches portant sur des échantillons plus grands mériteraient d'être réalisées tout en diversifiant les outils d'évaluation et en intégrant le point de vue des adultes sur la qualité de vie des enfants accueillis en institution.

Enfin, d'après les résultats des analyses réalisées afin d'examiner les effets de leur scolarité, de leur parcours et de leurs conditions de vie sur la qualité de vie des enfants accueillis en institution, ceux 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. En outre, ceux-ci tendent à se décrire comme ayant 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)<sup>31</sup>. En effet, les résultats des études réalisées sur la qualité des relations et des représentations d'attachement des enfants placés en institution suggèrent que la majorité de ces enfants sont insécurisés désorganisés-désorientés (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009)<sup>32</sup>. Or, la désorganisation de l'attachement constitue un facteur de risque important dans le développement de l'enfant, notamment dans le développement des psychopathologies (Greenberg, 1999)<sup>33</sup>. Cette catégorie d'attachement, qui ne concerne que 5 à 15% des enfants tout-venants, révèle une absence de stratégie cohérente visant à nouer une relation de proximité avec un adulte. Dans la littérature, outre les facteurs génétiques dont le poids semble relativement faible, ce sont surtout les traumatismes vécus par les enfants et l'histoire des interactions avec les principaux donneurs de soins qui semblent expliquer le développement de relations et de représentations d'attachement insécurisées de type désorganisées-désorientées (Gervai, 2009)<sup>34</sup>. Leurs figures d'attachement étant à la fois sources de peur et de réconfort, contrairement aux autres enfants pendant la petite enfance ils adoptent des comportements étranges qui ne semblent pas organisés de manière à établir et maintenir des relations de proximité avec les figures parentales. En grandissant, ils mettent en place des stratégies dites contrôlantes, c'est-à-dire qu'ils cherchent à contrôler leurs relations en adoptant des comportements agressifs et des comportements de soin vis à vis de leurs figures d'attachement. A l'inverse, des soins de

---

<sup>31</sup> Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte*: Vol. 1. *L'attachement*. Paris: PUF.

<sup>32</sup> Van IJzendoorn M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009). Attachment security and disorganization in maltreating families and orphanages. In R.E.Tremblay, R.G. Barr, R. De V. Peters, M. Boivin (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development: 1-7.

<sup>33</sup> Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy, & P. H. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 469-496). New York: Guilford Press.

<sup>34</sup> Gervai, J. (2009). Environmental and genetic influences on early attachment. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 25-36.

qualité de la part des adultes sont perçus comme une menace par ces enfants. Ces stratégies, qui sont fortement réactivées en cas de séparation, contribuent certainement à faire échouer le placement de ces enfants chez un tiers ou en famille d'accueil. De plus, les enfants ne pouvant pas nouer de relations suffisamment stables et sécurisantes avec leurs éducateurs référents, ces stratégies se trouvent probablement renforcées par l'échec d'un premier placement et par les conditions de vie en institution, ce qui pourrait expliquer la présence plus importante de problèmes de comportement dans cette population, comparativement aux autres enfants (Carbone et al., 2007, *op. cit.*).

Pour conclure, les résultats de cette recherche rejoignent ceux des travaux issus de la théorie de l'attachement en confirmant toute l'importance de la vie familiale et des séparations dans la qualité de vie des enfants placés en institution. Ils permettent ainsi de souligner la nécessité d'assurer la sécurité affective de ces enfants en intervenant sur les relations qu'ils entretiennent avec leurs parents ou, si la situation ne permet pas d'envisager un retour dans leur famille, en leur permettant de créer de nouvelles relations d'attachement. Dans tous les cas, les besoins spécifiques de ces enfants nécessitent de former et d'accompagner les professionnels de la protection de l'enfance afin d'éviter les séparations répétées et le renforcement de stratégies d'attachement dont on sait qu'elles auront des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être de ces enfants.

## **5. Quelques témoignages pour illustrer : propos d'enfants ayant eu une orientation MDPH**

Cette dernière partie est à titre tout à fait exploratoire puisque six entretiens seulement ont été réalisés (dans le temps imparti) dans les conditions éthiques que nous nous étions fixés, à savoir au-delà de l'accord parental, le volontariat de la part des enfants et des jeunes. Grâce aux questionnaires et au test Auquei, nous avons eu accès aux grandes tendances de la vie de ces enfants. Avec l'entretien, nous entrons en contact avec les histoires singulières, avec le vécu de chacun. Seul le langage du récit ouvre sur les sentiments, les pensées, l'introspection sur un parcours. Ces six jeunes ont un âge qui leur permet ce retour en arrière : de 13 ans à 17 ans. Le corpus comprend quatre garçons et deux filles, tous ces enfants ont eu une orientation MDPH. Ils ont été rencontrés dans deux établissements : 4 garçons dans un établissement ; deux filles dans l'autre.

La première expression de ces jeunes<sup>35</sup> concernant leur qualité de vie actuelle est une appréciation comparative entre avant et après, hier et maintenant. La qualité de vie prend en compte la dimension temporelle, l'actuel est évalué en fonction de ce qui a été perdu ou gagné.

### **5.1. La qualité de vie, une appréciation par comparaison**

Alors que la question introductive portait directement sur la qualité de vie, c'est par la souffrance passée ou présente que ces jeunes ont répondu, introduisant d'emblée l'idée d'une évaluation dynamique, la qualité de vie ne s'appréciant qu'à l'aune d'un plus ou d'un moins acquis ou vécu.

#### **5.1.1. Perdre ou gagner par le placement**

Plus le passé est traumatique (maltraitance, sentiment d'abandon), plus l'accueil en établissement valorise le temps présent. Le récit met l'accent sur la paix retrouvée, sur la pacification du conflit interne voire sur une certaine normalisation des rapports parents-enfant. Un jeune garçon de 16 ans, témoigne de ce regard rétrospectif : *« J'ai fait un chemin de mes 3 ans à mes treize ans qui n'était pas facile, c'est mon passé, il y a eu un grave événement...des événements qui me touchaient moi et mes parents. J'ai plein de mauvais souvenirs, impossible d'en dégager un, tellement j'en ai plein. Je n'ai pas envie de me rappeler, ensuite je suis allé au foyer de l'enfance puis en famille d'accueil. J'ai plein de mauvais souvenirs. Je peux les expliquer maintenant mais avec de la souffrance quand même., j'ai vu une fois un psychiatre mais cela n'a rien changé, je n'ai pas choisi les psys, j'étais petit je ne pouvais pas faire grand-chose. On fait avec, on est obligé de grandir avec cela, c'est dur. Maintenant j'ai beaucoup de confiance dans les adultes, ici j'ai trouvé la paix de tout, je peux ici remettre de l'ordre, j'ai trouvé la paix de tout dans ma tête. »* (A. Garçon, 16 ans, séparé depuis trois ans)

---

<sup>35</sup> Les lettres attribuées aux jeunes pour les identifier préservent leur anonymat, établissements non nommés

Le bilan est parfois expéditif, en peu de mots l'essentiel est posé : « *Pour moi être placée c'était une bonne nouvelle, je ne vois plus ma mère tous les jours, je suis en établissement depuis un an. C'est bien d'être avec d'autres enfants, j'ai une chambre toute seule que je peux décorer* ». (Entretien E, fille 13 ans, séparée depuis un an)

Pour d'autres, c'est le regret qui est premier et la qualité de vie est amputée de ce qui apparaît essentiel, le « nous familial » qui manque chaque jour :

« *Cela dépend comment cela se passe, ce qui est dur c'est qu'on est loin de notre famille, c'est difficile à vivre quand on n'est pas avec nos parents, cela me manque à tous les moments. Je ne me suis pas habituée, pas pour moi, c'est compliqué encore, j'y pense tout le temps. Je voudrais que cela se passe mieux chez moi et que je retourne chez moi, j'ai compris pourquoi je ne suis pas chez moi mais je ne veux pas en parler, ma mère est fatiguée et mon père n'a jamais été vraiment avec ma mère, il nous a quittés j'avais six mois, il est en prison depuis un an ou deux. Je le connais, je suis allée le voir deux, trois fois en prison, c'est le référent ASE qui vient avec moi, cela va, on s'habitue, c'est dans une petite pièce. C'est tout de chez moi qui me manque* » (B. Fille, 15 ans, séparée depuis huit ans).

La durée du placement n'y fait rien, l'habitude ne gomme pas le désir de cet ailleurs qui obsède et qui arrive en premier sur la scène narrative. S'en détacher n'est pas si simple et pour cette jeune fille, son humeur se synchronise aux aléas de la vie parentale : « *Au niveau alimentaire, je me prends la tête avec l'éducatrice parce que je mange peu, je ne sais pas pourquoi, je n'ai pas faim, même les éducateurs l'ont remarqué, je suis inquiète, j'en parle avec maman, je ressens que ma mère s'inquiète aussi pour moi et moi pour elle et comme on s'inquiète en même temps c'est compliqué, ce qui me rassure le plus c'est ma mère. Je n'ai jamais accepté ce placement et je ne l'accepterai jamais.* »

Lorsque les placements ont été nombreux, l'accueil actuel est évalué en fonction de différents paramètres : compréhension de la problématique, respect des liens d'attachements...

« *De 18 mois à 11 ans j'étais en famille d'accueil, à 11 ans j'ai été viré de la famille d'accueil pour des faits de violence, ma famille voulait me garder mais ils ont été obligés d'obéir parce que le chef de service l'avait décidé. Ils avaient des enfants adoptés, je les considère comme mes sœurs, 3 filles, alors que les autres je les considère comme mes frères et sœurs mais ce n'est pas aussi fort, je n'ai rien vécu avec eux. Du jour au lendemain je me suis retrouvé en foyer. Mon tonton avait la larme à l'œil de me voir partir, je suis sûr de leur attachement, cela c'est sûr ! Mon ancien foyer était bête, ils ne voulaient plus que je dise tonton et tatie mais que je les appelle par les prénoms, cela n'allait pas dans leur tête, ils avaient pété les plombs, ça se commande pas. J'y suis resté dix mois dans ce foyer, puis je suis ici depuis trois ans. J'avais fait un foyer, j'étais prêt à faire celui-là qu'il y ait des jeunes malsains ou pas, je n'ai pas peur des gens en général parce que je me pense assez solide, je sais trouver les mots pour que cela ne déborde pas avec les jeunes, j'ai des connaissances là-dessus. Ici, c'est bien* » (Entretien C, Garçon, 16 ans, séparé à 18 mois)

Notre questionnement sur la question de la qualité de vie amène une remémoration qui fait apparaître l'absence de maîtrise de la trajectoire et c'est sans doute cette perte de sens qui détériore le plus le sentiment de qualité de vie comme l'exprime ce jeune garçon de 16 ans, au parcours très chaotique :

*« J'ai fait les foyers depuis mes 5 ans mais j'allais le samedi chez mes parents. Au début j'étais en foyer à Pornic, j'étais bien là-bas, j'avais tout ce qu'il fallait, le terrain de foot, l'école dans le terrain de foot, après je suis allé à Tréméac, deux ans. J'ai fait six foyers en tout, puis une famille d'accueil pendant deux ans. Après, c'est le juge qui décide, je n'ai pas l'impression qu'il m'écoute même si je dis ce que je pense. Le juge a dit que mes parents allaient mieux, qu'ils arrêtaient de se prendre la tête, donc ils ont décidé de me remettre chez moi, et là tout est reparti en vrille et je suis venu ici. Ils se battaient, moi j'esquivais, je restais dans ma chambre, mais parfois j'arrivais au mauvais moment, alors on ouvrait les portes pour que les gens entendent et viennent nous aider, cela marchait parce que les gens nous connaissaient. Ils savaient comment on vivait. Les gens nous gardaient et nous laissaient dormir chez eux quand les parents se prenaient la tête. Ils buvaient. Le problème maintenant c'est moi, j'en ai marre de la vie, de trainer d'un lieu à l'autre, d'aller chez ma mère... Je ne fais que dormir chez elle, j'attends mes 17 ans pour vivre dans un appartement. (Entretien D, garçon, 16 ans) »*

Nous retrouvons dans nos témoignages les observations faites par Pierrine Robin en 2012, sur une étude identique, qui note : « Plus globalement notre étude attire l'attention sur les facteurs sociaux explicatifs des inégalités de santé, et confirme l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence et de la reconnaissance dans le rapport à la santé. »

### **5.1.2 Une qualité de vie dépendante du groupe et des alliances**

Sur un simple registre matériel, la qualité de vie est acquise et les jeunes ne l'abordent qu'à la marge, sur notre sollicitation, non par refus d'en parler mais parce qu'elle paraît évidente ou bien, autre hypothèse, parce qu'ils ont appris à se contenter de ce qui est donné. Les loisirs, les sorties, les repas, la santé, ne font pas l'objet d'un grand inventaire. Tout ceci semble normalement présent. Cette expression en creux sur des domaines comme la santé, le sommeil, les loisirs... traduit-il un état de confort, ou vient-il signifier une absence de centrage sur des domaines importants, une sorte d'oubli de soi ? Nous ne pouvons le dire, il faudrait pour cela d'autres entretiens mais nous notons qu'un seul domaine est rapidement évoqué, le sommeil, les nuits perturbées.

Par contre, c'est d'emblée d'ambiance dont parlent ces jeunes, une ambiance qui ne peut faire l'impasse sur les problèmes de chacun : « Heureusement j'ai une chambre toute seule parce que sinon on s'entretuerait, moi je ne pourrais pas rester avec quelqu'un, je prendrais mes affaires et je me barrerais, heureusement que je suis toute seule, j'ai mis mes photos de famille, tout ce que j'aime, des posters. Ici cela dépend comment cela se passe, il y a plus souvent des mauvais jours, ce qui est nul c'est les filles puis les éducateurs sont casse-pieds, on s'aime pas. J'ai qu'une copine ici, puis les juniors je ne les aime pas, moi je m'isole pour être tranquille ». (B, 15 ans)

La qualité de vie va dépendre de la sérénité trouvée au sein du groupe, des amitiés qui aident ou au contraire de celles qui entravent. Certains jeunes sont conscients d'avoir des amitiés en miroir, problématiques, sans pour autant savoir ou pouvoir s'en préserver :

*« J'ai trop de problème avec les gens, la drogue. Je suis obligé d'esquiver tout le temps les gens qui me veulent du mal, je suis en danger, je suis obligé de courir tout le temps, je suis dans la merde. Je ne bois plus mais je fume tous les jours, je ne pense pas pouvoir arrêter, j'ai ma copine sur le dos tout le temps, moi je veux un endroit caché de tout le monde, ailleurs qu'à Nantes. Ma copine m'empêche d'avancer, elle boit elle aussi. Fumer cela me détend, mais je ne « comate » pas, cela m'aide à parler, cela me donne de la force. » (Entretien D, garçon, 16 ans)*

## **5.2. Des amitiés très sélectives pour se protéger de l'autre**

Pour protéger sa qualité de vie et son territoire, les amitiés sont limitées et ce dans les deux établissements. La défense des territoires est la règle, défense du territoire spatial comme du territoire intime. La qualité de vie s'apprécie moins à l'aune du matériel que du relationnel et de la protection de soi.

*« Les amis, c'est important mais je n'en ai pas beaucoup, je n'en ai pas ici, sauf C, mais les autres sont à l'extérieur, ils me respectent. C'est important d'être respecté, je ne l'ai pas été dans ma vie. » (A, garçon, 16 ans)*

*« Moi ce que j'aurais voulu, c'est partir dans la même famille d'accueil que ma copine, elle est partie, et elle me manque, elle a eu de la chance » (Entretien E)*

Les amis sont surtout sur l'extérieur mais ce qui compte c'est que la vie se rapproche le plus possible de la vie d'un jeune de cet âge :

*« Les amis ? J'ai des amis de partout, je ne peux pas rester renfermé, je n'aime pas la solitude, je vais vers les autres, moi j'ai besoin d'espace et de monde, ici on peut sortir comme on veut si on prévient, ce n'est pas embêtant leurs horaires, ils sont tolérants, cela marche sur la confiance et cela marche bien. Même pour des nuits chez des copains ils acceptent, c'est une vraie vie de jeune. » (Entretien C)*

## **5.3. La qualité de vie dépend du regard des autres**

Sont également spontanément abordés les sentiments éprouvés face au regard des autres. Ces autres étant les autres jeunes, les adultes croisés :

*« Je n'accepterai jamais d'être dans un foyer, quand on va à la piscine, les autres nous regardent pas pareil, comme si on était différents, parce qu'on est dans un foyer. Les gens voient bien qu'on est un groupe et ils ont peur qu'on mette le bazar, on est toujours regardé différemment. » (Entretien B, fille)*

Le plus souvent difficiles, jugés disqualifiants, ces regards aident parfois à construire une image positive de Soi qui permet de croire en l'avenir :

*« L'avenir ? Je ne sais pas du tout, le foyer m'a posé la question de mes 18 ans, je ne suis pas devin, moi je fais au jour le jour, même si je le sens bien, je pense que je vais trouver quelque chose, je suis optimiste tout de même. Ma famille d'accueil croit en moi, cela c'est bien ! (Entretien C, garçon) »*

#### **5.4. Une question de confiance et de respect**

Pour les enfants rencontrés, c'est dans cet espace qu'ils n'ont pas toujours choisi, le lieu d'accueil, qu'ils font l'expérience de la confiance et du respect, deux dimensions nommées dans la qualité de vie, et qui prennent au regard des parcours antérieurs, une inestimable valeur.

*« Ici c'est bien c'est sérieux, c'est moi qui ai fait la demande pour venir ici, je ne regrette pas d'être là, j'y suis depuis un an et demi, avant c'était chaud je pouvais dérapé, j'ai d'ailleurs dérapé, je me suis arrêté juste avant le niveau de la police » (entretien A)*

Cette qualité de vie dépend aussi de la durabilité de ces liens, de ce qu'ils offrent comme appui : *« je n'ai pas de modèle, mon seul modèle c'est moi. Mais il y a aussi mon tonton, sa qualité principale c'est de savoir cacher un truc, une émotion, mais dans le fond cela existe fort, je ne sais pas comment cela s'explique cette qualité, mais mon tonton c'est un homme d'honneur. Il râle beaucoup mais au fond il est gentil et ma tatie est fiable, c'est une chance pour moi ! » (Entretien C)*

#### **5.5. La qualité de vie sans avenir ?**

Pour ces jeunes, l'avenir est plus ou moins angoissant mais cette angoisse ne semble pas dépendre de l'âge mais plus de traits de personnalité et de la pression qui s'exerce sur ces jeunes, pour qu'ils s'autonomisent plus vite que les autres enfants qui, faut-il le rappeler, quittent de plus en plus tardivement l'univers familial. Pour ces jeunes, la perspective des 18 ans prend l'allure d'un couperet, plus ou moins maîtrisé :

*« C'est compliqué de pas savoir ce que l'on va devenir, cela inquiète, de plus en plus, je ne sais pas ce que je vais devenir, j'ai de l'Atarax pour m'aider à dormir. Je voudrais être grande et tranquille » (B, fille, 15 ans)*

*« L'avenir ? C'est difficile d'imaginer, je vis au jour le jour » (A, 16 ans)*

*« Dans la journée, je cherche des stages jusqu'à l'apprentissage, c'est dur à trouver, moi je veux faire une formation avant mais je ne sais pas encore quel est le domaine qui me plait. Mais je suis optimiste, je vais trouver. » (Entretien C)*

L'absence de perspectives, le déficit scolaire, les réseaux de sociabilité risqués, débouchent parfois sur la légitimation de la marginalité, la revendication de l'assistanat. Sans doute, ce témoignage est-il singulier mais il nous fait entrevoir l'horizon de ceux qui sont le plus en difficulté. Après six foyers, une famille d'accueil, des allers retours en famille, un arrêt de la scolarité en CM2, des initiations intra familiales à la drogue et à l'alcool, D envisage son avenir parmi les personnes marginalisées :

*« Mon avenir, je le vois devant le monoprix à faire la manche. Je galère, je ne dors pas bien, je galère pour être à l'heure au garage, mais je sens bien que j'y arrive pas. Tous les jours je vais boire avec les SDF, je les aime bien, je suis en sécurité et puis ils fument tous, cela c'est bien, et en même temps cela fait peur d'être comme eux. Mais tous les jours ils m'arrangent, et moi aussi, ils sont gentils, j'aime bien être avec eux, ils sont toujours au*

*même endroit, cela me rassure. Il y a qu'avec eux que je me sens bien, ils donnent des bonnes idées, ce sont que des vieux, ils me donnent des idées sur la pêche, on joue avec les chiens, on mange, on boit, il faut les connaître et ce sont des personnes bien. Si je dois me confier c'est à eux que je le ferai. Cela fait longtemps qu'ils me connaissent. Moi, je voudrais une allocation pour handicapé. C'est drôlement bien, pas seulement pour l'argent mais comme cela j'aurais un appartement, de l'argent et je vais directement en vacances. 150 euros par mois et tu gères ! Moi je veux avoir cela, cela m'aiderait à avancer dans ma vie. Mon rêve, c'est d'avoir l'AAH mais cela ne vient pas assez vite. » (Entretien D)*

La seule reconnaissance trouvée est celle-là, celle de ceux que ce jeune trouve « toujours au même endroit », seule base pour lui de sécurité ; celle de ceux qui ont les mêmes pratiques, n'attendent rien en termes de performance. L'allocation pour handicapé est alors l'horizon rêvé, une adaptation minimaliste dans la relégation.

### **5.6. Avec une baguette magique...**

Si la qualité de vie pouvait dépendre d'un coup de baguette magique, que modifieraient ces jeunes ? Finalement rien de ce qui est offert au sein des établissements ou à la marge en introduisant par exemple des animaux : « *ne pas se prendre la tête et avoir des animaux, que ce soit comme une ferme.* » (Entretien B) ; ou en accélérant le temps qui s'étire « *C'est nul ici, le temps ne passe pas, la vie est trop longue d'être dans un foyer tout le temps.* » (Entretien B)

Pour B, qui ressent douloureusement le placement en tant que tel, la vie ne peut s'imaginer que dans un ailleurs. Il ne s'agit pas d'améliorer la qualité de vie au sein de l'institution mais d'en partir : « *Un désir ? être heureuse et aller vivre chez moi, ou être adulte et faire ma vie tranquille avec ma famille, et faire que mon père ne soit pas en prison et qu'il n'ait pas fait de bêtises, tout ce qui est triste dans ma vie, et faire revenir mes grands-mères, elles sont mortes. Ce qui me rend heureuse c'est d'être dans ma famille.* » (Entretien B)

Ce désir est projeté sur les autres enfants présents dans l'institution et débouche sur une remémoration des moments douloureux de l'enfance et l'ébauche d'une critique institutionnelle :

« *Cela me fait triste de voir des petits dans un foyer. Quand j'étais petite j'étais triste, ce n'est pas leur place. Ils ne doivent rien comprendre. Moi je comprends ce qu'ils ressentent, moi c'est ce que je me dis, ils ne doivent pas comprendre pourquoi ils ne sont pas dans leur famille. Moi je l'ai vécu, je crois qu'ils auraient peut-être pu faire autrement pour m'aider, moi j'aurais préféré une famille d'accueil pendant que ma mère se repose, et pour attendre qu'il n'y ait plus de danger. J'ai l'impression qu'ils nous protègent vite fait, comme cela, mais après ils ne comprennent pas ce que nous on ressent, et ce que nos parents ressentent.* » (Entretien B).

Pour ceux, dont la vision paraît plus optimiste, le désir s'exprime plus simplement : « *Un désir ? Un seul !...toujours pouvoir m'en sortir, et un deuxième que tout mon entourage aille bien, que personne ne soit malheureux.* (Entretien C) » ; « *J'aimerais voir plus souvent mes frères et sœurs, ils sont majeurs* » (Entretien E)

La qualité de vie dépend certainement de multiples facteurs mais pour les jeunes que nous avons rencontrés, cette qualité de vie s'apprécie à l'aune d'un parcours dans lequel le temps présent signe ou non une progression, une amélioration ou une perte, par rapport au passé. L'approche de la qualité de vie faite par ces jeunes est loin d'être matérialiste, ce domaine est vite évacué tant que la vie proposée apparaît conforme à celle d'un jeune de même âge. Aucune récrimination, aucun manque exposé sur le quotidien. Mais l'appréciation de la qualité de vie est essentiellement relationnelle voire existentielle. L'heure de l'adolescence est un décompte des regrets, des appuis, des attachements, et c'est sur la sphère affective que ces jeunes se sont spontanément placés. Enfin, l'avenir, incertain, colore plus ou moins négativement l'appréciation qu'ils en font. Interrogés sur ce qu'ils voudraient changer dans leur vie, s'ils en avaient les moyens, ces jeunes restent là encore sur le champ relationnel, leurs souhaits sont souvent altruistes, dans une logique de réparation ou de protection, et concernent plus la qualité de vie des autres que la leur.

## Conclusion

Cette étude s'origine, nous l'avons signalé, dans un déficit de connaissances vis-à-vis de la santé et de la qualité de vie des enfants confiés en Protection de l'enfance. Curieusement alors qu'un véritable arsenal juridique existe, engageant les institutions et services à un surcroît de vigilance pour ces enfants, les données sont rares. L'approche par le carnet médical de l'enfant a très vite montré ses limites pour deux raisons majeures : une insuffisance de données inscrites par les médecins rendant aléatoire le suivi ; mais aussi un outil qui méconnaît le parcours chaotique de ces enfants, sous-estime voire ignore les conditions socio-économiques de vie, reste muet sur les causes du placement. La création d'outils d'évaluation spécifiques au champ de la protection de l'enfance s'impose comme une urgence.

Pour la Loire-Atlantique nous avons créé un questionnaire qui prend en compte de multiples dimensions, inscrit l'enfant dans son environnement, dans le temps passé et présent. Ce questionnaire rempli par l'intervenant qui connaît le mieux l'enfant permet d'avoir une vue panoramique sur son état tant physique que mental, sur les suivis et les aides proposés, sur les perspectives d'avenir.

A l'échelle d'un département, et pour chaque établissement, cet outil peut permettre de concevoir plus largement une politique de l'enfance qui prenne en compte l'état global des enfants, sans nier les différences et les spécificités de ces enfants vulnérables.

Cette approche est la première étape, mais non la seule. Nous préconisons aussi une approche de la santé, telle qu'elle est perçue par les enfants. Dans cette recherche, nous avons utilisé l'outil Auquei, validé et construit pour toutes les tranches d'âge, ce qui permet une comparaison avec les enfants non placés. Cet outil, peut être facilement adapté pour les enfants accueillis, y compris en introduisant d'autres questions plus spécifiques sur des thématiques non présentes comme le maintien des liens, les visites médiatisées...

Enfin, si nous voulons aller encore plus loin et approcher des zones plus spécifiques de la qualité de vie, les entretiens restent la meilleure méthode. Par cette approche, les enfants et les jeunes nous donnent accès à des thèmes et des émotions qui nous permettent de redéfinir ce qu'il faut entendre par qualité de vie. Les préoccupations vis-à-vis de la famille, les souvenirs heureux ou malheureux, les difficultés actuelles ou futures, les questions concernant l'estime de soi et la confiance, les liens d'attachement, sont autant de thèmes que ces jeunes abordent quand on leur parle de qualité de vie. Ce sont aussi ces thèmes qui peuvent orienter la prise en charge de ces jeunes, et suggérer des pratiques nouvelles au sein des établissements. La loi de 2007 a introduit l'exigence d'un projet personnalisé pour l'enfant. Or qu'est-ce qu'un projet personnalisé, sans une évaluation en profondeur de la qualité de vie, tant objective que subjective ?

## Références

- Bacro, F., Florin, A., Guimard, P., & Rambaud, A. (2013). L'évaluation du bien-être des jeunes enfants: nouvelles perspectives en psychologie du développement. In A. Florin & M. Préau (Eds.). *Le bien-être* (pp. 71-82). Paris : L'Harmattan.
- Berger, M. 2004, L'échec de la protection de l'enfance. Dunod.
- Bourdieu, P. 1966. L'inégalité sociale devant l'école et devant la culture, in *Revue française de sociologie*, n° 3, pp. 325-347
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte: Vol. 1. L'attachement*. Paris: PUF.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carbone, J.A., Sawyer, M.G., Searle., A.K., & Robinson, P.J. (2007). The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Quality of Life Research*, 16, 1157-1166.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27.
- Chevillard-Doumert, (1983). « Le foyer de l'enfance de Maine-et-Loire : à propos de l'étude de 53 enfants placés en 1976, leur adaptation en 1981-1982 », thèse de docteur en médecine, Angers.
- Coppel M., Dumaret A.C., Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'Œuvre Grancher. Analyse d'un placement spécialisé, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995.
- Corbillon M., Auscher T. (1990). Le devenir des enfants placés dans la Nièvre, Convention d'étude conseil général de la Nièvre, GERIS, p. 71.
- Duliège-Muet, (1998). « Devenir à 5 ans de 45 enfants placés avant l'âge de 3 ans à l'aide sociale à l'enfance de Loire-Atlantique », thèse de docteur en médecine.
- Dumaret A.C., Coppel-Batsch M. (1996). Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2, 613-671.
- Dumaret, C., Constantin-Kuntz, M., Crost, M. (2006). Devenir à l'âge adulte des jeunes placés avec leur fratrie au village d'enfants de Marseille. On : <http://www.reforme-enfance.fr>
- Exploitation par l'Oned de l'enquête EVS -événements de vie et santé- Note 1 Oned 2008. Une estimation du chiffre noir de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation
- Fiacre, P., Peintre,C., Barreyre, J-Y. (2003). « Observer les situations de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs relevant du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance des Yvelines », Schéma Yvelines 2ème génération, volet « Enfance-famille », Annexes enquêtes situations de vie.
- Fortin, A., Trabelsi, M., Dupuis, F. (2002). Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). QUEBEC : Montréal.

- Cremeens, J., Eiser, C. & Blades, M. (2006). Characteristics of health-related self-report measures for children aged three to eight years: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 15, 739-754.
- Dazard, A., Manificat, S., Escoffier, C., Kadour, J.-L., Bobes, J., Gonzales, M.-P., Nicolas, J., & Cochat, P. (2000). Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). *L'Encéphale*, 26, 46-55.
- DREES, L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Rapport 2009-2010.
- Gervai, J. (2009). Environmental and genetic influences on early attachment. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 25-36.
- Gheorghui M.-D., Labache L., Legrand C., Quaglia M., Orra J.-R., Teixeira M., (2002). La recherche des personnes et les entretiens, novembre 2000 – mai 2002, Rapport final de la recherche longitudinale sur le devenir des personnes sorties de l'ASE en Seine-Saint-Denis entre 1980 et 2000, Non publié, Bobigny, juin 2002, p. 478.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy, & P. H. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 469-496). New York: Guilford Press.
- Jacobsen, T., Edelstein, W. & Hoffman, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 112-124.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R. & Bianchi, I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-86.
- Manificat, S., & Dazard, A. (2002). Assessing adolescents' quality of life : Validation of a new questionnaire. *Quality of Life Newsletters*, 28, 2-3.
- Manificat, S., Dazard, A., Cochat, P., & Nicolas, J. (1997). Evaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 4, 1238-1246.
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K. & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*, 7, 79-92.
- Mignot C., Straus P., Drouet M., Girodet D. Guossault B., & Rouer M. (octobre 1991). Etude du devenir à long terme d'une cohorte d'enfants maltraités dans leur première enfance. Rapport de recherche de l'AFIREM au Ministère de la Justice.
- Missotten, P., Etienne, A. M. & Dupuis, G. (2007). La qualité de vie infantile : état actuel des connaissances. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 12, 14-27.
- Moore, R. C. & Keyes (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 1-11). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- OMS (1994). *Working group. Definition of the Quality of life.*

- Oned 2008. Une estimation du chiffre noir de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation, note 1
- ORS Pays de la Loire (2007). La santé observée dans les pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé.
- ORS Pays de la Loire (2009). La santé des jeunes en Pays de la Loire. 299 p.
- Porée, J., Redéfinir la maladie et la santé, *Revista Filosófica de Coimbra* — n°33 (2008). P. 185-202
- Rapport n°4 sur les enfants pauvres en France (2004)© La documentation Française. Paris 2004 ISBN : 2-11-005551-0
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J. & Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality of life assessment in children and adolescents. Methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, 24, 1199-1220.
- Robin Perrine, « « La santé, c'est un peu de la vie » : étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance », *Santé Publique*, 2012/5 Vol. 24, p. 417-428.
- Rollet, C., Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? *Revue française des affaires sociales* 3/2005 (n° 3), p. 129-156.
- Rose Moro, M. (2003). « Les enfants de l'exil : Etude auprès des familles en demande d'asile dans les centres d'accueil ». UNICEF. France
- Sellenet C. (2008-2011) Life after institutional care, equal opportunities and social inclusion for young people, identification and promotion of best practices. Recherche internationale menée avec l'Association Dei Bambini
- Senecal J, Roussey M, Morellec J, Meyer C. Les certificats de santé : 20 ans d'application. *Le Concours Médical* 1993 : 115-123
- Senecal J. Les certificats médicaux obligatoires de la première enfance. *Le Concours Médical* 2001 : 2581-2585
- Tessier, S., Vuillemin, A., Lemelle, J. L. & Briançon, S. (2009). Propriétés psychométriques du questionnaire générique français « Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 » (PedsQL™ 4.0). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59, 291-300.
- Upton, P., Lawford, J. & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 17, 895-913.
- Van IJzendoorn M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009). Attachment security and disorganization in maltreating families and orphanages. In R.E.Tremblay, R.G. Barr, R. De V. Peters, M. Boivin (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development: 1-7.
- Vinson, J., Shank, L., Thomas, P. D. & Warschausky, S. (2010). Self-generated domains of quality of life in children with and without cerebral palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22, 497-508.
- Zaouche-Gaudron, C., « 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.

## **ANNEXE 1 : le questionnaire de la seconde recherche**

2012 - Loire Atlantique

Dans le cadre d'une recherche de l'ONED, le département de Loire Atlantique souhaite faire le point sur la situation des enfants accueillis en Loire Atlantique, sur leur santé au sens large. Merci de répondre le plus précisément possible pour la validité des statistiques.

2. Numéro d'identification

3. établissement (nom de l'établissement)

4. qui est l'enfant?

1. garçon 2. fille

5. âge de l'enfant au moment où vous remplissez ce questionnaire

6. tranche d'âge dans laquelle se situe l'enfant

1. 0-2 2. 3-5 3. 6-11 4. 12-15

5. 16-18 6. 18-21

### **1-connaissance des parents et causes du placement**

7. mode de vie du couple parental : le couple vit...

1. Vit ensemble 2. est séparé

3. est en cours de séparation

8. Connaissance du logement familial (parents, si parents divorcés tenir compte du logement maternel)

1. logement en bon état 2. logement dégradé

3. caravane 4. Squat

5. pas de logement fixe 6. Ne sais pas

9. profession du père

1. agriculteur

2. artisan-commerçant

3. cadre sup

4. profession intermédiaire (contremaître, agent de maîtrise...)

5. employé

6. ouvrier

7. chômeur indemnisé

8. inactif non indemnisé

9. en emploi aidé

10. ne sais pas

10. profession mère

1. agricultrice 2. artisan-commerçant

3. cadre sup 4. profession intermédiaire

5. employée 6. ouvrière

7. chômage indemnisé 8. inactive non indemnisée

9. en emploi aidé 10. ne sais pas

11. Autres interventions dans la famille

1. intervention de la PMI
2. contrat d'obligation halte ou autre
3. services psychiatriques pour l'enfant
4. services psychologiques pour l'enfant
5. services psy pour le père
6. services psy pour la mère
7. services de toxicologie ou alcoologie pour la mère
8. services de toxicologie ou alcoologie pour la mère\_
9. médiation familiale
10. intervention d'une TISF
11. tutelle
12. curatelle
13. autre
14. ne sais pas
12. Le père a-t-il été placé dans son enfance?
1. Oui 2. non 3. ne sais pas
13. la mère a-t-elle été placée dans son enfance?
1. oui 2. non 3. ne sais pas
14. difficultés personnelles du père
1. conduites addictives
2. problèmes psychiatriques avérés
3. problèmes physiques de santé
4. problèmes dépressifs
5. conduites asociales
6. a eu des condamnations pénales
7. comportements violents signalés
8. prostitution, proxénétisme
9. analphabétisme
10. père ne présentant aucune particularité
11. père handicapé avec AAH
12. autre
13. ne sais pas
15. Si autre difficulté spécifique pour le père, précisez
16. difficultés personnelles de la mère
1. conduites addictives
2. problèmes psychiatriques avérés
3. problèmes physiques de santé
4. problèmes dépressifs
5. conduites asociales
6. a eu des condamnations pénales
7. comportements violents signalés
8. prostitution, proxénétisme
9. analphabétisme

- 10. mère ne présentant aucune particularité
- 11. parent handicapé avec AAH
- 12. autre
- 13. ne sais pas
- 17. si autre problème pour la mère, précisez
- 18. causes du placement
  - 1. conflits de couple
  - 2. séparation du couple
  - 3. violence
  - 4. carences éducatives
  - 5. maltraitance
  - 6. parents ne pouvant plus mettre des limites
  - 7. absence de suivi médical des enfants
  - 8. hygiène
  - 9. alimentation inadaptée
  - 10. abandon des enfants
  - 11. rythmes de vie désorganisés
  - 12. violences sexuelles
  - 13. rejet
  - 14. enfant isolé
  - 15. ne sais pas
- 19. réseau relationnel de la famille
  - 1. famille isolée
  - 2. famille entourée mais amis ou famille peu aidante
  - 3. famille entourée et pouvant demander de l'aide à l'entourage
  - 4. famille entourée d'un réseau hostile
  - 5. réseau relationnel non connu
- 20. combien d'enfants suivis en protection de l'enfance ?
  - 1. un seul enfant
  - 2. deux
  - 3. trois
  - 4. plus de trois
  - 5. tous les enfants sont suivis
  - 6. ne sais pas
- 21. combien d'enfants placés ?
  - 1. un
  - 2. deux
  - 3. trois
  - 4. quatre à six
  - 5. plus de six
  - 6. tous les enfants sont placés
  - 7. ne sais pas

**2-Interventions antérieures et causes de la mesure actuelle**

22. pour cet enfant, y-a-t-il eu une intervention antérieure, à l'intervention actuelle
1. oui 2. non 3. ne sais pas
23. si oui de quelle nature
1. signalement
  2. aemo
  3. ioe
  4. enquête sociale
  5. placement en institution
  6. placement en famille d'accueil
  7. placement chez un tiers
  8. séjour de rupture
  9. hospitalisation pour carence ou maltraitance
  10. placement en lieu de vie
  11. suivi judiciaire (probation)
  12. autre
24. Si autre intervention, précisez 25. âge de l'enfant lors de la première intervention
1. entre 0 et 1 an
  2. 2-4 ans
  3. 5-9 ans
  4. plus de 10 ans
  5. première intervention à la majorité
  6. ne sais pas
26. âge de l'enfant lors de la première séparation (placement en institution ou famille d'accueil)
27. qui est à l'origine de la demande de placement
1. les parents
  2. l'un des deux parents
  3. l'enfant
  4. une institution (école, PMI,..)
  5. un tiers
  6. la famille élargie
  7. autre
  8. ne sais pas
28. si autre, précisez
29. la mesure est
1. judiciaire 2. Administrative
- 3-Connaissance de l'enfant**
30. cet enfant a été reconnu par
1. son père
  2. sa mère
  3. les deux
  4. personne
  5. ne sais pas pour l'un des parents
31. cet enfant est adopté

1. oui 2. non 3. ne sais pas
32. cet enfant est un mineur isolé
1. oui 2. non
33. si mineur isolé, quel pays ?
34. place de l'enfant dans la fratrie (les enfants nés de la même mère)
1. aîné 2. second
3. troisième 4. quatrième
5. cinquième 6. sixième et plus
7. petit dernier
35. niveau scolaire de l'enfant
1. en avance sur l'âge scolaire
2. à l'âge normal dans sa classe
3. en retard d'un an
4. retard de deux ans
5. retard de trois ans et plus
6. déscolarisé
7. ne sais pas
36. cet enfant a-t-il eu une orientation MDPH?
1. Oui 2. non 3. ne sais pas
37. L'orientation MDPH a-t-elle pu se mettre en place
1. oui 2. non 3. En cours
38. dans quel cursus est-il?
1. cycle général
2. cycle technique
3. cycle spécialisé (segpa, ime...)
4. hors cursus pour des raisons psychologiques ou médicales
5. professionnalisé (A un emploi quel que soit le contrat)
6. déscolarisé
7. scolarisé à la Sauvegarde
8. en formation accès à l'emploi
9. ne sais pas
10. bénéficie d'une mesure régionale (offre de formation)
11. maison familiale rurale
12. autre
39. si autre situation scolaire ou extra-scolaire, précisez
40. intégration scolaire
1. bonne 2. moyenne 3. mauvaise
4. ne sais pas
41. absentéisme scolaire
1. beaucoup 2. de temps en temps 3. jamais
4. ne sais pas
42. classe actuelle suivie par l'enfant
43. l'enfant a-t-il acquis un diplôme? si oui lequel?

44. l'enfant a-t-il une ou des activités extra-scolaires  
 1. oui 2. non
45. si activités extra scolaires, lesquelles
46. le dossier de l'enfant fait-il apparaître des traumatismes (viols, maltraitements avérés), si oui les noter  
 1. Maltraitance physique avérée  
 2. maltraitance psychologique avérée (dévalorisation systématique, humiliations, menaces, isolation...)  
 3. maltraitance sexuelle avérée (viol, attouchements...)  
 4. maltraitance physique suspectée  
 5. maltraitance psychologique suspectée  
 6. maltraitance sexuelle suspectée  
 7. ne sais pas
47. Si autre traumatisme, précisez
48. l'enfant a-t-il subi des carences ou négligences graves, lesquelles  
 1. carences alimentaires  
 2. rythmes de vie désorganisés  
 3. hygiène insuffisant  
 4. suivi de la santé insuffisant  
 5. manque de stimulations et d'apprentissages  
 6. manque d'autorité  
 7. excès d'autorité  
 8. enfant rejeté affectivement  
 9. enfant étouffé affectivement  
 10. manque de permanence des adultes, enfant délaissé  
 11. exigences excessives vis-à-vis de l'âge de l'enfant  
 12. autre  
 13. ne sais pas
49. si autre carence, précisez
50. l'enfant a-t-il subi des agressions sexuelles  
 1. par des membres de sa famille  
 2. par des pairs  
 3. par des personnes chargées de sa garde  
 4. ne sais pas
51. état de santé de l'enfant  
 1. bonne 2. moyenne 3. mauvaise  
 4. ne sais pas
52. l'enfant a-t-il un traitement médicamenteux  
 1. oui 2. non  
 3. traitement psychiatrique 4. épileptique  
 5. pour l'hyper activité 6. anti déprimeurs  
 7. autre
53. si autre traitement, préciser

54. état psychique  
 1. rien à signaler 2. des inquiétudes  
 3. état alarmant
55. obésité ou anorexie constatée  
 1. obésité 2. anorexie
56. si obésité ou anorexie, l'enfant est-il suivi médicalement  
 1. oui 2. non
57. L'enfant a-t-il été hospitalisé au cours de l'année en cours  
 1. oui 2. Non
- Symptômes présentés par l'enfant
58. Dans quel état global est cet enfant  
 1. bon 2. moyen 3. inquiétant  
 4. catastrophique
59. l'enfant a-t-il fugué au cours de l'année en cours  
 1. oui 2. non
60. l'enfant a-t-il commis des délits (vols, agressions...)  
 1. oui 2. non
61. L'enfant a-t-il commis des agressions  
 1. sur d'autres enfants  
 2. sur des adultes  
 3. des agressions physiques  
 4. des agressions sexuelles  
 5. ne sais pas
- Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).
62. l'enfant est-il ou a-t-il été incarcéré avant son entrée dans l'établissement  
 1. oui 2. non 3. ne sais pas
63. socialisation de l'enfant  
 1. bonne, a des amis 2. moyenne 3. difficile  
 4. est isolé ou rejeté 5. ne sais pas
64. apprentissages cognitifs  
 1. acquisitions normales  
 2. enfant ayant du mal mais y arrive  
 3. enfant qui présente un retard  
 4. enfant en difficultés  
 5. enfant nécessitant une prise en charge quotidienne  
 6. ne sais pas
65. développement psychomoteur  
 1. satisfaisant 2. en retard 3. graves difficultés
66. l'enfant présente-t-il des troubles du comportement?  
 1. Troubles du sommeil  
 2. troubles alimentaires  
 3. énurésie  
 4. encoprésie

5. troubles de l'agressivité
6. victimisation
7. auto-agressivité (scarifications...)
8. inhibition
9. conduites à risques
10. TOC
11. troubles de l'attachement
12. troubles de l'attention
13. troubles du langage
14. difficultés de compréhension
15. l'enfant ne présente aucun trouble
16. autres
67. Si autre symptôme, précisez

#### **4-Les suivis**

68. quel suivi pour cet enfant
    1. aucun suivi 2. suivi psychologique
    3. suivi psychiatrique 4. suivi orthophonie
    5. suivi psychomotricité 6. soutien scolaire
    7. activités thérapeutiques 8. autres
  69. Si autre suivi, précisez
  70. fréquence du ou des suivis pour l'enfant
    1. plusieurs fois par semaine
    2. une fois par semaine
    3. une fois tous les quinze jours
    4. une fois par mois
    5. par trimestre
    6. par semestre.
  71. L'un de ces suivis est-il pratiqué au sein de l'établissement? Si oui lequel
  72. suivis dans le cadre de la santé physique
    1. suivi oculaire 2. orthodontie 3. orl
    4. autre
  73. si autre suivi médical
  74. l'enfant nécessite-t-il une prise en charge dans plusieurs structures ?
    1. oui 2. non
  75. si plusieurs structures d'accueil
    1. établissement 2. lieu de vie
    3. famille d'accueil 4. famille d'accueil relais
    5. hôpital de jour 6. autre
- Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).
76. si autre lieu d'accueil nécessaire, préciser
- Maintien des liens
77. l'enfant a -t-il des visites médiatisées avec son père
    1. oui 2. non

78. l'enfant a-t-il des visites médiatisées avec sa mère

1. oui 2. non

79. l'enfant a-t-il des visites médiatisées avec sa fratrie

1. oui 2. non

80. l'enfant a-t-il un droit d'hébergement ?

1. chez son père 2. chez sa mère

3. chez un autre membre de la famille 4. chez personne

-Prestation hébergement collectif

81. cet accueil en hébergement collectif est-il

1. unique

2. couplé avec un internat type ITEP ou IME

3. couplé par une famille d'accueil

4. couplé avec un internat scolaire

82. Cet hébergement collectif est-il modulé?

1. hébergement non modulé

2. modulé en alternance avec un parent (ou les deux)

3. modulé avec un membre de la famille élargie

83. si modulation dans l'hébergement collectif, combien de jours est-il hors de l'internat

1. un ou deux jours dans la semaine

2. plusieurs jours dans la semaine

3. l'enfant est en hébergement collectif que le week-end

4. autre

#### **6-Appréciation de la mesure et perspectives**

84. cette mesure d'hébergement collectif semble-t-elle?

1. très adaptée à la situation 2. possible mais difficile

3. totalement inappropriée

85. si accueil actuel inapproprié, quelle piste possible ?

86. évolution de la situation, du côté de la famille de l'enfant, depuis le début

1. aggravation

2. évolution totalement satisfaisante

3. évolution partielle sur des éléments majeurs

4. évolution partielle sur des éléments mineurs

5. situation qui n'a pas bougé

87. perspectives sous six mois voire un an

1. retour en famille envisagé 2. retour problématique

3. retour inenvisageable 4. ne sais pas