

# Résumé : Enquête auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents

*Cette enquête a été réalisée en Maine et Loire par les services de la Direction du Développement Social et de la Solidarité (DDSS) du Conseil Général (CG) en charge de la protection de l'enfance, de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la Prévention et Promotion de la Santé Familiale (PPSF-PMI), en partenariat avec le Service de Pédopsychiatrie et le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine d'Angers.*

## Objectifs de l'étude

Décrire les caractéristiques biographiques, sociologiques et médico-psychologiques des enfants confiés à l'ASE et de leurs parents. Evaluer non seulement la situation familiale globale, mais aussi la prise en charge proposée.

### Population et méthode

Elle concerne les enfants âgés de moins de 12 ans confiés à l'ASE du Département de Maine et Loire avec une période d'inclusion de 18 mois (2003-2004). Le questionnaire est une extension du dossier médical de l'enfant et donc soumis au secret professionnel. Chaque partie (administrative, éducative et médicale) a été remplie en plusieurs étapes par les différents professionnels chargés de l'enfant. Ce questionnaire comporte cinq parties concernant respectivement : l'enfant, le père, la mère, le contexte du placement et l'appréciation subjective des effets du placement.

### Représentativité

357 enfants, respectant les critères d'inclusion, ont été accueillis dans les structures concernées pendant la période d'inclusion. Seulement 92 enfants ont été inclus dans l'étude. On n'observe pas de différence significative en ce qui concerne le sexe des enfants (43 % de filles dans notre échantillon contre 42 % dans la population globale). En revanche, l'âge moyen est significativement différent : 4 ans dans notre échantillon contre 5 ans dans la population globale. Ceci s'explique, en partie, par une répartition différente des enfants de notre échantillon dans les structures de placement.

## Résultats descriptifs

Les enfants de notre échantillon avaient en moyenne 4 ans au moment de leur admission. Ils étaient des garçons pour 57 % d'entre eux. L'enfant était considéré abandonné de fait par son père pour 20 % et par sa mère pour 2 % d'entre eux. La famille était dite instable pour 64 % des dossiers. Les 92 dossiers concernaient 66 familles. Treize enfants étaient enfants uniques ; les autres avaient une famille de 5 enfants en moyenne.

### 1) Le placement

Le placement était judiciaire dans 80 % des dossiers. Pour chaque enfant, il était possible de donner trois motifs à l'origine du placement en les classant par ordre d'importance. Parmi les treize motifs possibles, il y avait quatre motifs liés à une maltraitance (violence physique, cruauté mentale, abus sexuel, négligences lourdes) ; deux motifs liés à une carence (carence éducative et carence affective) ; un motif lié à l'enfant (troubles du comportement de l'enfant) et six motifs liés aux parents (conflit intra-familial grave, parents malades mentaux, alcoolisme et/ou toxicomanie parentale, parents ayant des difficultés éducatives, parents déficients intellectuels et absence parentale).

Motifs du placement pour les enfants « en risque » (72 %) :

- ◆ « parents ayant des difficultés éducatives » 53 %,
- ◆ « carence éducative » 53 %,
- ◆ « conflit intra-familial grave » 38 %,
- ◆ « parents malades mentaux » 26 % ;

Motifs du placement pour les enfants « maltraités » (26 %) :

- ◆ « négligences lourdes » 67 %,
- ◆ « violence physique » 38 %,
- ◆ « carence éducative » 33 %,
- ◆ « parents malades mentaux » 21 % ;

Le délai entre l'alerte et le placement a été inférieur à un mois pour 28 % des dossiers ; dans les autres dossiers, il était en moyenne de 16 mois. L'accompagnement entre la première alerte et le placement a été une intervention éducative à domicile (27 %), un suivi par le service de PMI (40 %) et une prise en charge en pédopsychiatrie (7 %).

Parmi les enfants placés de l'enquête, 32 % n'avaient aucun antécédent de placement, de signalement et de suivi éducatif. Dans 53 % des dossiers, il y a eu des démarches de signalements antérieures au placement actuel. 27 % des enfants ont fait l'objet d'au moins un placement antérieur. Les enfants avaient bénéficié d'au moins un suivi éducatif antérieur pour 45 % d'entre eux.

### 2) Les parents

L'âge moyen de la mère était de 31 ans et 35 ans pour le père. L'âge moyen de la mère au premier enfant était de 21 ans. Les deux parents vivaient ensemble au moment du placement de leur enfant dans 22 % des dossiers.

Les parents avaient globalement un profil d'« enfance douloureuse ». A l'âge adulte, ils présentaient différents troubles avec des signes de souffrance psychique et témoignaient d'une grande précarité sociale.

Enfance des parents	Le père	La mère	Santé des parents	Le père	La mère
A été élevé(e) principalement par ses deux parents	45 %	44 %	A des antécédents d'alcoolisme	52 %	30 %
en foyer ou en famille d'accueil	23 %	19 %	Présente un alcoolisme actuel reconnu	13 %	12 %
A subi(e) des maltraitance dans l'enfance	30 %	58 %	Est en bonne santé apparente	62 %	66 %
A le niveau scolaire BEPC ou moins	32 %	61 %	A un problème physique important	15 %	20 %
A eu des difficultés scolaires graves	37 %	44 %	Souffre de troubles psychiatriques	26 %	54 %
			Est traité(e) pour ces troubles	50 %	64 %

Situation sociale des parents	Le père	La mère
Vit seul(e)	30 %	60 %
Est sans emploi	46 %	78 %
Bénéficie d'une mesure de protection civile	19 %	42 %
A des antécédents judiciaires	37 %	12 %

### 3) L'enfant

#### La période néonatale

La grossesse n'avait pas été déclarée ou hors délai pour 14 % des enfants. 24 % des enfants sont nés prématurément ou avec une dysmaturité et 24 % des enfants avaient été hospitalisés en néonatalogie (27 jours en moyenne).

#### Mode d'accueil et scolarisation

Avant l'âge de trois ans, 37 % de ces enfants n'avaient pas eu de mode d'accueil, alors que, 26 % avaient été accueillis en crèche ou halte garderie. Malgré leur jeune âge, la scolarisation était problématique du fait du comportement et/ou des apprentissages pour huit des 47 enfants d'âge scolaire.

#### Etat de santé et suivi médical

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 - 2 DS pour 9 % des enfants. Leurs vaccinations n'étaient pas à jour pour un quart des enfants.

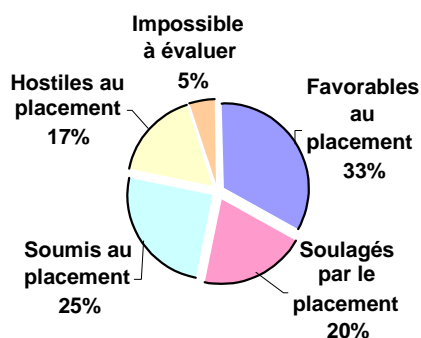
Leur état de santé global était caractérisé par de nombreuses pathologies, souvent communes, et surtout, par une carence de soins associée pourtant à une forte consommation médicale.

26 % des enfants avaient bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique, régulier ou occasionnel. L'enfant était en souffrance psychique dans 34 % des cas.

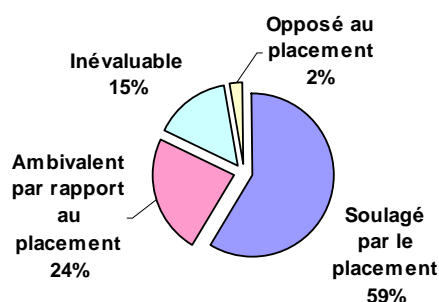
### 4) Appréciation subjective du placement

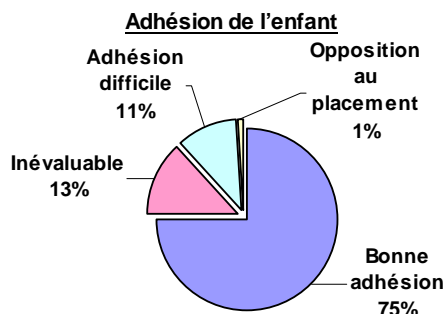
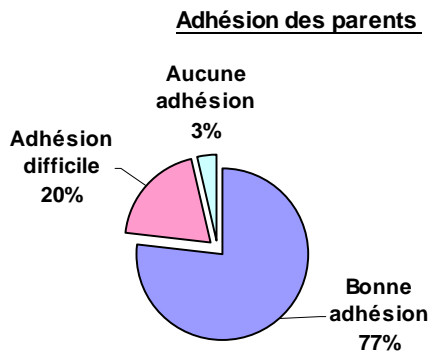
Il apparaît que globalement les parents acceptent le placement, les enfants y adhèrent et les professionnels l'approuvent.

#### Réaction des parents suite au placement



#### Réaction de l'enfant





Peu de doute des professionnels qui accueillent l'enfant sur le bien fondé des décisions des autres professionnels qui l'ont organisé. 98 % des placements semblent adaptés et l'orientation est satisfaisante ou très satisfaisante dans 95 % des cas.

## **Discussion**

### **Faisabilité et biais de l'étude**

L'analyse des difficultés qu'il a fallu surmonter, tant dans la mise en place du projet que dans sa réalisation, fût riche d'enseignements et offre de nombreuses perspectives de travail pour l'avenir.

La rédaction d'un questionnaire a été difficile du fait de la quasi-absence de littérature médicale ou sociale sur la population d'enfants et d'adultes concernés.

Il était obligatoire que les parents rencontrent un médecin avant d'inclure l'enfant dans l'étude, ce qui s'est avéré délicat pour les enfants placés en famille d'accueil ou dans des établissements dépourvus de personnel médical.

De plus, l'accès à l'information nécessaire au remplissage des questionnaires a été un écueil redoutable. On peut lister ainsi un certain nombre de problèmes qui ont rendu difficile l'adhésion des professionnels à l'étude et/ou gêné le remplissage : complexité des données à recueillir, hétérogénéité et multidisciplinarité des intervenants, manque d'outils ou de procédures adaptés au suivi des enfants, absence de culture scientifique des services sociaux, cloisonnement des disciplines médicales et sociales, précarité des situations familiales, mobilité des enfants et des professionnels au sein des différentes structures concernées, éclatement des prises en charges administratives dans ces structures d'accueil...etc.

### **Comparaison de nos résultats à ceux de la littérature**

De manière générale, les données observées dans notre échantillon sont comparables à celles de l'ODAS en 2004.

Mise à part, le pourcentage d'enfants abusés sexuellement qui est assez bas par rapport à celui repéré au niveau national en très nette progression. Est-ce dû au bas âge des enfants de notre étude?

L'âge moyen des mères pour leur premier enfant est beaucoup plus jeune que la moyenne nationale en 2004 (29,7 ans).

Le nombre important de grossesses non déclarées ou hors délai était une notion attendue. De même que la fréquence des naissances prématurées et/ou dysmatures et des hospitalisations néonatales. En revanche, la durée moyenne des hospitalisations néonatales des enfants de notre échantillon est deux fois supérieure à celle du service de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers (13,5 jours en 2003). Une analyse plus fine sur les raisons de ces hospitalisations permettrait d'approfondir le lien de causalité entre hospitalisation néonatale et histoire sociale ultérieure. Cependant, ces problèmes médicaux néonataux ne peuvent à eux seuls expliquer les difficultés ultérieures ; ils résultent vraisemblablement d'un déterminisme multiple (social, familial et personnel) dont découle probablement aussi l'importance des difficultés éducatives observées.

On constate une forte proportion de souffrance psychique et de soins psychologiques, d'autant plus frappante que les enfants sont jeunes et que cette souffrance est probablement sous-estimée.

Les résultats sur l'adhésion des parents et des enfants contrastent considérablement avec l'idée reçue quant à une perception négative du travail social par les usagers et les familles. Ces familles très démunies et souffrantes semblent majoritairement faire confiance aux professionnels qui accompagnent l'enfant. Ceci devrait rassurer les professionnels qui parfois doutent de leurs décisions en matière de séparation enfant / parents.

## Conclusion

Les résultats en eux-mêmes confortent des notions pressenties et vérifiées au plan national :

- cumul des handicaps sociaux, familiaux, affectifs des familles ;
- facteurs de danger liés aux parents (difficultés éducatives, conflits conjugaux, addictions et maladies mentales).

## Des observations inattendues :

- la forte proportion de placements rapides dans des situations familiales inconnues des services sociaux ;
- le nombre de signalements répétés précédant le placement dans certains cas (jusqu'à cinq) ;
- l'acceptation du placement par les parents, l'adhésion des enfants et l'approbation des professionnels ;
- « l'effet protecteur » des soins psychiatriques des parents sur le risque de maltraitance des enfants.

## Des angles d'analyses jusqu'alors inexploités :

- la sous-évaluation très importante des signes de souffrance psychique des enfants avant le placement ;
- le suivi social semble rallonger le délai entre signalement et placement ( effet bénéfique ou pervers) ;
- le cumul de symptômes médicaux chez les enfants pointe des indicateurs à prendre en compte dans le dépistage : retard vaccinal, carences de soins, caries dentaires, retard du développement global ou staturo-pondéral, ....

Enfin, on ne peut manquer de conclure, en observant l'état sanitaire de cette population de parents et d'enfants, qu'il s'agit là non seulement d'un problème social mais aussi d'un vrai problème de santé publique.

## Prospectives

### Prospectives à court terme :

Poursuite de l'analyse des données et complément d'étude sur les dossiers médicaux néonataux.

### Prospectives à moyen terme :

Réalisation d'une seconde enquête plus étendue.

### Prospectives à long terme :

- Faire évoluer les méthodes de travail :
  - ◆ Création d'un outil global de suivi médico-social,
  - ◆ Création d'une « mesure d'évaluation intensive de moins de trois mois » pour les très jeunes enfants ;
- Améliorer les outils de dépistage ;
- Favoriser les partenariats entre la psychiatrie adulte, la pédiatrie, les services sociaux, ...etc ;

Texte intégral : <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/Publications/ase-epidemiologie.pdf>