

RAPPORT D'ENQUETE

Janvier 2006

**Etude réalisée auprès des enfants placés à l'Aide
Sociale à l'Enfance**

et de leurs parents

Département du Maine-et-Loire

2002 - 2004

SOMMAIRE

Enquête sur les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le Maine-et-Loire 4

Introduction 4

I) Phase d'élaboration du projet 5

1) La promotion de l'idée 5

2) Le questionnaire 5

3) Les outils 6

II) Population et méthode 6

III) Phase d'étude 8

IV) Représentativité 9

V) Résultats 12

A) Résultats descriptifs 12

1) Le placement 14

2) Les parents 19

3) L'enfant 22

La période néonatale 22

Suivi médical 22

Etat de santé au moment de l'étude 23

Mode d'accueil et scolarisation 24

4) Appréciation subjective du placement 25

Les parents 25

L'enfant 27

Les professionnels 28

Croisements des appréciations 29

B) Résultats comparatifs 30

VI) Prospectives 34

CONCLUSION [35](#)

REMERCIEMENTS 36

BIBLIOGRAPHIE 40

RESUMÉ 42

Enquête sur les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le Maine-et-Loire

Introduction

En France, plus de 160 000 enfants sont placés par an, les budgets engendrés par ces prises en charge font appel aux fonds publics versés par les Conseils Généraux (Aide Sociale à l'Enfance), la Sécurité Sociale (l'éducation spécialisée, les services de santé pédiatriques et pédopsychiatriques) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse. L'investissement financier et humain (enfants, parents et professionnels) de ces placements souligne l'intérêt d'une démarche de santé publique d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prises en charge effectuées.

En Maine et Loire, 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), le Service de Pédopsychiatrie et le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine d'Angers, viennent de conclure la première phase d'une enquête épidémiologique prospective financée par le Conseil Général portant sur la population des enfants accueillis à l'ASE.

Les objectifs motivant ce projet d'étude étaient multiples : mieux connaître les caractéristiques sociologiques et médicales de cette population d'enfants et celles de leurs parents, chez qui les manifestations pathologiques et les handicaps sont fréquents, mais aussi, tenter d'évaluer les effets du travail social vers ces populations pour mieux orienter la prise en charge et les efforts de prévention.

La réalisation de cette étude s'est heurtée à des problèmes divers résultant d'un accès difficile à l'information concernant ces familles et ces enfants, mais aussi d'un manque dans les outils dont disposaient les différents services pour accéder à cette information et d'une quasi-absence de références scientifiques. Ceci explique sans doute la rareté des études concernant cette population.

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.

I) Phase d'élaboration du projet

1) La promotion de l'idée

Les responsables de la Direction du Développement Social et de la Solidarité du Conseil Général ont toujours manifesté un soutien appuyé au projet.

Il n'y a pas eu de difficultés particulières à faire se rencontrer et travailler ensemble des partenaires institutionnels aussi divers que le service de pédopsychiatrie, peu expérimentée en épidémiologie, le département de santé publique et ses méthodes statistiques, sans expérience des services sociaux, ou les différents services médico-sociaux en charge de la protection de l'enfance, dépourvus de tout processus d'évaluation scientifique.

2) Le questionnaire

La rédaction d'un questionnaire a été difficile du fait de la quasi-absence de toute littérature médicale ou sociale sur la population d'enfants et d'adultes concernés, mais aussi du fait de la quantité et de la complexité des données à recueillir.

La loi de décentralisation confiant à chaque CG la gestion et l'organisation des services de l'ASE a favorisé une meilleure proximité au détriment d'une lecture nationale de l'évolution de la population des enfants confiés, ni une réflexion globale sur l'évaluation du travail effectué. Les statistiques annuelles de l'Observatoire Décentralisée de l'Action Sociale (ODAS) [\(1\)](#) ne sont pas suffisamment détaillées dans ce domaine pour être exploitables.

Il n'existe, à notre connaissance, que très peu d'études sur la population d'enfant accueillis à l'ASE. Nos investigations dès 1997 vers le CREDES, l'ODAS et la littérature médicale confirmaient ce vide, puisque, lors de la rédaction du questionnaire, nous n'avons retrouvé qu'une thèse angevine de 1983 [\(2\)](#), une thèse nantaise de 1998 [\(3\)](#) et une étude de santé publique de 2000 en région parisienne [\(4\)](#). Depuis, une enquête sociologique de 2003 sur les situations de vie des enfants de l'ASE des Yvelines a été publiée [\(5\)](#).

La très faible médicalisation des établissements et des services accueillant les enfants confiés à l'ASE 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. Le questionnaire a été constitué à partir d'hypothèses résultant des observations cliniques collectées.

Le jeune âge des enfants concernés par l'étude a aussi rendu difficile la mesure de leur état de souffrance psychique, aucune grille d'évaluation ne s'étant avérée pertinente.

3) Les outils

Le manque d'outils informatiques performants, pour la gestion et le suivi des enfants accueillis, n'a pas permis, lors de l'étude de faisabilité, d'estimer correctement le nombre de dossiers pouvant être inclus, ni les délais à prévoir.

II) Population et méthode

Cette enquête a pour but de décrire, à l'aide d'un questionnaire détaillé, les caractéristiques sociologiques, biographiques et médico-psychologiques des enfants confiés à l'ASE et de leurs parents. Celle-ci doit aussi permettre d'évaluer, non seulement la situation familiale globale, mais aussi la prise en charge proposée.

Elle a également pour objectif d'analyser les différents profils afin de mettre en évidence d'éventuels liens entre ceux des parents et ceux de leurs enfants, ainsi qu'entre ceux des enfants et ceux de leur famille, par rapport à la prise en charge proposée.

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale descriptive effectuée auprès de tous les enfants âgés de moins de 12 ans confiés à l'ASE du Département de Maine et Loire pendant une période d'inclusion de 18 mois à partir de janvier 2003.

Il était prévu d'inclure tous les enfants (dont les parents avaient, après information, signé un consentement de participation à l'étude) accueillis par le foyer de l'enfance du Maine et Loire (Village Saint-Exupéry, VSE), par les maisons d'enfants à caractère social (Pom'Rouge, Les Tourelles, Les Mini-Tourelles, Cholet, la Pouponnière de Bauné) et par les familles d'accueil des 13 circonscriptions du Département au cours de la période d'inclusion.

Les critères de non-inclusion dans notre enquête étaient les placements inférieurs à trois mois, les accouchements sous X en attente d'adoption et l'absence de consentement signé des parents.

On espérait 275 dossiers (250 + 10 % pour tenir compte des perdus de vue ou des dossiers inexploitable) afin d'obtenir des résultats statistiques fiables avec un écart type de 5 %. En 2001, sur neuf mois 151 enfants ont été confiés à l'ASE (38 en circonscriptions, 113 en établissements dont 52 au VSE) ; on estimait inclure 250 dossiers en 18 mois avec des modalités de recrutement identiques dans les structures du Département.

Etant donné l'aspect multicentrique et multidisciplinaire de cette enquête, il a été mis en place un système de suivi du remplissage des questionnaires pour chaque enfant inclus (accessibilité des questionnaires, notes d'informations sur le mode de remplissage, rappels réguliers, système de relance à deux mois).

Le questionnaire était considéré globalement comme une extension du dossier médical de l'enfant et donc soumis au secret professionnel. Chaque partie (administrative, éducative et médicale) était remplie en plusieurs étapes par les différents professionnels chargés de l'enfant (chef d'établissement, éducateur, pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, infirmière, assistante sociale, médecin référent pour les enfants en famille d'accueil, etc.).

Le questionnaire devait être instruit dans les trois mois suivant l'admission pour l'enfant et dans les six mois pour les parents.

Ce questionnaire comportait cinq parties concernant respectivement :

→ l'enfant : état civil, filiation, placement, mode de garde ou scolarité, antécédents médicaux (pendant la grossesse, autour de la naissance, dans l'année précédant l'accueil par l'ASE), antécédents d'hospitalisation, fratrie, croissance, examen somatique et psychiatrique ;

→ le père : caractéristiques socio-professionnelles, mesures de protection civile, enfance (cadre d'éducation, maltraitance, difficultés scolaires graves), antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie, antécédents judiciaires, santé actuelle, problèmes organiques avec retentissement fonctionnel, troubles mentaux, antécédents psychiatriques, prise en charge psychiatrique actuelle, évaluation par le professionnel de son estime de lui et de son intégration des règles d'hygiène et de santé ;

→ la mère : mêmes items que le père, mais aussi son âge lors de sa première grossesse et de son premier accouchement ;

→ le contexte du placement : stabilité autour de l'enfant (famille, référents), mesures antérieures, accompagnement;

→ l'appréciation subjective des effets du placement par : les parents, l'enfant et les professionnels concernés.

Une copie du dossier rempli était adressée au médecin chef du service de PPSF-PMI, qui établissait un code pour chaque dossier, puis la première page de chaque questionnaire a été détachée et conservée au sein du service. Ainsi les copies de dossiers, adressées au Département de Santé Publique de l'UFR de Médecine d'Angers pour la saisie et l'analyse des données, étaient anonymes et codées.

Les données de l'enquête ont été saisies avec un tableur Excel puis exportées sous le logiciel SPSS version 13.0 pour l'analyse statistique. Le seuil de significativité a été fixé au seuil standard de 0,05.

Les analyses univariées ont été faites avec un test T de Student, ou un test de Mann Whitney pour les variables quantitatives et le test du χ^2 ou le test exact de Fischer pour les variables qualitatives.

Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne \pm déviation standard (pour les variables quantitatives) ou de pourcentage (pour les variables qualitatives).

Une régression logistique sera faite pour l'analyse multivariée, avec, comme critère à expliquer, le fait que l'enfant placé soit estimé "en risque" ou "maltraité". La régression logistique permet de relier une variable qualitative binaire à une série de variables. En épidémiologie, cette modélisation est très utilisée pour relier la survenue d'un événement à un groupe de facteurs de risques, en caractérisant notamment le poids spécifique de chaque facteur de risque.

III) Phase d'étude

L'accès à l'information nécessaire au remplissage des questionnaires a été un écueil redoutable. Le questionnaire étant un questionnaire médical, nécessitant l'accord écrit des parents quant à son renseignement et à son exploitation statistique, il était obligatoire que les parents rencontrent un médecin. Ceci était relativement simple pour les parents dont les enfants étaient placés au foyer départemental de l'enfance mais s'est avéré très complexe pour les enfants placés en famille d'accueil ou dans des établissements médico-sociaux dépourvus de tout personnel médical. L'appel aux médecins généralistes suivant ces enfants et aux médecins de protection maternelle et infantile n'a pas toujours pu permettre de rencontrer les parents et donc de valider bon nombre de dossiers.

On peut lister ainsi un certain nombre de problèmes qui ont rendu difficile l'adhésion des professionnels à l'étude et compliqué le remplissage des questionnaires :

→ Nécessité d'interviews multiples avec différents acteurs pour remplir le questionnaires : questions administratives, sociologiques et subjectives posées aux personnes concernées par l'étude (enfants, parents, professionnels) ;

→ Lourdeur du questionnaire en lui-même : nombreuses questions avec de multiples modalités de réponses, probablement des interprétations variées des questions et des réponses à y apporter selon les professionnels chargés du remplissage donnant lieu à de nombreuses incohérences dans les données finales;

→ Complexité extrême des situations pour lesquelles les réponses aux questions restent peu informatives car elles correspondent à une situation figée dans le temps et ne rendent pas compte du parcours souvent chaotique (ex : situation matrimoniale actuelle, etc.);

→ Absence de règles et donc de standardisation dans la constitution des dossiers administratifs et de suivi des situations ;

→ Absence d'outils informatiques performants dans le suivi des enfants : connaître le nombre d'enfants pris en charge et le type de prise en charge est impossible (entrées - sorties – lieux de placement – distinguer nouvelle mesure ou renouvellement de mesure – existence de suivi IED antérieur, etc.) ;

→ L'hétérogénéité de la prise en charge médicale au sein des structures d'accueil qui s'est traduit par une absence d'homogénéité du taux de réponse mais qui pose aussi la question d'une disparité dans la qualité du suivi sanitaire des enfants confiés ;

→ Absence de dossier systématique de suivi médical en partie lié à la question précédente;

→ Mobilité importante des enfants et des personnels qui rend difficile le recueil du parcours de l'enfant ;

Globalement, nous avons été confrontés à une absence d'outil informatique et d'autres moyens de coordination pour suivre les inclusions en temps réel et le bon déroulement de l'étude malgré la mise en place du système de suivi du remplissage des questionnaires.

De plus, les informations nécessaires à la compréhension et au bon déroulement de l'étude ont été difficiles à relayer.

On peut noter aussi que, du fait du manque de culture de démarche de santé publique, d'évaluation et de recherche des services médico-sociaux, la mise en place de l'étude a rencontré des résistances, ce d'autant plus, qu'elle induisait une tâche de travail supplémentaire.

Toutes ces difficultés, rencontrées en cours d'étude, expliquent les écarts au protocole initial suivants :

→ Prolongement de la durée de l'étude (27 mois au lieu des 18 mois prévus initialement) devant un nombre d'inclusion extrêmement faible par rapport aux inclusions attendus ;

→ Annulation du délai d'instruction du questionnaire de 6 mois prévu au départ, puisqu'en pratique, le délai de renseignement d'un questionnaire était plutôt d'un an, voir plus;

→ Limites de réalisation, d'interprétation et d'extrapolation des analyses statistiques effectuées devant un nombre de dossiers inclus beaucoup trop faible pour obtenir des résultats statistiques pertinents.

IV) Représentativité

Il y a eu 357 enfants, respectant les critères d'inclusion, 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 inférieur dans notre échantillon $3,68 \pm 3,15$ contre $5,33 \pm 3,54$ dans la population globale ($p < 0,0001$). La répartition par classes d'âge dans les deux populations représentée dans le tableau I est aussi différente de façon significative ($p < 0,001$).

Graphe I : Pyramide des âges

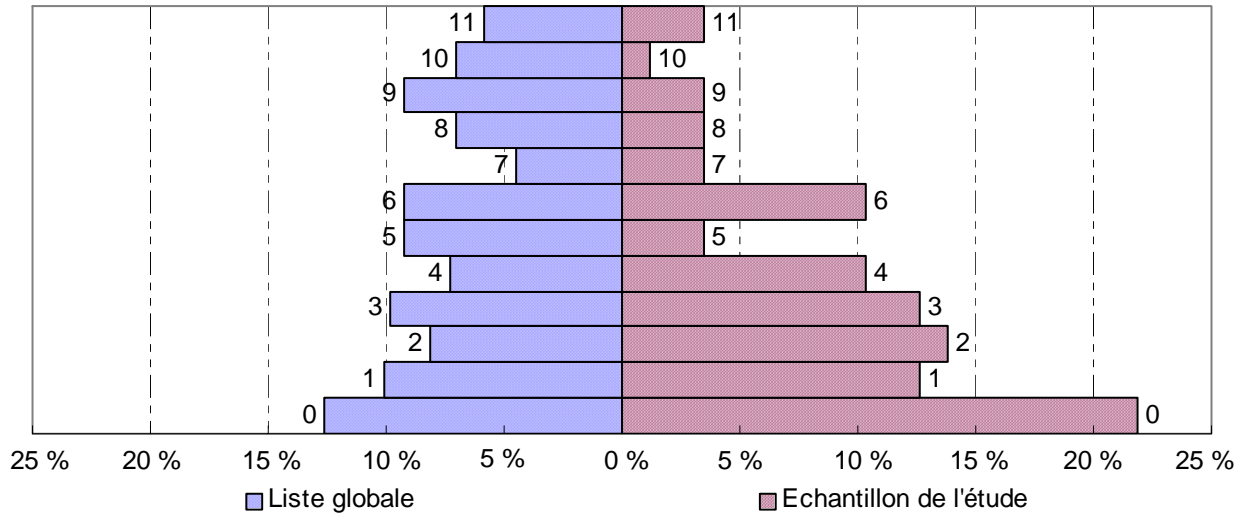


Tableau I : Représentativité des classes d'âge	Population	
	Echantillon	Globale
0 à 3 ans	57 62 %	144 40 %
4 à 6 ans	21 23 %	92 26 %
7 à 11 ans	14 15 %	121 34 %
Total	92 100 %	357 100 %

De même, le lieu de placement (Tableau II) de l'enfant est significativement différent entre la population générale et notre échantillon ($p < 0,001$).

Tableau II : Représentativité du lieu de placement	Population	
	Echantillon	Globale
Foyer de l'enfance (VSE)	55 60 %	126 41 %
Familles d'accueil	14 15 %	73 24 %
Les Tourelles	5 5 %	22 7 %
AAPIJ Cassiopée	5 5 %	18 6 %
Les Turbaudières	3 3 %	23 8 %
Centre Maternel et Mini-Tourelles	8 9 %	21 7 %
Château de Briançon et Rive Bleue	2 2 %	22 7 %
Total	92 100 %	305 100 %

Le fait que l'âge des enfants de notre échantillon soit plus petit que celui de la population générale peut en partie s'expliquer par le fait que la répartition au sein des différentes structures de placement des enfants de notre échantillon est différente de celle observée dans la population générale. Mais ce n'est pas la seule explication puisqu'au sein même des différentes structures, la population de notre enquête est plus jeune que la population générale (Tableaux III et IV). Seules les neufs structures retrouvées dans notre étude ont été prises en compte : 305 enfants de la population générale.

Tableau III : Age par structure dans la population générale	Nombre	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Foyer de l'enfance (VSE)	126	4,5	3,3	0	11
Familles d'accueil	73	4,3	3,6	0	11
Les Tourelles	22	5,9	3,6	0	11
AAPIJ Cassiopée	18	4,9	4,0	0	11
Les Turbaudières	23	6,3	3,2	2	11
Centre Maternel	5	0,8	1,3	0	3
Château de Briançon	7	3,1	3,2	1	10
La Rive Bleue	15	7,4	2,8	3	11
Mini-Tourelles	16	1,0	1,2	0	3
Total	305	4,6	3,5	0	11

Tableau IV : Age par structure dans notre échantillon	Nombre	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Foyer de l'enfance (VSE)	55	3,7	3,2	0	11
Familles d'accueil	14	2,9	2,8	0	9
Les Tourelles	5	1,8	1,3	0	3
AAPIJ Cassiopée	5	2,4	3,4	0	7
Les Turbaudières	3	7,0	1,7	6	9
Centre Maternel	3	0,3	0,6	0	1
Château de Briançon	1	1,0	.	1	1
La Rive Bleue	1	10,0	.	10	10
Mini-Tourelles	5	1,0	1,0	0	2
Total	92	3,3	3,1	0	11

L'analyse des 29 % de dossiers non renseignés à la pouponnière du VSE permet d'avoir une idée des difficultés rencontrées qui peuvent expliquer ce manque de représentativité de notre échantillon. Sur 69 entrées à la pouponnière pendant la période considérée, 14 dossiers ne rentraient pas dans les critères de l'étude (3 bébés en attente d'adoption et 11 placements très courts dont hospitalisation de la mère, reconduite à la frontière, etc.). Sur les 55 dossiers restants, 7 familles n'ont pas répondu au questionnaire dont 4 vrai refus (2 dossiers d'enfants dont les parents étaient en situation irrégulière, 5 dossiers pour lesquels la mère présentait une pathologie psychiatrique ne lui donnant pas possibilité de donner son accord, ou rendant le refus inévitable). Six familles n'ont pas été rencontrées (dont deux mères décédées pendant l'étude) dans les délais et 3 dossiers terminés ont été rendus hors délais. Restaient 39 dossiers validés sur les 55 possibles, soit 71 %.

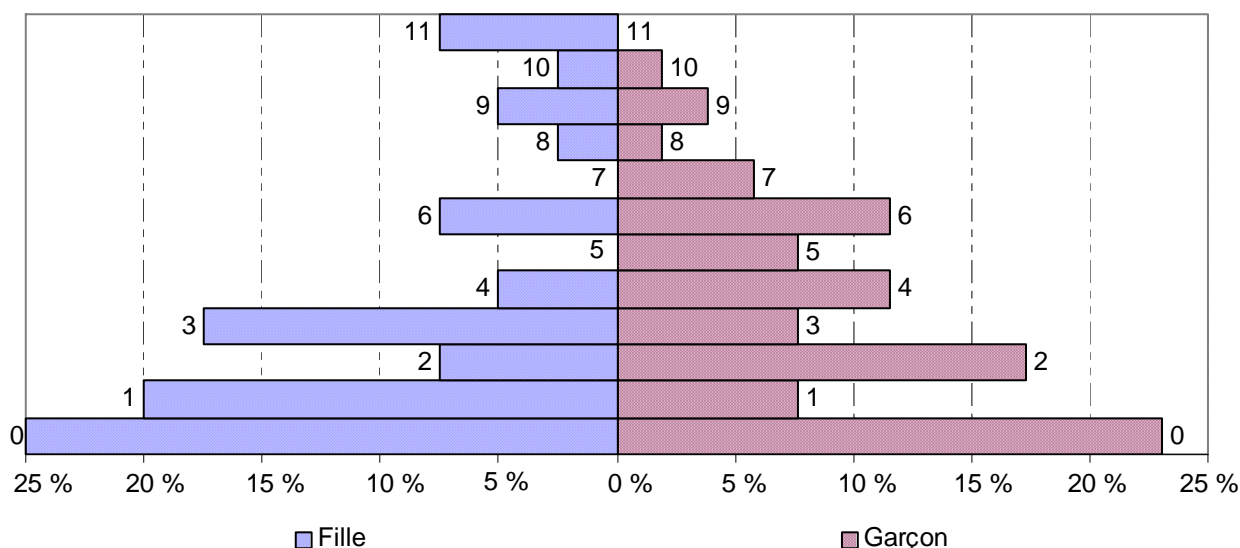
C'est sans doute un résultat parmi les plus inattendus de cette étude : seuls 7 refus ou participations impossibles sur 69 dossiers et à chaque fois dans des circonstances de pathologie ou de situation parentale très particulières. Le cas des 9 situations dont les familles ont été rencontrées trop tard ou dont les dossiers ont été remis hors délais traduisent la difficulté de réalisation d'un tel travail, basé uniquement sur le volontariat des professionnels et sans le soutien ou l'aiguillon d'un attaché de recherche clinique qui aurait accompagné les inclusions et le suivi des enquêtes.

V) Résultats

A) Résultats descriptifs

Nous avons reçu, depuis Janvier 2003, 92 dossiers dans le cadre de l'étude concernant les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Ces dossiers concernaient 66 familles puisque 22 familles ont été identifiées avec en moyenne deux dossiers par famille ($2,2 \pm 0,5$).

Graphe II : Pyramide des âges en fonction du sexe



Ces enfants avaient en moyenne 4 ans ($3,7 \pm 3,2$) au moment de leur admission, 62 % avaient moins de 3 ans, 23% entre 4 et 6 ans et 15 % entre 7 et 12 ans.

Commentaire : « On note une forte surreprésentation des enfants de moins de 6 ans dans notre échantillon dont l'explication a plusieurs origines (différents taux de réponses selon les structures, recrutement global d'enfants plus jeunes, etc.). »

Ils étaient, principalement, de nationalité française (97 %) et étaient des garçons pour 57 % d'entre eux.

Commentaire : « L'équilibre entre les garçons et les filles est représentatif de ce qui est constaté dans les signalements au niveau national. Selon l'ODAS, les âges et sexes sont représentés de manière équilibrée dans la population des enfants signalés en 2004 (7). »

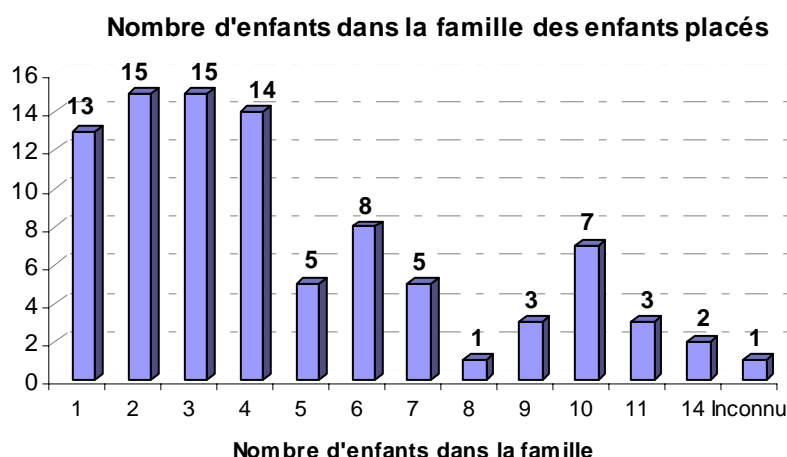
Tableau V : Filiation paternelle	Nombre	Pourcentage (%)
La filiation paternelle est connue	76	82,6
L'enfant est reconnu par son père	76	82,6
L'enfant porte le nom de son père biologique	70	76,1

L'enfant était considéré abandonné de fait par son père pour 20 % et par sa mère pour 2 % d'entre eux.

Commentaire : « Le nombre des enfants qui connaissent leur filiation et qui, de plus, sont reconnus par leur père est élevé, 82 %. On aurait pu penser que ce chiffre serait inférieur. Les familles sont éclatées ; les familles monoparentales augmentent ; mais la naissance de l'enfant se fait dans un contexte assez classique. Le père est présent au départ. C'est ensuite, comme dans beaucoup de familles séparées, que le père perd ou laisse peu à peu sa place. »

La famille était dite instable pour 64 % des dossiers.

Treize enfants étaient enfants uniques ; pour les autres, la famille est composée en moyenne de 5 enfants (± 3).



1) Le placement

Il s'agissait d'enfants placés parce qu'ils étaient estimés maltraités pour 26 % et en risque pour 72 %.

Commentaire : « Ces chiffres sont très proches des taux nationaux, le rapport de l'ODAS 2005 [\(1\)](#) sur les signalements de 2004 révèle en effet que les pourcentages nationaux sont respectivement de 20 % et de 80 % . »

Les enfants maltraités étaient issus de 18 familles différentes : 10 familles où le seul enfant placé et identifié dans l'étude était maltraité, 5 familles où tous les enfants placés et identifiés dans l'étude étaient maltraités (de 2 à 3 enfants) et 3 familles où un seul enfant sur deux ou trois placés et identifiés dans l'étude était maltraité.

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).

Les motifs à l'origine du placement ont été classés en tenant compte de la fréquence et de l'ordre d'importance des motifs évoqués (tableau VI).

Tableau VI : Classements et fréquences des motifs du placement	Classement général (%)	Classement pour les enfants en risque (%)	Classement pour les enfants maltraités (%)
Violence physique	10 (10 %)	-	2 (38 %)
Cruauté mentale	12 (2 %)	-	7 (8 %)
Abus sexuel	12 (2 %)	-	7 (8 %)
Négligences lourdes	5 (17 %)	-	1 (67 %)
Carence éducative	2 (48 %)	2 (53 %)	3 (33 %)
Carence affective	11 (11 %)	9 (8 %)	6 (21 %)
Troubles du comportement de l'enfant	15 (9 %)	8 (20 %)	10 (4 %)
Conflit intra-familial grave	3 (33 %)	3 (38 %)	5 (17 %)
Parents malades mentaux	4 (24 %)	4 (26 %)	4 (21 %)
Alcoolisme et / ou toxicomanie parental	6 (24 %)	6 (26 %)	8 (21 %)
Parents ayant des difficultés éducatives	1 (43 %)	1 (53 %)	9 (17 %)
Parents déficients intellectuels	8 (19 %)	7 (26 %)	11 (0 %)
Absence parentale	7 (19 %)	5 (24 %)	10 (4 %)

Dans 52 % des dossiers, un des motifs correspondait à une carence ou des difficultés éducatives ; dans 20 % des dossiers, les deux motifs « carence éducative » et « parents ayant des difficultés éducatives » sont documentés.

Commentaire : « Les types de mauvais traitements pour les enfants maltraités ne reflètent pas les courbes nationales. Le pourcentage d'enfants abusés sexuellement est assez bas par rapport à celui repéré au niveau national. L'ODAS présente pour 2004 des chiffres en très nette progression, plaçant les abus sexuels en deuxième position après les violences physiques qui elles aussi augmentent. Est-ce dû à l'âge moyen des enfants de notre étude (quatre ans) qui n'est pas représentatif des enfants placés à l'ASE ?

En ce qui concerne les facteurs de dangers liés aux parents, on retrouve dans l'étude en Maine et Loire la même échelle qu'au niveau national, à savoir, en premier lieu, selon l'ODAS :

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

Il est à noter également, qu'aucun facteur lié aux conditions matérielles n'a été mis en avant. Il en est de même au niveau national où le taux d'enfants signalés pour des causes liés à la dégradation des conditions matérielles de vie est minoritaire. Ce sont bien les difficultés éducatives des parents avec les répercussions qu'elles ont sur leurs enfants qui sont la première cause de placement. Ce constat doit être pris en compte dans la perspective d'une réflexion sur une politique départementale de prévention qui, de ce fait, devrait être axée sur le soutien à la parentalité, même si, la plupart du temps, les carences ou difficultés éducatives ne motivent pas de façon isolée le placement mais sont associées ou découlent

d'autre(s) motif(s). Le chiffre assez élevé du motif « conflit intra-familial grave » est corrélé aux observations de l'ODAS qui constate la progression de l'instabilité dans la vie des familles. Notons aussi la prégnance de la maladie mentale des parents, qui est observée par les travailleurs sociaux en Maine et Loire comme au niveau national. Elle est en outre, pour les professionnels concernés par la protection de l'enfance, stressante et/ou déstabilisante, au moins pour deux raisons : ses conséquences sont mal connues, et elle rend encore plus imprévisible l'évolution de la situation familiale.

Cela explique sans doute le nombre important de placements dans ce contexte, et invite à un travail entre les équipes de l'aide sociale à l'enfance et psychiatriques en lien très étroit. Un "partenariat organisé " avec la psychiatrie adulte devrait absolument être mis en place au sein des consultations de PMI par exemple. »

Le placement était une décision judiciaire dans 80 % des dossiers et une mesure administrative pour les autres.

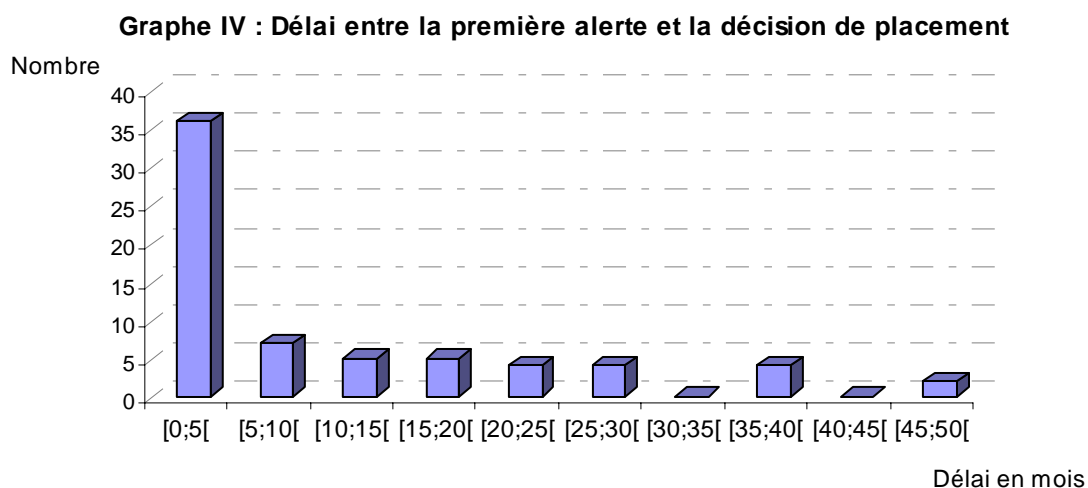
Commentaire : Ce chiffre est conforme à la tendance actuelle au niveau national. Le recours au judiciaire est de plus en plus fréquent avec le risque que cette judiciarisation stigmatise un peu plus les familles et les enfants. Il traduit aussi, peut-être, l'échec des mesures préconisées précédemment en administratif ou en milieu ouvert judiciaire.

Tableau VII : Lieu de placement	Nombre	%
Foyer de l'enfance (VSE)	55	59,8
Familles d'accueil	14	15,2
Les Tourelles	10	10,9
AAPIJ Cassiopée	5	5,4
Les Turbaudières	3	3,3
Centre Maternel	3	3,3
Pouponnière de Bauné	1	1,1
La Rive Bleue	1	1,1
Total	92	100,0

Commentaire : « Les trois structures les plus représentées sont celles où des médecins étaient présents et mobilisés, les autres structures n'ayant pas de médecin. »

Un professionnel référent stable a été mis en place pour l'enfant à l'admission dans 79 % des cas. Il existait un professionnel et/ou une équipe stable reconnus par l'enfant depuis le début de son histoire pour 80 % des enfants.

Le délai entre l'alerte et le placement a été inférieur à un mois pour 28 % des dossiers. Pour les autres, la moyenne du délai était de 16 mois ($15,6 \pm 13,1$).



Parmi les enfants placés de l'enquête, 32 % n'avaient aucun antécédent de placement, de signalement ou de suivi éducatif à domicile.

Dans 53 % des dossiers, il y a déjà eu des démarches de signalements antérieures au placement actuel (1 à 5), il s'agissait de signalements judiciaires pour 53 % d'entre eux, de signalements administratifs pour 22 % et de signalements administratifs et judiciaires pour 20 %. Le nombre moyen de ces démarches était de 2 ($1,9 \pm 1$).

Commentaire : « Le nombre d'enfants qui ont connu antérieurement des signalements interroge, entre autre, sur les procédures d'alertes, d'autant que la moitié d'entre eux était judiciaire. De plus, le nombre de signalements de 1 à 5 pose la question du lien entre les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance et la justice :

→ Les indicateurs de danger, sont-ils les mêmes entre le parquet et les travailleurs sociaux ?

→ Les travailleurs sociaux sont-ils suffisamment pertinents dans leurs écrits ? »

27 % des enfants ont déjà fait l'objet d'au moins un placement antérieur (1 à 3), il s'agissait de placements administratifs pour 52 % d'entre eux et de placements judiciaires pour 20 %. Il y avait eu en moyenne un placement antérieur ($1,3 \pm 0,6$).

Commentaire : « Le nombre de placements administratifs antérieurs témoigne de la démarche des travailleurs sociaux qui tentent en prime action un recours à des mesures administratives, ne se tournant vers le judiciaire que lorsque ces mesures échouent. »

Les enfants avaient bénéficié d'au moins un suivi éducatif à domicile antérieur pour 45 % d'entre eux, il s'agissait de suivis judiciaires pour 56 % d'entre eux, de suivis administratifs pour 32 % et de suivis administratifs et judiciaires pour 12 %.

Commentaire : « 68 % de ces suivis correspondent à des mesures judiciaires isolées ou associées à des mesures administratives. Ce taux élevé montre que le placement est sollicité en dernier recours après que toutes les mesures en milieu ouvert aient été tentées. »

Tableau VIII : Antécédents de placement(s), de signalement(s) et/ou de suivi(s) éducatif(s) à domicile	Nombre	%
Aucun antécédent	29	31,9
Antécédents de signalement(s) et de suivi(s) éducatif(s)	20	22,0
Antécédents de placement(s), signalement(s) et suivi(s) éducatif(s)	13	14,3
Antécédent(s) de signalement(s)	10	11,0
Antécédent(s) de suivi(s) éducatif(s)	7	7,7
Antécédents de placement(s) et de signalement(s)	6	6,6
Antécédent(s) de placement(s)	5	5,5
Antécédents de placement(s) et de suivi(s) éducatif(s)	1	1,1
Total	91	100,0

Commentaire : « C'est un tableau complexe qui peut interroger, il est difficile de retrouver un parcours type caractérisé. Le nombre de "récidives de placement" est notable et peut interroger sur les restitutions. »

Tableau IX : L'enfant a-t-il des antécédents de placement(s), de signalement(s) et/ou de suivi IED?	L'enfant a-t-il bénéficié d'un accompagnement entre la première alerte et le placement?		Total
	NON	OUI	
Aucun antécédent (%)	20	80	100
Antécédents de placements, signalements, suivis éducatifs (%)	7	93	100
Total (%)	11	89	N = 81

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 / ou une prise en charge en pédopsychiatrie (7 %) alors que dans 9 % des cas, il n'y avait eu aucun accompagnement.

Tableau X : L'enfant a-t-il des antécédents de placement(s), de signalement(s) et/ou de suivi IED?	L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?		Total
	Enfant en risque	Enfant maltraité	
Aucun antécédent (%)	76	24	100
Antécédents de placements, signalements, suivis éducatifs (%)	72	28	100
Total (%)	73	27	N = 89

Commentaire : « Les enfants en risque ne sont pas plus nombreux que les enfants maltraités à n'avoir aucun antécédent de placement, de signalement et/ou d'interventions éducatives. »

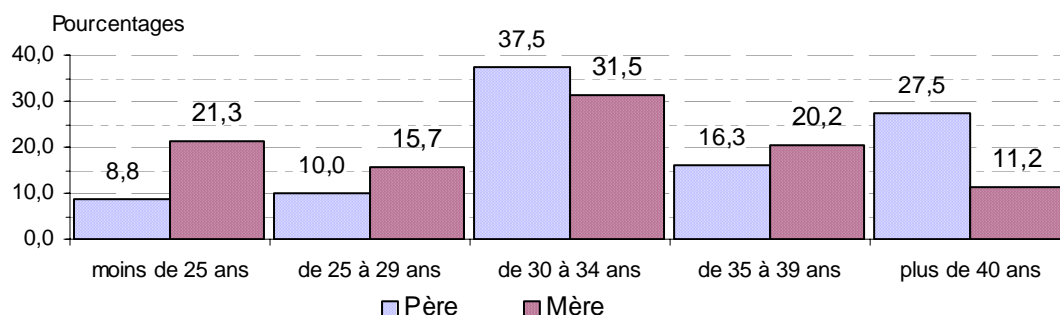
2) Les parents

Pour trois des enfants le père était décédé et la mère était décédée pour un enfant.

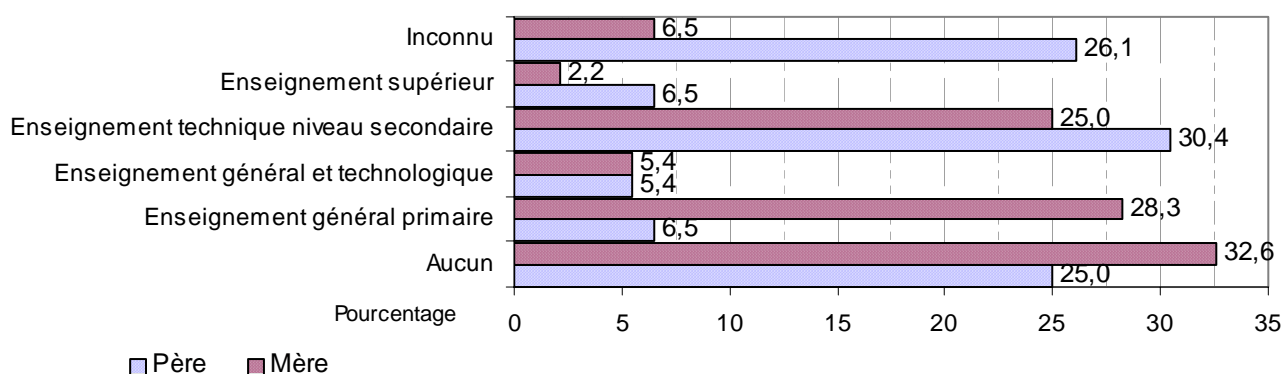
L'âge moyen de la mère était de 31 ans ($31,4 \pm 7,1$; 20 à 49 ans) et 35 ans ($34,9 \pm 7,7$; 18 à 56 ans) pour le père. L'âge moyen de la mère au premier enfant était de 21 ans ($21,4 \pm 4,3$; 13 à 33 ans).

Commentaire : « Les mères sont plutôt plus jeunes que les pères, mais sans doute pas autant qu'on pouvait le penser. De plus, l'âge moyen des mères pour leur premier enfant est beaucoup plus jeune que la moyenne nationale en 2004 qui est de 29,7 ans (8). »

Graphe V : Classes d'âge des parents (à l'admission)



Graphe VI : Niveau d'étude des parents



Les mères de la cohorte présentaient globalement le profil d'une « enfance douloureuse » :

→ une famille dissociée ou mono-parentale pour 56 % d'entre elles (les autres ont été élevées par leur deux parents), dont un tiers ont été élevées principalement en famille d'accueil ou en institution (35 %) ;

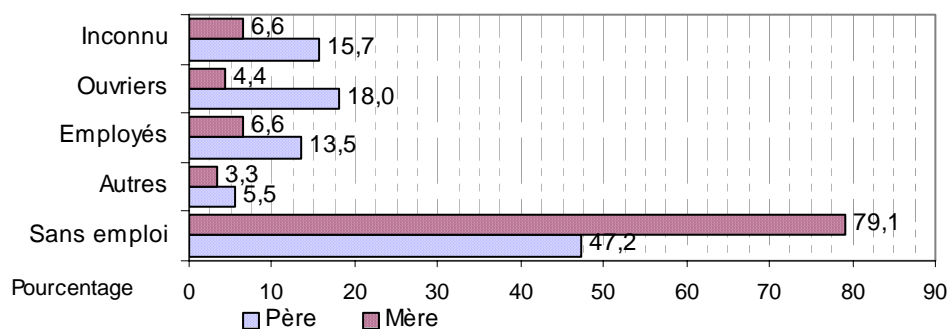
→ des antécédents de maltraitance dans l'enfance (58 %) et

→ un faible niveau scolaire puisque près de 61 % des mères n'ont pas dépassé le niveau brevet des collèges et 43% reconnaissent avoir eu des difficultés scolaires graves (dont 63 % sont passées par l'éducation spécialisée).

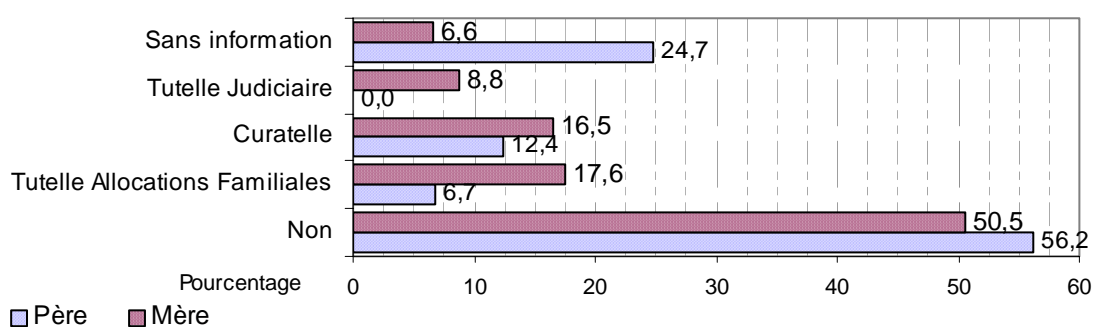
Les données sur les pères sont un peu moins bien renseignées mais témoignent néanmoins des mêmes difficultés :

- 23 % ont bénéficié d'une mesure de placement dans l'enfance et seulement 45 % ont été élevés par leur deux parents;
- 30 % des pères ont été maltraités dans leur enfance ;
- 32 % n'ont pas dépassé le niveau brevet des collèges et 44 %, des 34 pères qui reconnaissent avoir eu des difficultés scolaires graves, sont passées par l'éducation spécialisée.

Graphe VII : Profession des parents



Graphe VIII : Mesure de protection civile



En ce qui concerne la situation familiale, les deux parents étaient seuls dans 28 % des dossiers et ils étaient ensemble dans 22 % des dossiers. 19 % des pères avaient une nouvelle union (quelque soit la situation de la mère) et 14 % des mères avaient une nouvelle union (quelque soit la situation du père).

A l'âge adulte, on retrouve, chez les mères, des difficultés avec des signes de souffrance psychique importante :

- 30 % avaient des antécédents d'alcoolisme dont 39 % seulement reconnaissent une dépendance actuelle ;
- seulement 66 % étaient en bonne santé apparente au moment de l'enquête ;
- 20 % avaient un problème de santé physique avec un retentissement personnel important et
- 54 % des mères présentaient une pathologie psychiatrique (traitée seulement pour 64 % d'entre elles).

Les mères, au moment du placement de leur enfant, vivaient seules dans 60 % des cas. Plus de 78 % d'entre elles étaient sans emploi (23 mères touchaient le revenu minimum d'insertion) et 42 % bénéficiaient d'une mesure de protection civile, ce qui témoigne d'une grande précarité sociale.

Les pères, avec des difficultés légèrement différentes, étaient aussi en souffrance :

→ 52 % avaient des antécédents d'alcoolisme dont un sur quatre seulement reconnaissait une dépendance actuelle ;

→ seulement 62 % étaient en bonne santé apparente au moment de l'enquête ;

→ 26 % avaient des troubles psychiatriques, traités ou non ;

→ 15 % avaient un problème de santé physique avec un retentissement personnel important ;

Ils vivaient seuls dans 30 % des cas. Moins de 46 % d'entre eux étaient sans emploi (11 pères touchaient le revenu minimum d'insertion), 19 % bénéficiaient d'une mesure de protection civile et 22 % avaient été incarcérés.

Les antécédents judiciaires sont regroupés dans le tableau suivant :

Tableau XI : Antécédents judiciaires	Mère	Père
Oui	8 %	15 %
Non	77 %	44 %
Inconnu	11 %	19 %
Incarcération	4 %	22 %

Ils présentaient des difficultés d'adaptation sociales : troubles de l'adaptation, déficience intellectuelle (1 % des hommes et 5 % des femmes) ; troubles psychopathiques (5 % des hommes).

57 % des femmes et 16 % des hommes avaient un antécédent de trouble mental. Il s'agissait principalement pour les femmes de troubles anxieux et dépressifs (28 %), de maladies mentales et psychose (10 %) ou de névrose de conversion (3 %) ; alors que pour les hommes, il s'agissait de maladies mentales et psychose (7 %) ou de troubles anxieux et dépressifs (4 %).

Ils avaient déjà consulté un psychiatre pour 37 % des femmes et 20 % des hommes ; ils avaient un suivi psychiatrique régulier pour 28 % des femmes et 13 % des hommes ; ils avaient été hospitalisés en milieu psychiatrique pour 24 % des femmes et 11 % des hommes.

Commentaire : « A la lumière de ces résultats il aurait sans doute été intéressant d'introduire dans le questionnaire une série de questions recherchant des signes de points d'appuis positifs. En effet n'apparaissent ici que les points négatifs ou

douloureux de l'enfance des parents sans que soient interrogées les éventuelles réussites qui auraient pu contrebalancer ces destins douloureux (accueil structurant en famille d'accueil ou en établissement, accompagnement éducatif ou thérapeutique réussi, réussite scolaire ou sportive, réussite affective ou professionnelle, etc.).

Les chiffres sur les antécédents des parents montrent dans quelles situations répétitives subies sont ces familles : vie en foyer, en famille d'accueil, maltraitance, vie scolaire, etc. A reprendre dans un contexte plus large de cumul de handicaps et de sommation de précarités, familiale, intellectuelle, scolaire, culturelle, personnelle, pécuniaire, au regard du travail, etc.»

3) L'enfant

La période néonatale

Il s'agissait d'une grossesse déclarée dans les délais dans 54 % des cas, cette donnée était inconnue à 37 %.

Commentaire : « Une notion attendue : la grossesse n'avait pas été déclarée dans les délais, ou pas du tout pour 14 % des enfants (sur les 58 dossiers renseignés). »

L'accouchement était prématuré dans 10 % des cas et il y avait une dysmaturité pour 15 % des enfants. 24 % des enfants sont nés prématurément ou avec une dysmaturité.

Le poids moyen des nouveau-nés était de 2777 g (2777 ± 727) et le terme était de 38 semaines d'aménorrhée ($38,4 \pm 2,5$). Pour 24 % des enfants, il y avait eu une hospitalisation néonatale et la durée moyenne de cette hospitalisation était de 27 jours ($26,8 \pm 33,1$). 12 % des enfants avaient une pathologie médicale grave (secondaire à l'accouchement, à la prématurité et à la dysmaturité ou congénitale) et 4 % une pathologie chirurgicale grave.

Commentaire : « Les données suivantes attirent l'attention :

→ un quart des naissances sont prématurées et/ou dysmatures ;

→ une hospitalisation néonatale est signalée dans un quart des cas avec une durée moyenne de séjour (presque un mois) largement supérieure à celle observée au sein du service de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers (13,5 jours en 2003 et 13,3 jours en 2004) ;

→ 15 % des enfant ont une pathologie néonatale grave chirurgicale et/ou médicale.

Ces évènements néonataux ont été classiquement décrits comme des facteurs favorisant une fragilité ou la rupture précoce du lien entre parents et enfant. Ils ont aussi été interprétés comme le résultat d'un rejet anténatal par les parents. Cependant, les résultats de cette étude montrent qu'un rapport aussi simpliste ne peut être établi.

Une prématurité, une dysmaturité ou une hospitalisation néonatale ne peut à elle seule expliquer les difficultés ultérieures. Ces problèmes médicaux néonataux résultent vraisemblablement d'un déterminisme multiple, social, familial et personnel, déterminisme qui se retrouvera dans les difficultés éducatives avec l'enfant. »

Suivi médical

76 % des enfants avaient bénéficié de moins de 10 consultations (en dehors des consultations systématiques) dans l'année précédant leur admission, 9 % entre 10 et 20 consultations et 2 % plus de 20 consultations. La moyenne des consultations était de 4 ($3,8 \pm 3,9$).

Ils avaient déjà été hospitalisés pour 46 % d'entre eux et la moyenne d'hospitalisation était de 2 ($2,0 \pm 1,7$).

Les principaux motifs d'hospitalisation évoqués étaient les pathologies pulmonaires (30 % : bronchiolite, bronchite, asthme), les pathologies digestives (30 % : difficultés d'alimentation et de prise de poids, gastro-entérites aiguës, reflux gastro-oesophagien) et enfin les causes ORL (13 % : otites compliquées, amygdalectomie et adénoïdectomie).

Commentaire : « Presque la moitié des enfants a déjà été hospitalisée. Le pédiatre de la pouponnière du VSE, va systématiquement consulter tous les dossiers hospitaliers des enfants placés à la pouponnière. L'analyse des histoires médicales des enfants est frappante par le fait que bien souvent la simple addition des différents motifs de passage par l'hôpital conduit à penser qu'un signalement aurait été la seule conclusion possible, bien avant le placement de l'enfant. Mais ce n'est jamais le même médecin qui voit l'enfant, ni forcément le même service et la coordination entre services sociaux et médicaux est parfois insuffisante.

L'étude récente de l'INSERM sur l'infanticide apporte les mêmes conclusions [\(9\)](#). Une analyse plus fine sur les raisons de ces hospitalisations permettrait d'approfondir le lien de causalité entre hospitalisation néonatale et histoire sociale ultérieure. »

Etat de santé au moment de l'étude

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 oesophagien (14 %), troubles du transit (10 %) ou d'autres troubles (15 % dont trois enfants souffrant de troubles du comportement alimentaire).

2 % des enfants ont un syndrome malformatif stomatologique. 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 traitées. 8 % des enfants ont des indications orthodontiques.

Commentaire : « En l'absence de chiffres comparatifs, on ne peut que faire le constat d'une fréquence importante de caries précoces (un enfant de moins de 6 ans sur cinq). L'union Française pour la Santé Bucco-dentaire nous avait déjà alerté sur la fréquence de caries très précoces et très nombreuses chez les enfants de familles en précarité. »

13 % des enfants ont des antécédents orthopédiques traumatiques : traumatismes crâniens, brûlures, hématomes, plaies, dents cassées et un cas de fracture (clavicule). 7 de ces 13 enfants sont des enfants estimés en risque.

11 % des enfants ont des antécédents orthopédiques non traumatiques : atteinte du rachis (50 %) et atteinte des membres (40 %).

36 % des enfants ont des antécédents de bronchiolite et 16 % ont de l'asthme.

9 % des enfants ont de l'eczéma.

Un enfant a un problème d'obésité et un autre enfant souffre de diabète. 7 % des enfants souffrent d'un désordre endocrinien autre (thyroïde, puberté précoce, anémie ferriprive, surpoids).

13 % des enfants ont un retard global de développement. 22 % ont un retard de langage. Un enfant souffre d'épilepsie. 10 % des enfants présentent des troubles neurologiques (autisme, mutisme, troubles du comportement).

Ils avaient bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique, régulier pour 16 % et occasionnel pour 10 %. Cette prise en charge était réalisée par un psychiatre (25 %) ou une psychologue (21 %), et par le CMP pour 25 % et par le CMPP pour 8 %. L'enfant était en souffrance psychique avérée dans 34 % des dossiers.

Commentaire : « Forte proportion de souffrance psychique et de soins psychologiques, d'autant plus frappante que les enfants sont jeunes (4 ans en moyenne) et que nous savons que cette souffrance est très sous-estimée. »

La fratrie était en bonne santé à 49 %. Les pathologies principales évoquées pour la fratrie étaient neurologiques (25 %), traumatiques (25 %) et digestives (18 %). Dans leur fratrie, douze enfants avaient des antécédents de maltraitances ou de négligences et six enfants avaient des antécédents neuro-psychiatriques (retard de développement psychomoteur, troubles du comportement, troubles réactionnels, autisme).

Mode d'accueil et scolarisation

Certains enfants n'avaient pas eu de mode d'accueil avant l'âge de trois ans (37 %), les autres avaient été accueillis en crèche ou halte garderie (26 %), par une assistante maternelle (15 %), par un membre de la famille (5 %). 5 % d'entre eux avaient bénéficié d'un accueil dans le cadre de la prévention.

La scolarisation était problématique du fait du comportement et/ou des apprentissages pour huit enfants, seulement 75 % des 47 enfants d'âge scolaire étaient scolarisés normalement. Ils étaient en grande ou moyenne section de maternelle (21 %), en petite section de maternelle (19 %), en CP (13 %) et en CE1 (11 %). Sept enfants avaient un retard scolaire qui se manifestait par une scolarisation spécialisée pour un d'entre eux et par le redoublement d'une classe pour les autres. Quatre enfants n'étaient pas scolarisés.

Commentaire : « Le jeune âge des enfants rend délicate l'interprétation du retard scolaire de notre échantillon. »

4) Appréciation subjective du placement

Deux types de questions étaient adressées aux différents protagonistes du placement (enfant, parents, professionnels) :

- leur réaction propre face au placement ;
- et leur opinion quant à la réaction de l'enfant ou des parents :
 - la réaction de l'enfant vue par les parents et les professionnels,
 - et la réaction des parents vue par l'enfant.

De ce jeu de miroirs complexe sur ces différents points de vue, il apparaît que, globalement, les parents acceptent le placement, les enfants y adhèrent, et les professionnels l'approuvent.

Les parents

Les parents ne sont pas aussi opposés au placement qu'on aurait pu l'attendre, bien au contraire.

Tableau XII : Réaction des parents suite au placement	Nombre	%	% cumulé
Favorables au placement	29	33,3	33,3
Soulagés par le placement	17	19,5	52,9
Soumis au placement	22	25,3	78,2
Hostiles au placement	15	17,2	95,4
Impossible à évaluer	4	4,6	100,0
Total	87	100,0	

52,9 % d'entre eux sont favorables ou soulagés par le placement et si l'on considère ceux qui s'y soumettent, cela fait plus de 78,2 % des parents qui n'y sont pas franchement opposés. Seulement 17,2 % des parents se déclarent hostiles au placement, tout en acceptant de répondre au questionnaire. Le taux de refus est donc très faible (confer les commentaires sur les refus à la pouponnière du VSE). Il faudrait néanmoins comparer ceci à l'analyse des vrais refus qui ne sont donc pas intégrés à l'enquête.

Commentaire : « Ceci modifie considérablement l'image souvent négative de la perception du travail social par les usagers et les familles. Certes il y a des oppositions et parfois des conflits difficiles, en particulier en début de placement, avec certains parents, mais cela reste marginal. Ces familles très démunies et souffrantes semblent majoritairement faire confiance aux professionnels qui accompagnent leur enfant.

La moitié des parents sont favorables ou soulagés suite au placement. Cela pourrait témoigner de deux hypothèses :

- la première, que le travail de préparation au placement, lorsqu'il y a une mesure d'accompagnement préalable contribue certainement à le faire accepter par la famille et

→ deuxièmement, que le placement s'inscrit comme une mesure d'aide aux difficultés familiales et qu'il n'est pas vécu, comme on aurait pu le croire, en tant que sanction punitive.

L'image de l'enfant arraché à sa famille par des travailleurs sociaux semble évoluer.»

Tableau XIII : Adhésion des parents aux projets concernant l'enfant	Nombre	%	% cumulé
Bonne adhésion	66	76,7	76,7
Adhésion difficile	17	19,8	96,5
Aucune collaboration	3	3,5	100,0
Total	86	100,0	

Commentaire : « 76,7 % des parents ont une bonne adhésion aux mesures d'accompagnement de leur enfant dans le placement (pourtant contentieux dans 80 % des cas). Résultat inattendu avant l'étude.»

Tableau XIV : Opinion des parents sur l'acceptation du placement par leur enfant	Nombre	%	% cumulé
Leur enfant l'accepte	37	44,6	44,6
Ne savent pas	28	33,7	78,3
Leur enfant n'accepte pas	18	21,7	100,0
Total	83	100,0	

Commentaire : « Ces dispositions favorables et inattendues sont cohérentes avec la liberté que les parents laissent à leur enfant d'adhérer lui-même au placement, puisque 78,3 % des parents autorisent leur enfant à avoir sa propre opinion sur sa situation. Si 44,6 % des parents déclarent que leur enfant accepte le placement alors qu'ils ne sont que 33,3 % à y être eux-mêmes clairement favorables, ils sont aussi 33,7 % à déclarer ne pas savoir ce que leur enfant en pense, ce qui indique qu'ils lui accordent cette liberté d'opinion. Seuls 21,7 % des parents déclarent que leur enfant n'accepte pas le placement.»

L'enfant

Tableau XV : Réaction de l'enfant	Nombre	%	% cumulé
Soulagé par le placement	49	58,3	58,3
Ambivalent par rapport au placement	20	23,8	82,1
Opposé au placement	2	2,4	84,5
Inévaluable	13	15,5	100,0
Total	84	100,0	

Tableau XVI : Coopération de l'enfant	Nombre	%	% cumulé
Coopère très volontiers	63	75,0	75,0
Coopère difficilement	9	10,7	85,7
S'oppose au placement	1	1,2	86,9
Inévaluable	11	13,1	100,0
Total	84	100,0	

Tableau XVII : Opinion de l'enfant sur l'acceptation du placement par ses parents	Nombre	%	% cumulé
Ils sont d'accord	17	20,7	20,7
Ils ne sont pas d'accord	4	4,9	25,6
Ne sait pas	8	9,8	35,4
Inévaluable	53	64,6	100,0
Total	82	100,0	

Commentaire : «Du côté de l'enfant les choses sont encore plus claires puisque 85,4 % des enfants qui ont pu donner leur opinion sur ce que pensaient leurs parents du placement ont estimé que leurs parents étaient d'accord. Les enfants coopèrent d'ailleurs majoritairement (85,7 %) aux mesures d'accompagnement du placement, même si 23,8 % semblent ambivalents contre 58,3% soulagés et 2,4 % opposés (certainement tiraillés entre l'acceptation et leur lien à leur famille). Ces chiffres semblent montrer que le placement est bien une mesure de protection pour l'enfant et qu'il vient aider des enfants qui jusqu'alors vivaient des situations extrêmement difficiles.

Ces chiffres devraient venir rassurer les professionnels qui parfois doutent de leurs orientations en matière de séparation lorsqu'un enfant est en danger.»

Les professionnels

Tableau XVIII : Pour l'équipe professionnelle, le placement de l'enfant paraît:	Nombre	%	% cumulé
Placement adapté	85	97,7	97,7
Inévaluable	2	2,3	100,0
Total	87	100,0	

Tableau XIX : L'orientation de l'enfant a-t-elle été décidée comme:	Nombre	%	% cumulé
Conclusion d'une réflexion pluri-disciplinaire	53	63,1	63,1
Solution d'urgence	30	35,7	98,8
Solution par défaut	1	1,2	100,0
Total	84	100,0	

Tableau XX : Cette orientation effective paraît-elle satisfaisante au vu de la situation ?	Nombre	%	% cumulé
Très satisfaisant	48	55,8	55,8
Satisfaisant	34	39,5	95,3
Peu satisfaisant	4	4,7	100,0
Total	86	100,0	

Commentaire : « Peu de doute des professionnels qui accueillent l'enfant sur le bien fondé des décisions des autres professionnels qui l'ont organisé. Dans 98 % des cas le placement est adapté, et l'orientation est satisfaisante ou très satisfaisante dans 95 % des cas. L'avis très positif des professionnels face à la décision de placement traduit aussi l'opinion positive qu'ils ont de leur action, qui n'existerait pas sans la perception d'une action positive vers l'enfant et par ricochet vers ses parents même dans des situations parfois très complexes. Le fait que seules quatre orientations apparaissent comme des solutions "peu satisfaisantes", alors même que 31 fois il s'agissait d'une solution d'urgence ou par défaut, témoigne sans doute de la qualité du travail des professionnels en amont. »

Croisements des appréciations

Tableau XXI : Que pensent les parents de l'opinion de leur enfant quant au placement?	L'enfant paraît:				Total
	Soulagé	Réaction ambivalente	Opposé	Inévaluable	
Leur enfant l'accepte (%)	64	28		8	100
Leur enfant n'accepte pas (%)	47	35	12	6	100
Ne savent pas (%)	52	15		33	100
Total (%)	56	25	3	16	N = 80

Tableau XXII : Que pensent les parents de l'opinion de leur enfant quant au placement?	L'enfant accepte-t-il de coopérer au placement?				Total
	Coopère très volontiers	Coopère difficilement	S'oppose au placement	Inévaluable	
Leur enfant l'accepte (%)	89	3	3	6	100
Leur enfant n'accepte pas (%)	65	29		6	100
Ne savent pas (%)	59	11		30	100
Total (%)	74	11	1	14	N = 80

Tableau XXIII : Ce que dit l'enfant de l'opinion de ses parents quant au placement?	Quelle est la réaction des parents suite au placement?					Total
	Favorables	Soulagés	Soumis	Hostiles	Impossible à évaluer	
Ils sont d'accord (%)	65	29			6	100
Ils ne sont pas d'accord (%)			75	25		100
Ne sait pas (%)	25	38		13	25	100
Inévaluable (%)	25	17	32	25	2	100
Total (%)	32	21	24	18	5	N = 82

Tableau XXIV : Ce que dit l'enfant de l'opinion de ses parents quant au placement?	Quelle est l'adhésion des parents aux projets concernant l'enfant?			Total
	Bonne	Difficile	Aucune	
Ils sont d'accord (%)	94	6		100
Ils ne sont pas d'accord (%)	50	25	25	100
Ne sait pas (%)	75	25		100
Inévaluable (%)	75	21	4	100
Total (%)	78	19	4	N = 81

Commentaire : « Obtenir l'adhésion des parents aide l'enfant à adhérer aux projets le concernant... »

B) Résultats comparatifs

Le nombre de placements antérieurs est significativement (Test de Mann Whitney, $p = 0,009$) plus faible pour les enfants en risque ($N = 56$; $0,11 \pm 0,31$) que pour les enfants maltraités ($N = 20$; $0,55 \pm 0,89$).

L'âge des parents à l'admission de l'enfant est significativement supérieur pour les enfants en risque par rapport aux enfants maltraités, avec, pour la mère $32,75 \pm 7,15$ contre $27,58 \pm 5,90$ ($N = 63$ et $N = 24$; Test de Mann Whitney, $p = 0,003$), et pour le père $36,23 \pm 7,60$ contre $30,81 \pm 6,60$ ($N = 57$ et $N = 21$; Test de Mann Whitney, $p = 0,008$).

Tableau XXV : L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?	L'enfant est-il en souffrance psychique?		Total
	NON	OUI	
Enfant en risque (%)	73	27	100
Enfant maltraité (%)	46	54	100
Total (%)	66	34	100

Les enfants sont plus souvent en souffrance psychique lorsqu'ils sont maltraités (Chi deux = 5,64 ; $p = 0,018$).

Tableau XXVI : Retard de langage?	L'enfant est-il en souffrance psychique?		Total
	NON	OUI	
NON (%)	72	28	100
OUI (%)	40	60	100
Total (%)	65	35	100

Les enfants sont plus souvent en souffrance psychique lorsqu'ils ont un retard de langage diagnostiqué (Chi deux = 6,96 ; $p = 0,008$).

Tableau XXVII : L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?	La filiation paternelle est-elle connue?		Total
	NON	OUI	
Enfant en risque (%)	11	89	100
Enfant maltraité (%)	38	63	100
Total (%)	18	82	N = 90

La filiation paternelle est plus souvent inconnue pour les enfants maltraités que pour les enfants en risque comme le montre le tableau XXVII (Chi deux de Pearson= 8,71 ; $p = 0,0097$).

Tableau XXVIII : L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?	Classe d'âge de la mère (à l'admission)		Total
	inférieur à 30 ans	plus de 30 ans	
Enfant en risque (%)	30	70	100
Enfant maltraité (%)	58	42	100
Total (%)	38	62	N = 87

La mère a plus souvent moins de 30 ans pour les enfants maltraités que pour les enfants en risque comme le montre le tableau XXVIII (Chi deux = 5,86 ; p = 0,015).

Tableau XXIX : L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?	Classe d'âge du père (à l'admission)		Total
	inférieur à 30 ans	plus de 30 ans	
Enfant en risque (%)	14	86	100
Enfant maltraité (%)	33	67	100
Total (%)	19	81	N = 78

En revanche, la répartition des pères en moins de 30 ans ou 30 ans et plus (tableau XXIX) n'est pas liée significativement avec le fait que l'enfant placé soit "en risque" ou "maltraité". Cependant, si on décale d'un an le seuil, on observe que les pères des enfants maltraités ont plus souvent (Chi deux = 13,34 ; p = 0,00026) moins de 31 ans (57 %) que 31 ans ou plus par rapport aux pères des enfants en risque (16 %). Ceci est cohérent avec l'âge moyen des parents puisque les mères sont globalement plus jeunes que les pères.

Tableau XXX : L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?	La mère a-t-elle des antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie?		Total
	Oui	Non	
Enfant en risque (%)	40	60	100
Enfant maltraité (%)	15	85	100
Total (%)	34	66	N = 82

La mère a moins souvent des antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie pour les enfants maltraités que pour les enfants en risque comme le montre le tableau XXX (Chi deux = 4,31 ; p = 0,038).

Tableau XXXI : L'enfant placé est un enfant à risque ou un enfant maltraité?	Actuellement, la mère présente-t-elle des troubles psychiatriques?			Total
	Troubles psychiatriques traités	Troubles psychiatriques non traités	Pas de troubles apparents	
Enfant en risque (%)	43	13	44	100
Enfant maltraité (%)	24	48	29	100
Total (%)	38	21	40	N = 84

La mère présente plus souvent des troubles psychiatriques non traités pour les enfants maltraités que pour les enfants en risque comme le montre le tableau XXXI (Chi deux corrigé de Yates = 9,08 ; p = 0,011).

Tableau XXXII : L'enfant a-t-il des antécédents de placement(s), de signalement(s) et/ou de suivi IED?	Y-a-t-il eu un délai supérieur à un mois entre la première alerte et la décision actuelle de placement?		Total
	NON	OUI	
Aucun antécédent (%)	60	40	100
Antécédents de placements, signalements, IEDs (%)	27	73	100
Total (%)	37	63	N = 68

Comme le montre le tableau XXXII, le délai entre la première alerte et la décision actuelle de placement est significativement (Chi deux = 6,58 ; p = 0,01) plus souvent supérieur à 1 mois pour les enfants avec des antécédents de placement, signalement et/ou IED.

Commentaire : « Ce constat peut amener à formuler l'hypothèse que, lorsque la situation est connue antérieurement, les professionnels font une observation plus prolongée avant de faire un signalement. »

En revanche, le délai (en mois) entre la première alerte et la décision actuelle de placement n'est pas significativement différent entre les enfants à risque (N = 48 ; 9,10 ± 11,76) et les enfants maltraités (N = 17 ; 14,14 ± 15,46). De même, que le nombre de signalements antérieurs qui est de 0,81 ± 1,13 pour les enfants en risque (N = 53) et de 1,06 ± 1,35 pour les enfants maltraités (N = 18).

L'âge de l'enfant à l'admission, non plus, n'est pas significativement différent entre les enfants à risque (N = 66 ; 3,56 ± 3,32) et les enfants maltraités (N = 24 ; 2,54 ± 2,45).

En outre, dans notre étude, on n'observe pas de lien statistique entre le fait que l'enfant placé soit "en risque" ou "maltraité" et les variables suivantes :

- le sexe de l'enfant placé ;
- le niveau d'étude des parents ;
- le fait que les parents aient été élevés principalement par un membre de leurs familles ou accueillis en foyer ou famille d'accueil;
- les antécédents de maltraitances, de sévices ou de violences subies dans l'enfance des parents ;
- les antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie du père ;
- les antécédents psychiatriques des parents (troubles psychiatriques, consultations, hospitalisations, suivi);
- le fait que les parents aient un emploi ou non ;
- le fait que les parents travaillent en atelier protégé ;
- le fait que les parents bénéficient d'une mesure de protection civile ;
- le fait que les parents bénéficient de soins psychiatriques institutionnels ;

- le fait que les parents touchent le revenu d'insertion minimum, l'allocation pour parent isolé, une allocation adulte handicapé ;
- le fait que les parents soient en invalidité ou en congé maladie ;
- le fait que le père ait un problème organique à retentissement personnel important ;
- le fait que les parents souffrent actuellement d'alcoolisme et/ou de toxicomanie;
- le fait que les parents souffrent actuellement de troubles mentaux;

Après régression logistique, aucune des variables liées en analyse univariée à la variable enfant "en risque" ou "maltraité" ne ressort. Ce qui signifie, qu'en tenant compte de toutes les variables, aucune variable n'a de lien statistique direct avec le critère "enfant maltraité", les liens observés correspondent en réalité à l'action combinée de plusieurs variables.

Commentaire : « Cela n'a rien de surprenant, d'une part au vu des faibles effectifs étudiés mais aussi parce que ces données ne se prêtent pas à une analyse univariée et multivariée classique étant donné la complexité et les multiples corrélations entre les variables elles-mêmes. Il n'y a pas de déterminisme simpliste dans les troubles de la parentalité ».

VI) Prospectives

Quelles suites donner à ce travail ? :

En premier lieu la poursuite de l'analyse des données dont l'exploitation n'est pas encore aboutie.

→ Création d'un modèle statistique, le modèle structural ou « diagramme causal » :

L'analyse des données est très limitée étant donné le faible nombre de dossiers et la complexité des situations recensées. L'analyse des différents profils devrait permettre une meilleure lisibilité des liens multiples entre ces variables. Cette analyse se fera au moyen de la construction d'un modèle statistique spécifique : le modèle structural ou « modèle causal ». Les modèles structuraux permettent de représenter schématiquement un ensemble de corrélations au moyen d'un diagramme reliant des points (variables mesurées), on parle parfois de « pistes causales ». Il s'agit tout d'abord de schématiser les relations structurales hypothétiques entre les variables, c'est-à-dire de regrouper (à priori) les différentes variables mesurées dans des ensembles correspondant à des variables "latentes" (non mesurables directement : niveau socio-économique, image de soi, état de santé physique ou psychique, ...) que nous avons cherché à mesurer au travers de ces différents indicateurs. Puis dans un second temps, on définit, toujours à priori, les liens supposés qui relient ces ensembles de variables entre eux (cause, conséquence ou les deux). Pour finir, on teste l'adéquation statistique du modèle ainsi obtenu par rapport aux données observées.

→ Etude des dossiers médicaux d'hospitalisations néonatales :

Afin de préciser les raisons d'hospitalisations prolongées en période néonatale de ces enfants, une étude des dossiers médicaux du CHU d'Angers est envisagée.

Une seconde enquête plus large ?

Création d'un outil global de suivi médico-social

Les difficultés rencontrées ont permis une réflexion sur la nécessaire amélioration des outils de suivi de la population des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance du département avec une meilleure organisation du suivi médical et une gestion informatique plus adaptée ainsi qu'un recueil plus performant des données administratives concernant le parcours des enfants. En effet, du fait de la mobilité importante des enfants et des personnels, on rencontre une segmentation du parcours de l'enfant.

Il serait utile de mettre en place des outils de coordination pour pallier à ces difficultés, à savoir :

→ un récapitulatif du parcours social de l'enfant,

→ un dossier de suivi de la prise en charge médicale,

→ un dossier médical.

Conclusion

La réalisation de cette étude, avant analyse des résultats en eux-mêmes, a permis de mettre en évidence le difficile recueil de l'information concernant les enfants de l'aide sociale à l'enfance et leur famille, que cette information soit biographique, médicale ou sociale . Cette difficulté, liée à des facteurs multiples (départementalisation et absence de références nationales, absence de culture scientifique des services sociaux, cloisonnement des disciplines médicales et sociales, précarité des situations familiales, éclatement des prises en charges administratives dans les structures d'accueil...etc.) pourrait être mieux appréhendée par la création d'un dossier de suivi médico-social. Il permettrait de baliser le suivi médical et social et ouvrirait le champ de l'aide sociale à l'enfance à un travail d'épidémiologie et de recherche jusqu'alors impossible.

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

- cumul des handicaps sociaux, familiaux, affectifs des familles ;
- répartition classique entre placements judiciaires et administratifs ;
- proportion habituelle entre enfants maltraités et enfants en risque ;
- facteurs de danger liés aux parents (difficultés éducatives des parents, conflits conjugaux graves, phénomènes addictifs et maladies mentales).

Ils apportent aussi des observations inattendues :

- la forte proportion de placements rapides dans des situations familiales jusque là inconnues des services sociaux ;
- le nombre de signalements répétés avant d'aboutir à un placement dans certaines situations (jusqu'à cinq signalements successifs avant placement) ;
- la bonne acceptation du placement par les parents, l'adhésion des enfants et l'approbation des professionnels aux mesures mises en œuvre ;
- « l'effet protecteur » des soins psychiatriques des parents sur le risque de maltraitance des enfants.

Ils offrent aussi 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, sans qu'on puisse trancher entre effet bénéfique ou pervers ;
- le cumul des symptômes médicaux chez ces enfants témoignant de carences de soins et de souffrances psychologiques. Cette dimension n'est pas assez prise en compte dans le dépistage ;
- les difficultés d'insertion scolaire pour ¼ des enfants d'âge scolaire ;
- le repérage d'indicateurs de risque devant provoquer la vigilance (retards dans le calendrier des vaccinations, caries dentaires non traitées, retard global du développement, retard staturo-pondéral, difficultés d'intégration sociale en collectivité, ...).

Enfin une préconisation qui découle de l'analyse des dossiers : les délais parfois longs entre premier signalement et placement mériteraient de réfléchir à des modes particuliers de suivi en phase d'évaluation pour les très jeunes enfants avec des mesures revues au maximum tous les trois mois du fait de l'importance des retards de développement observés et de la sous-estimation de la souffrance psychique. En effet, à cet âge, un an d'évaluation, voire 16 mois (temps médian constaté), est beaucoup trop long et laisse parfois des dégâts irrémédiables. Nous préconisons donc le principe d'une « mesure d'évaluation intensive de moins de trois mois » pour les très jeunes enfants.

Cette première évaluation du travail nécessiterait d'être poursuivie par :

- l'exploitation plus poussée des résultats,
- l'élaboration d'un modèle statistique structural ou diagramme causal qui devrait mettre en évidence les points méritant une meilleure vigilance et,
- la création d'un outil de coordination dans le suivi médico-social de l'enfant.

La question de la réalisation d'une deuxième étude épidémiologique étendue à l'ensemble des enfants confiés à l'ASE, placés ou non, se trouve posée au niveau départemental , voire au niveau régional ou national.

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

REMERCIEMENTS

Nous remercions :

- Le Conseil Général et en particulier les Conseillers Généraux membres de la Commission des Affaires Sociales qui ont soutenu financièrement le projet ;
- Mr Dominique LE CLERC, Directeur Adjoint, et Mme Odile SAMPEUR Sous -Directrice Enfance Jeunesse, de la Direction du Développement Social et de la Solidarité du Conseil Général du département du Maine et Loire, qui ont permis, chacun à leur place, par leur aide et leur soutien, la réalisation de cette étude.

Nous remercions, également, toutes les personnes, nommées ci-dessous, pour leur participation à l'élaboration et/ou à la réalisation de cette étude.

Ce document a été rédigé, modifié et validé par un groupe de travail pluri-professionnel.

Projet initial

Mme Geneviève HAMON, Pédiatre, Foyer de l'Enfance, ANGERS ;

Mme Monique ICARD, Infirmière, Foyer de l'Enfance, ANGERS ;

Mr Daniel ROUSSEAU, Pédopsychiatre, Foyer de l'Enfance et Service de Pédopsychiatrie du CHU, ANGERS.

Groupe de pilotage

Mr Louis-Noël CATELAND, Pédiatre, chef du service de Planification Familiale et de Santé des Enfants Confiés, ANGERS ;

Mr Philippe DUVERGER, Professeur de Pédopsychiatrie, Service de Pédopsychiatrie, CHU et Faculté de Médecine, ANGERS ;

Mr Serge FANELLO, Professeur de Santé Publique, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, ANGERS;

Mr Dominique LE CLERC, Directeur Adjoint du Développement Social et de la Solidarité du Conseil Général, Maine et Loire ;

Mme Valérie GUILLIER, Médecin, Médecin de prévention et promotion de la santé familiale (PMI), ANGERS ;

Mme Paulette LEROY , Attaché du service de prévention et promotion de la santé familiale (PMI) , ANGERS ;

Mr Gildas MANCHEC, puis Mme Frédérique COQUELET, Chefs du service A.S.E., ANGERS ;

Mr Daniel ROUSSEAU, Pédopsychiatre, Foyer de l'Enfance et Service de Pédopsychiatrie du CHU, ANGERS;

Mme Odile SAMPEUR, Sous Directrice Enfance Jeunesse, Direction du Développement Social et de la Solidarité du Conseil Général, Maine et Loire.

Participants

Responsables de l'anonymisation:

Mr Louis-Noël CATELAND, Pédiatre, chef du service de Planification Familiale et de Santé des Enfants Confiés, ANGERS ;

Mme Paulette LEROY , Attaché du service de prévention et promotion de la santé familiale (PMI) , ANGERS.

Remplissage des questionnaires

Mme Catherine ALAIN, Médecin, Association APIJ, Etablissement Cassiopée, CANDE ;

Mme Rose-Marie BAZILE; Educatrice de l'équipe ASE, SAUMUR ;

Mr William BELLANGER, Médecin, pouponnière des Tourelles, SAUMUR ;

Mme Edith BRETECHER, Chef de service éducatif des Mini-Tourelles, SAUMUR ;

Mme Nicole CHENNEBAULT, Pédiatre, Foyer de l'Enfance, ANGERS;

Mme Anne CHESNEAU, Médecin de prévention et promotion de la santé familiale (PMI), ANGERS ;

Mme Bernadette CHIMIER, Responsable du service petite enfance du Centre Maternel, ANGERS

Mr Hugues DANRE, Chef de service éducatif des Tourelles, SAUMUR ;

Mme Stéphanie DE BLASIIS, Educateur du service de l'ASE, SAUMUR ;

Mme Anne-Françoise DE CATHELINEAU, Médecin de prévention et promotion de la santé familiale (PMI), SAUMUR ;

Mme Agnès FOUQUE, Assistant social de l'équipe ASE, SAUMUR ;

Mr Mickael FRADIN, Educateur spécialisé, Association APIJ, Etablissement Cassiopée, CANDE ;

Mme Marie-José FRANCOIS, Assistant social de l'Equipe ASE, SEGRE;

Mme Claudine GOTTLE, Médecin de prévention et promotion de la santé familiale (PMI), CHOLET ;

Mme Micheline HAAG, Assistant social de l'équipe ASE SAUMUR ;

Mme Monique ICARD, Infirmière, Association APIJ, Etablissement Cassiopée, CANDE ;

Mme Cécile LETELLIER, Médecin de prévention et promotion de la santé familiale (PMI), ANGERS ;

Mme Rachel LOUIS, Equipe spécialisée ASE, SEGRE ;

Mme Catherine MANDIN, Puéricultrice de prévention et promotion de la santé familiale (PMI), CHOLET ;

Mme Cécile MASSON-BELLANGER, Médecin, Foyer de l'Enfance, ANGERS;

Mme Martine MAUDET, Psychologue, secteur enfants des Tourelles, SAUMUR ;

Mme Christelle PLOQUIN, Educateur de l'équipe ASE, SEGRE ;

Mme Séverine PINCHON Puéricultrice du service petite enfance du Centre Maternel, ANGERS

Mr Jacques RAGEAU, Médecin ; Maison d'Enfants à Caractère Social des Tourelles, SAUMUR ;

Mr Daniel ROUSSEAU, Pédopsychiatre, Foyer de l'Enfance et Service de Pédopsychiatrie du CHU, ANGERS;

Mr Claude ROYER ; Educateur, Adjoint au responsable de circonscription, SAUMUR ;

Mr Damien TELLIER Educateur spécialisé de l'équipe ASE ANGERS;

Groupe de travail

Mr Philippe DUVERGER, Professeur de Pédopsychiatrie, Service de Pédopsychiatrie, CHU et Faculté de Médecine, ANGERS ;

Mr Serge FANELLO, Professeur de Santé Publique, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, ANGERS;

Mme Elsa PAROT-SCHINKEL, Interne de Santé Publique, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, ANGERS;

Mr Daniel ROUSSEAU, Pédopsychiatre, Foyer de l'Enfance et Service de Pédopsychiatrie du CHU, ANGERS;

Mme Odile SAMPEUR, Sous -Directrice Enfance Jeunesse, DDSS, Conseil Général du Maine et Loire ;

Mr Philippe SIRIOT, Educateur, Appui technique Aide Sociale à l'Enfance, ANGERS.

Mr Louis- Noël CATELAND, Pédiatre, chef du service de planification Familiale et de Santé des Enfants Confiés, ANGERS ;

Groupe de rédaction et de relecture

Mme Elsa PAROT-SCHINKEL, interne de Santé Publique, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, ANGERS;

Mr Louis-Noël CATELAND, pédiatre, chef du service de planification Familiale et de Santé des Enfants Confiés, ANGERS ;

Docteur Daniel ROUSSEAU, Pédopsychiatre, Foyer de l'Enfance et Service de Pédopsychiatrie du CHU, ANGERS;

Mr Philippe SIRIOT, Educateur, Appui technique Aide Sociale à l'Enfance, ANGERS.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Les statistiques annuelles de l'Observatoire Décentralisée de l'Action Sociale (ODAS) sur le site <http://www.odas.net/>
- (2) « 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.
- (3) « 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, Agnès Duliège-Muet, Nantes, 1998.
- (4) La santé des enfants en danger. Etude de Santé Publique de 2000 en région parisienne (départements 77, 92, et 95).
- (5) Rapport sur l'observation des conditions de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs relevant du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance des Yvelines disponible à l'adresse : http://www.cg78.fr/actionso/schema/documents/EF_trait.pdf
- (6) « Les établissements et services pour enfants et adolescents en difficulté sociale » Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Statistiques, N°48, Février 2003
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat48.htm>
- (7) Rapport de l'Observatoire National de l'Action Sociale décentralisée – Protection de l'enfance – Observer évaluer pour mieux adapter nos réponses – Rapport 2005 consultable sur <http://www.odas.net/>
- (8) Données du recensement 2004 : http://www.INSEE.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP956.pdf
- (9) « Quelles données recueillir pour améliorer les pratique professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de un an » Anne TURSZ INSERM CERMES septembre 2005 Résumé http://www.gip-recherche-justice.fr/recherches/syntheses/137-morts_nourrissons_tursz.pdf
Texte intégral http://www.gip-recherche-justice.fr/recherches/syntheses/137Rap-mort_nourrissons_tursz.pdf

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.

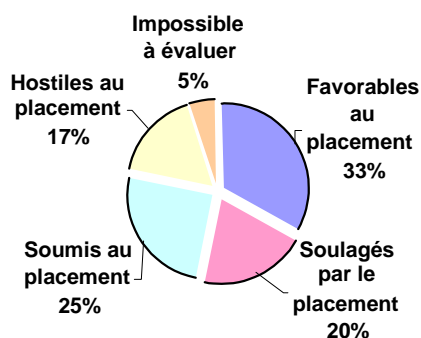
Leur état de santé global était caractérisé par de nombreuses pathologies, souvent communes, et surtout, par une carence de soins associée pourtant à une forte consommation médicale.

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

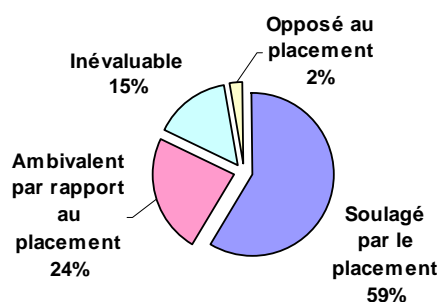
4) Appréciation subjective du placement

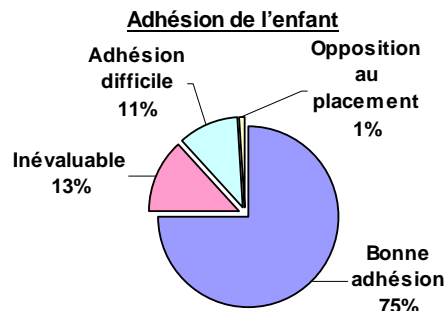
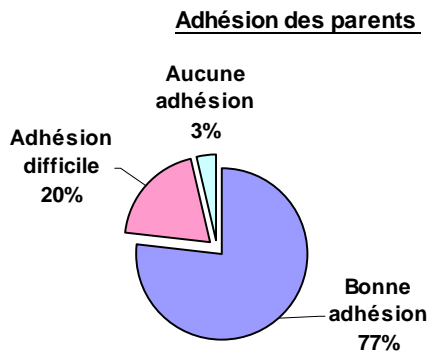
Il apparaît que globalement les parents acceptent le placement, les enfants y adhèrent et les professionnels l'approuvent.

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 ;