

SYNTHESE DE L'ETUDE

La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance

Appel d'offres thématique 2010 de l'ONED

Etude conjointe CREAI Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes

Eliane CORBET¹, Pierrine ROBIN², Isabelle BOURGEOUX³, Olivier GUYE⁴, Karine FONTAINE-GAVINO⁵, Isabelle JACOB⁶,
Dominique FIASSON⁷

INTRODUCTION

Cette étude s'inscrit dans l'appel d'offre thématique 2010 que l'Observatoire national de l'enfance en danger a consacré à la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Elle adopte une approche de la santé multidimensionnelle, situationnelle et individualisée, qui cherche à mettre en perspective des données objectives et subjectives, et qui appréhende la santé comme un processus dont le jeune est l'acteur principal et autour duquel se fédèrent les différents professionnels.

Objectifs et organisation de la recherche

Les objectifs de cette étude sont triples. Il s'est agi de produire de nouveaux éléments de connaissances épidémiologiques sur la santé des enfants et des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance. Ces données objectives ont ensuite été mises en relation avec la perception subjective des enfants et des jeunes de leur propre santé, afin de comprendre les logiques psychosociales qui sous-tendent leur rapport à leur santé. Ceci en vue de construire *in fine* avec les professionnels des préconisations pour améliorer l'accès au soin, le suivi et la santé des enfants confiés à l'ASE.

Une étude conduite en partenariat

L'étude a mobilisé les compétences complémentaires du CREAI Rhône-Alpes, de l'Observatoire Régional de la Santé en Rhône-Alpes (ORS Rhône-Alpes), de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (l'IREPS Rhône-Alpes), d'une enseignante chercheuse de l'Université Paris Est Créteil et du département de la Haute-Savoie, qui est également terrain de recherche.

¹ Directrice technique du CREAI Rhône-Alpes

² Maître de conférences, Université Paris-Est Créteil, chargée de mission pour le CREAI Rhône-Alpes pour cette étude

³ Médecin de PMI, Conseil général de Haute-Savoie

⁴ Médecin de santé publique, ORS Rhône Alpes

⁵ Socio-démographe, ORS Rhône Alpes

⁶ Chargée de projets, IREPS Rhône-Alpes

⁷ Chargée de projets, l'IREPS Rhône-Alpes

Chacun des objectifs correspond à une phase de l'étude et est confiée à un des partenaires de l'étude. La coordination et la direction scientifique ont été réalisées par le CREAI Rhône-Alpes.

Les modalités de mise en œuvre et d'avancement de l'étude ont permis que les seconde et troisième phases puissent s'appuyer sur les résultats émis par les phases précédentes.

Le croisement d'approches et de données objectives et perceptives

Ces approches successives et complémentaires ont permis de croiser données objectives et données perceptives : données médicales et santé perçue par les jeunes, représentations des professionnels sur la santé des jeunes et sur leurs propres pratiques dans ce domaine.

Les analyses tant quantitatives que qualitatives montrent des problèmes nombreux et massifs affectant la santé des jeunes confiés au titre de la protection de l'enfance, affectant également leur développement et leur qualité de vie. Il est à souligner que les définitions de la santé que nous donnent les jeunes eux-mêmes sont plus larges que celles qu'en donnent les professionnels.

Les jeunes montrent dans leur rapport à la santé une grande solitude, des sentiments qui font écho aux difficultés liées à leur situation de vie, et, malgré leur accueil dans des établissements ou des familles d'accueil, un faible appui sur les ressources externes.

Les représentations des professionnels sur la santé des jeunes et sur leurs pratiques dans ce domaine appellent à formuler des préconisations pour améliorer la santé de ces jeunes.

C'est du croisement de ces perspectives que sont issues les propositions de recommandations.

METHODOLOGIE ET RESULTATS DE CHACUNE DES PHASES DE LA RECHERCHE

1. L'évaluation de l'état de santé

Méthodologie

La première phase de l'étude a cherché à apporter des données épidémiologiques sur la santé des enfants confiés, à analyser la gravité et la répartition selon l'âge, le sexe et l'origine des enfants et de comparer ces données avec la population générale de référence. Elle s'est appuyée sur les données recueillies par le Dr Isabelle BOURGEOUX, médecin de PMI, attachée à la Direction de la prévention et du développement du département de la Haute-Savoie qui a mené de 2008 à 2010 une vaste enquête sur la santé des jeunes. Cette enquête conduite à la demande du Conseil général a visé à réaliser un état des lieux de la santé des enfants confiés à

l'ASE afin de mettre en évidence leurs besoins de santé et de mettre en place un protocole de suivi médical départemental.

Résultats

Ces données ont été analysées par le Dr Isabelle BOURGEAUX ainsi que par l'ORS Rhône-Alpes qui a complété cette première analyse d'une comparaison avec la population générale de référence.

L'analyse des données médicales au regard de l'état de la population générale attire très nettement l'attention sur plusieurs aspects : le manque d'informations sur les antécédents familiaux, des facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal, transfert en pédiatrie) nettement présents, un parcours médical souvent marqué de pathologies médicales et de traumatismes ou d'hospitalisations, la fréquence notable d'insuffisances pondérales et de surpoids, une prise en charge psychologique pour un tiers des jeunes placés, la prise de neuroleptiques par un nombre significatif de jeunes.

Lors du bilan médical, globalement peu de pathologies sont dépistées mais de nombreux suivis sont relancés, voire initiés pour des problèmes déjà connus mais non pris en charge.

Les problèmes de vie quotidienne (sommeil, alimentation et comportement) sont très présents mais peu accompagnés en dehors des troubles importants du comportement entraînant des difficultés au quotidien.

Le médecin impliqué dans cette étude et qui a effectué ces bilans médicaux a souligné le bon accueil fait dans l'ensemble pour la réalisation de ces bilans, en premier lieu par les jeunes eux-mêmes, ainsi que par les représentants des établissements, ces derniers les voyant comme un élément supplémentaire à intégrer au projet de l'enfant.

2. La santé perçue

Méthodologie

La seconde phase de l'étude a cherché à mettre en résonance ces données objectives recueillies avec des données subjectives sur la perception par les jeunes de leur santé. Ces données ont été recueillies par entretien auprès de jeunes confiés au département de la Haute-Savoie et accueillis en établissement ou en famille d'accueil. Cette phase a été confiée à Pierrine ROBIN, enseignante-chercheuse.

Résultats

L'analyse qualitative confirme les données objectives recueillies avec une atteinte massive des différentes dimensions de la qualité de vie.

Les enfants expriment dans leurs propos une compréhension et le sens qu'ils attribuent aux problèmes de santé. Ils ont de la santé une conception large qui rejoint celle donnée par l'OMS mais ils en ont une perception dégradée et identifient très nettement des problèmes liés à l'énergie (ils parlent d'un manque d'énergie), à la fatigue (disent que « tout demande un effort »). Ils expriment à la fois des plaintes et un mal être : ils mentionnent des douleurs et des réactions émotionnelles aux événements de leur vie, et un sentiment de mal être diffus. Ils évoquent, en parlant de leur santé, des craintes quant à leur avenir, comme la peur liée aux problèmes d'orientation et des changements proches ou lointains, ou encore leur difficulté à être en classe. Des sentiments de solitude et d'isolement social sont aussi exprimés.

Les vécus liés à leur histoire de l'attachement sont nettement perceptibles, la peur du lien et surtout l'absence de confiance dans les personnes qui les entourent et qui ne sont pas à leurs yeux des supports et des ressources aisément disponibles pour leur santé. Et surtout, leur rapport à la santé apparaît passif, voire inversé à la gravité du problème.

Ce qui se traduit par leurs stratégies d'ajustement dont l'analyse a permis d'identifier trois catégories : une première catégorie pour lesquels les supports de santé principaux sont des professionnels, une seconde catégorie pour lesquels la famille reste le support principal, et enfin une troisième catégorie qui montre des enfants isolés sans support social perçu. Ces stratégies apparaissent extrêmement liées à la qualité des liens construits avec les acteurs éducatifs ou préservés avec leur famille.

A partir de la cartographie des réseaux et supports mobilisés ou non, une typologie des rapports à l'aide est dressée. Trois modèles se dessinent : le recours et la satisfaction à l'égard de l'aide reçue, le recours à l'aide et le fatalisme et enfin la méfiance et l'évitement de l'aide.

3. Les pratiques professionnelles

Méthodologie

La 3^{ème} phase de l'étude a visé quant à elle à identifier les pratiques des professionnels pour construire des préconisations afin de faciliter l'accès aux soins et le suivi sanitaire des enfants placés.

Le matériau a été recueilli par des entretiens collectifs et individuels. Après une première analyse, et en tenant compte des données épidémiologiques et de l'analyse des propos des jeunes issue des phases précédentes de l'étude, des préconisations d'action ont été soumises à un focus groupe réuni à cet effet.

Il est à noter le fort intérêt manifesté par les professionnels rencontrés pour la thématique de l'étude et l'effet de sensibilisation que celle-ci a produit pendant son déroulé.

Résultats

Si la conception de la santé qu'ont les professionnels se réfère de prime abord à une définition globale, leur perception, lorsqu'elle est référée à leur connaissance des situations et à l'organisation de leurs pratiques, apparaît relativement restrictive et cloisonnée. Ceci semble limiter leur prise en compte des déterminants de santé dans leurs actions. Il est à noter que cette définition apparaît en retrait par rapport à celle qu'en ont les jeunes eux-mêmes.

La question de la santé mentale, vue sous le seul angle psychologique, apparaît tellement prégnante dans leurs préoccupations qu'elle semble recouvrir d'autres thématiques.

Leur connaissance de l'état de santé des enfants accueillis ne leur semble pas suffisante et rencontre différents obstacles, en premier lieu celui de l'absence de suivi systématique, ainsi que leur confrontation régulière à des situations d'urgence. Ils expriment eux aussi un sentiment de malaise sur ces questions, malaise induit par la tension entre leur prise de conscience lors de l'étude de l'importance de cette dimension et leur propre analyse de leur pratique à cet égard.

Dans ce domaine l'implication des parents est peu recherchée, alors qu'il semble qu'elle pourrait fournir, par la recherche d'objectifs partagés, un levier à leur mobilisation. Les propos à cet égard apparaissent contrastés et n'évoquent que très peu la répartition des actions de suppléance ou de soutien des capacités parentales. Il manque à cette étude une investigation auprès des parents. Une étude dans cette direction serait opportune.

Une analyse des représentations des professionnels sous l'angle de la promotion de la santé nous amène à interroger différents niveaux d'action : celui des politiques de santé et de l'organisation d'un parcours de soins, avec le renforcement de l'action communautaire, celui de la création d'environnements favorables et de l'acquisition de nouvelles aptitudes. Elle nous amène aussi à préconiser des actions de formation continue, intégrant des actions portant sur le partage de l'information à caractère secret, sur lequel des confusions ont été relevées, ou

encore sur le développement de l'enfant, bien que les professionnels aient peu réagi à cette dernière proposition.

CONCLUSION

Santé et relation de confiance

Nous l'avons vu, les jeunes en arrivent à éviter l'adulte avec lequel il n'a pas été édifié une relation de confiance. L'analyse des stratégies d'ajustement nous montre le statut paradoxal de la structure d'accueil qui ne présente pas pour les jeunes le rôle de « social support », le soutien étant hors de la structure d'accueil ou inexistant à leurs yeux. Les jeunes apparaissent tiraillés entre des lieux et des personnes et vivent une incertitude dans un état de tension. Ce manque de confiance a à voir avec leur histoire d'attachement. Néanmoins se posent avec acuité les conditions qui pourraient permettre de construire cette relation et envisager que les acteurs éducatifs soient représentés comme une ressource pour leur santé.

Des malentendus sont perceptibles (par exemple sur l'interprétation portée sur les appels d'attention comme ceux nommés sous le vocable de « bobologie ») et pointent une relative mise à distance explicitée par la crainte des professionnels d'installer une relation de dépendance. Les difficultés d'endormissement ne sont pas reliées par les professionnels à l'absence de sécurité de base, ni la fatigabilité à des sentiments dépressifs. Les tensions et paradoxes relatifs au lien d'attachement ne sont pas ici évoqués pour parler de la santé et du bien-être de l'enfant. Les difficultés de santé sont repérées, sans pour autant qu'un sens relié à l'histoire d'attachement ne soit donné ; les stratégies d'ajustement, notamment celles de l'évitement de l'aide, sont quant à elles peu repérées par les professionnels.

De l'attention à une intention

Les résultats de cette étude amènent ainsi à devoir penser une organisation favorisant la santé et garantissant le meilleur développement des enfants. La santé s'avère en effet être pour partie un point aveugle de la prise en charge. Si le rapport à la santé des enfants confiés au titre de la protection de l'enfance, convoque comme nous l'avons vu des problématiques plus larges, liées à l'estime de soi, à la projection dans l'avenir, aux relations avec les institutions, si le rapport des professionnels est lui aussi habité de paradoxes, il y a lieu de proposer différentes perspectives d'action, de différents niveaux :

– celui de politique publique permettant l'organisation de parcours de soins au sein de territoires et privilégiant une approche d'éducation communautaire avec des programmes d'action partagés,

- celui du projet d'établissement, comprenant un volet santé qui identifie des axes stratégiques, des partenariats et les ressources disponibles,
- celui du projet pour l'enfant déduit d'une évaluation de sa situation et celui du projet personnalisé d'accompagnement, avec un volet relatif à la santé, comprenant des actions de suivi médical systématique et régulier (cette étude a montré comment il peut être mis en place et favoriser une mobilisation dans ce domaine), ainsi que des actions directes non seulement de soins mais d'éducation à la santé, avec l'établissement de protocoles.

Dans une optique participative, la dimension de la santé à ces différents niveaux est à penser comme un levier d'action partagé, en premier lieu avec les jeunes et les parents.