

Etude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire



**Rapport N°15
Octobre 2009**

Etude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire

Une étude du :



**Développement Social et Solidarité
Direction Enfance Famille
et
Direction de l'Action Sociale Territoriale**

Conduite par le :
CAREPS

Martine CHARREL, Marie-Claire BEAUVAIS, Eric DA SILVA

Comité de Pilotage :

Madame MARTIN, Vice-Présidente Enfance Famille du Conseil Général de Maine et Loire, Madame ADRIEN, Directrice adjointe du DGA, Monsieur GABORY, chef du service ASE, Madame SAMPEUR, directrice enfance-famille, Monsieur CATELAND, conseiller technique santé, Madame HUAU, ASE, Monsieur ROUSSEAU, pédo-psychiatre Village Saint Exupéry, Monsieur SIRIOT, appui technique ASE

Cette étude a été réalisée grâce à la collaboration des professionnels de circonscriptions :

Angers Ouest, Angers Centre, Beaupréau, Saumur, Doué-La-Fontaine, Cholet Est

Des services de l'aide Sociale à l'Enfance et du Service Accueil Enfance

Des établissements d'accueil

Du Conseiller technique santé

et de l'ensemble des usagers qui ont participé à cette étude

Sommaire

Synthèse	p. 1
Conclusions	p. 9
Propositions	p. 11
Résultats détaillés	p. 12
Objectifs	p. 13
Méthode	p. 14
Résultats	p. 16
I. Participation	p. 17
<i>I.1. Les exclusions et refus</i>	<i>p. 17</i>
<i>I.2. Représentativité de l'échantillon</i>	<i>p. 18</i>
<i>I.3. Participation</i>	<i>p. 18</i>
II. Biographie	p. 20
<i>II.1. Historique du parcours</i>	<i>p. 20</i>
<i>II.2. Caractéristiques du 1^{er} placement</i>	<i>p. 22</i>
<i>II.3. Antécédents personnels et familiaux</i>	<i>p. 24</i>
<i>II.4. Situation actuelle</i>	<i>p. 26</i>
III. Vie sociale et relationnelle	p. 31
<i>III.1. Vie relationnelle</i>	<i>p. 31</i>
<i>III.2. Relations et liens avec la famille</i>	<i>p. 34</i>
<i>III.3. Scolarité et formation</i>	<i>p. 36</i>
<i>III.4. Epanouissement général</i>	<i>p. 39</i>
IV. Etat de santé	p. 40
<i>IV.1. Etat de santé global</i>	<i>p. 40</i>
<i>IV.2. Etat de santé psychologique</i>	<i>p. 42</i>
<i>IV.3. Etat de santé physique et somatique</i>	<i>p. 49</i>
<i>IV.4. Consommation de produits psycho-actifs, violences, mises en danger</i>	<i>p. 52</i>
V. Approche qualitative	p. 58
<i>V.1. La méthodologie des entretiens de groupe</i>	<i>p. 58</i>
<i>V.2. Les aspects qualitatifs du déroulement de l'enquête</i>	<i>p. 58</i>
Bibliographie	p. 69

Synthèse

L'étude confiée au CAREPS par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance du Maine et Loire s'inscrit dans le schéma de protection de l'enfance « 2005-2010 » et dans la continuité de l'étude de « 2002 - 2004 » réalisée auprès des parents et des enfants âgés de moins 12 ans placés à l'ASE.

Cette seconde étude à partir de regards pluriels des professionnels de l'institution, référents ASE, éducateur ou assistant familial, des usagers, adolescents et familles, et des médecins traitants avait pour objectifs de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des familles dont les enfants sont confiés à l'ASE ;
- décrire les modes de suivi éducatif et de scolarisation,
- confronter les résultats observés à ceux relevés dans d'autres études loco-régionales ou nationales,
- analyser les besoins insuffisamment couverts,
- analyser les besoins de coordination,
- dégager des orientations à privilégier ou à développer.

Méthodologie

Cette étude a démarré début 2008 par une première phase importante centrée sur la mise au point de la méthodologie, des différents questionnaires, la déclaration de l'étude à la CNIL et l'organisation de l'étude qui nécessitait une mobilisation importante des professionnels et des usagers.

Il s'agit d'une étude transversale c'est-à-dire, d'un échantillon constitué à un moment donné dans 7 circonscriptions (sur les 13 qu'en compte le département). Les informations ont été collectées avec 7 questionnaires adaptés aux interlocuteurs interrogés et à l'âge des enfants. Le recueil s'est étalé durant 6 mois entre octobre 2008 et avril 2009. De manière complémentaire à cette approche quantitative, une série d'entretiens individuels ou collectifs ont été réalisés pour apporter des éclairages complémentaires sur les informations recueillies, l'analyse du contexte, les pratiques et les politiques.

L'échantillon initial comprenait 547 enfants dont 57 ont été exclus conformément aux critères définis (pupilles, enfants avec délégation d'autorité parentale, accueils provisoires ou risques de déstabilisation de l'enfant). Tous les parents étaient sollicités et consultés pour donner leur autorisation expresse, 140 parents ont refusé. Le nombre d'enfants concernés par cette étude s'élève à 310 soit un enfant sur quatre parmi l'ensemble des 6-18 ans confiés à l'ASE de Maine et Loire. L'échantillon d'enfants constitué est représentatif de l'ensemble de ceux accueillis sur les critères de stratification retenus, âge et mode d'accueil.

La participation est très satisfaisante, différente selon les interlocuteurs sollicités, entre 92% pour les référents ASE et 99% pour la source administrative, 88% chez les adolescents, 78% chez les parents et 56% pour les médecins traitants. Les taux de retour sont homogènes pour les professionnels des services départementaux alors que la participation est un peu moins soutenue pour les plus adolescents (14-18 ans) et pour les enfants en établissement.

Biographie

Éléments d'histoire

Les enfants accueillis sont, pour la plupart, suivis depuis assez longtemps avec une première mesure prononcée près de 7 ans plus tôt en moyenne. L'antériorité de cette première mesure est logiquement plus importante pour les plus âgés, ceux pour lesquels on dispose d'un recul plus important, et pour les enfants accueillis en famille d'accueil (8,5 versus 5,4 ans en établissement). Un tiers des enfants n'a connu qu'un seul type de placement et un autre tiers, deux. Toutefois, une part importante (28%) a été accueillie au moins dans trois lieux (en moyenne 2,3 pour 1,9 dans l'étude ASE Parisienne de 1998).

Avant le 1er placement et sur la plan administratif, la moitié des enfants avait fait l'objet d'une information préoccupante (dont 22%, 2 et 11%, 3 et plus), plus souvent des garçons, tandis que pour un enfant sur cinq aucun signe d'alerte n'avait été formalisé ou enregistré. Toujours d'après cette source, pour beaucoup (1 enfant sur 4), d'éventuels signes de risque ou de danger ne sont pas connus ou enregistrés. L'existence d'un risque avéré formalisé par un signalement est mieux identifié par les services (89%) et, souvent préalable à un placement (70% avaient fait l'objet d'un signalement). Plus d'un enfant sur 6 avait l'objet de deux alertes, plus rarement de plus (3,6%). Le délai d'attente après signalement pour l'entrée dans un placement est pour un enfant sur 2 de 5 mois avec des délais plus longs pour les garçons, les 11-14 ans et les enfants finalement accueillis en établissement.

Les enfants sont, en première instance, autant orientés en MECS qu'en famille d'accueil, un peu moins vers le foyer de l'enfance. Des différences s'observent dans les orientations en fonction du sexe des enfants avec plus de filles, les plus jeunes et les plus âgées, en famille d'accueil tandis que les garçons vont plus en MECS. Les lieux d'accueil d'actuel sont relevés en continuité avec les orientations faites lors de l'accueil initial (1er placement).

Le motif de placement le plus fréquent correspond aux problèmes de défaillances parentales avec au second rang, les négligences lourdes et les violences physiques. Les circonstances associées à l'admission sont diverses et multiples mais là encore, les difficultés éducatives prédominent. La maladie essentiellement psychique d'un des parents, dont les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, concerne au moins un enfant sur deux.

Les parcours de ces enfants sont marqués de certains antécédents de santé à la naissance (2 fois plus d'antécédents périnataux, hospitalisations, maladies diverses) et d'antécédents sociaux familiaux (au moins 42% des enfants). Une perte importante de l'histoire médicale des enfants et donc des antécédents personnels et familiaux est à déplorer car au-delà de 9 ans, ces informations sont moins connues par les travailleurs sociaux, les médecins traitants.

Préalablement à l'admission actuelle, plus d'un enfant sur deux (beaucoup plus que dans l'étude ASE Parisienne de 1998) avait fait l'objet d'une aide éducative en milieu ouvert surtout judiciaire (47%) et, plus particulièrement, ceux actuellement en établissement.

Situation actuelle et contexte

La principale caractéristique des familles des enfants actuellement placés est l'importance des familles isolées (près de 4 fois plus qu'en population générale) avec des fratries souvent séparées. Beaucoup de mères, même isolées, sont en difficultés d'insertion souvent en lien avec des problèmes de santé. 44% des enfants ont un parent souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap physique (38%) ou problème psychique (21%) qui peuvent limiter leur autonomie.

L'ancienneté dans le placement actuel est en moyenne de 3 ans de plus grande amplitude en famille d'accueil (5,2 ans pour 1,2 en établissement). En fait, cette moyenne cache des disparités importantes, 62% des enfants séjournent depuis moins de 2 ans dans le placement actuel et, à l'inverse, 9% sont présents depuis plus de 10 ans. Parallèlement et en regard de ces durées de séjour, le turn-over des travailleurs sociaux dans les établissements est important avec 56% d'entre eux qui suivent les enfants depuis moins d'un an.

Les orientations ont été définies dans le cadre de concertations pluridisciplinaires pour 62% des enfants, souvent en lien avec l'urgence des situations (31%). Pour 73% des enfants, le placement actuel correspond à celui recommandé mais on observe un défaut d'enregistrement sur le plan

administratif à ce sujet puisque l'orientation décidée est assez peu connue (77% globalement et 68% en établissement).

Aucune situation n'est relevée en décalage entre l'orientation préconisée et le placement actuel mais des situations sont qualifiées de moins satisfaisantes en établissement (17%) et pour les enfants de moins de 14 ans.

Au moment de la décision, la majorité des parents (50%) dit avoir ressenti alors le besoin d'une aide alors que moins déclarent l'avoir vécu comme une contrainte (38%). Si les parents étaient souvent partagés à l'annonce de la décision, 41% de favorables et 55% d'hostiles, leur appréciation évolue favorablement sur le côté bénéfique de la mesure (70%). Les adolescents avaient eux le sentiment que leur parent étaient plutôt favorables (45%). Avec le recul, beaucoup restent indécis (29%) mais un jeune sur deux en fait un bilan positif (55%).

Les enfants sont perçus par les travailleurs sociaux comme plutôt coopératifs depuis leur arrivée dans le placement actuel, seulement 14% de réfractaires (opposés, très peu d'hostiles). Les situations semblent néanmoins appréciées différemment selon le type d'accueil, mieux acceptées en famille d'accueil qu'en établissement (91% versus 72%).

43% des parents se perçoivent comme associés aux décisions prises, plus ceux dont les enfants sont accueillis en établissement (50%), mais parfois de manière plus ponctuelle (30%).

Un jeune sur trois se dit satisfait de l'endroit où il vit presque essentiellement des adolescents en famille d'accueil (45%). Mais, ils préféreraient en plus grand nombre vivre ailleurs, dans leur famille (48%) ou dans un autre endroit (10%).

Vie sociale et relationnelle

Les travailleurs sociaux voient les enfants et les jeunes comme sociables (78%) pour un sur cinq plus renfermé. Ce portrait correspond à la manière dont se définissent les adolescents eux-mêmes alors que les référents ASE ont le sentiment que plus sont renfermés (37%) surtout les garçons.

Le réseau relationnel est moins bien apprécié, connu pour 87% des enfants par les travailleurs sociaux, 83% les référents ASE pour les enfants en établissement, 80% les parents. Pour 78% des enfants, les travailleurs sociaux savent que l'enfant a un pair à qui se confier, moins pour les référents ASE (66%). 85% des adolescents disent eux connaître un copain, un frère ou une soeur à qui ils peuvent se confier et 92%, un adulte. Des personnes diverses sont citées comme adulte de confiance avec un rôle important des assistants familiaux (44%), des éducateurs(35%), de la mère (34%), du référent ASE(30%) mais aussi des psychologues (27%).

Les travailleurs savent que 15% des 11-14 ans et 39% des 15-18 ans ont un petit copain ou petite copine. 39% des adolescents déclarent effectivement avoir une relation amoureuse et 50% ont déjà eu une relation sexuelle. A la question sur les moyens de prévention et de contraception, 15% des jeunes ayant eu des relations sexuelles disent n'avoir jamais utiliser de préservatifs et une jeune fille active sexuellement sur cinq ne recourt à aucun moyen de contraception. 7 jeunes filles ont pris une pilule contraceptive d'urgence (33%) et 4 ont été enceintes (19% des jeunes filles ayant eu des relations sexuelles soit 8% des 15-18 ans).

Beaucoup d'enfants ne pratiquent aucune activité sportive extra-scolaire (43%) et occupent leur temps libre seuls (34%).

Les deux tiers des enfants voient leur famille régulièrement, c'est à dire au moins mensuellement, cette relation est plus régulière que celle décrite dans l'enquête ASE Parisienne de 1998. Le maintien des liens avec la famille est plus fréquent pour les enfants en établissement (78%) que pour ceux en famille d'accueil (53%) avec alors, des visites plus espacées. Les rencontres sont globalement moins fréquentes avec l'avancée en âge des enfants. Rares sont les quasi-ruptures (entre 5% et 10% selon les sources). Les référents ASE ont une bonne connaissance des fréquences des visites. Ils relèvent souvent des angoisses plutôt modérées pour les enfants (1 enfant sur 3) surtout pour les plus jeunes et ceux placés en famille d'accueil. Si le lien familial est jugé important, assez bénéfique pour une majorité, il s'avère dommageable pour une part importante d'enfants (1 sur 5). Les adolescents expriment un bonheur à voir leur famille mais comme le décrivent les référents ASE sont pour un tiers d'entre eux angoissés à cette perspective. De leur côté, les parents portent une appréciation positive sur ces visites, peu percevant des effets négatifs. Mais, ils sont aussi près d'un tiers à éprouvé de l'angoisse ou de l'inquiétude à cette occasion. Des évolutions plutôt positives sont relevées par les

travailleurs sociaux avec plus de plaisir (28%), moins d'anxiété (36%) mais avec des réserves pour une partie des jeunes et des relations qui peuvent se dégrader. Les parents trouvent eux que les relations s'améliorent avec plus d'échanges. Ces relations restent pourtant empreintes de douleurs car 37% des jeunes disent penser rarement ou jamais à leur famille, 42% des 12-14 ans.

86% des enfants étaient scolarisés et 8% en formation. 17 enfants se trouvaient dans des situations particulières et n'étaient pas scolarisés (6%). Le niveau scolaire est considéré par les travailleurs sociaux et référents ASE, comme très bon ou bon pour 1 enfant sur 3, bien moyen pour 1 enfant sur 3, et pour plus d'un enfant sur 4 (entre 25% et 28%), pas bon, plus insuffisant pour les enfants en établissement (36% pour 23% en famille d'accueil). Les enfants sont souvent jugés en difficultés dans leur acquis (1 sur 5 en lecture, 1 sur 5 à l'écrit, 1 sur 4 en calcul). Si seulement, un enfant sur trois a connu une scolarité sans redoublement, on relève une faible connaissance par les travailleurs sociaux et les référents ASE du cursus scolaire (pour près d'un enfant sur trois). Pour la moitié des enfants, une évolution favorable de la scolarité ou de la formation est relevée. Une partie des enfants (46%) bénéficie d'une aide en soutien scolaire ou à la formation, plus en établissement (50%) mais assez peu globalement compte tenu des difficultés des enfants dans ce domaine. Les travailleurs sociaux pensent que les enfants sont plutôt contents d'aller à l'école (66%), sentiment moins partagé chez ceux en établissement (58%) puisque 35% n'aiment pas s'y rendre. Les adolescents jugent quant à eux leur niveau scolaire un peu meilleur mais leur motivation pour l'école est assez modérée (1 jeune sur 4 dit ne pas aimer aller à l'école), surtout les jeunes en établissement, les garçons et les 12-14 ans. Ils sont peu demandeurs de soutien scolaire (plus les 12-14 ans) et près d'un sur quatre aimerait continuer dans une autre voie.

Etat de santé

L'état de santé des enfants est jugé bon (87%), plutôt satisfaisant (55%) que très bon (33%), par les travailleurs sociaux, assez peu, médiocre ou mauvais (8%), bilan assez concordant avec celui fait par les médecins. L'appréciation de la situation sanitaire apparaît néanmoins moins bonne que celle des enfants dans l'enquête ASE de 1998. Les adolescents ont eux une meilleure appréciation de leur état de santé.

Sur le plan psychologique, beaucoup d'enfants présentent des troubles de l'anxiété (66%), instabilité (57%) et agressivité (35%). D'autres troubles sont également très présents comme les problèmes de langage (20%), des troubles de la conduite alimentaire (36%), des troubles du sommeil ou d'incontinence urinaire (26% des 6-10 ans). Les travailleurs sociaux savent que 5% des jeunes ont fait une tentative de suicide. Les référents ASE dressent un portrait assez proche de celui fait par les assistants familiaux et éducateurs mais les voient en plus grand nombre anxieux (79%), semblent moins identifier certains troubles (alimentaires, par exemple). Globalement, les référents ASE jugent que près d'un enfant sur 2 a un état de santé psychologique dégradé, médiocre (32%) ou mauvais (12%). Un enfant sur quatre présente un problème de santé psychique pour lequel la moitié suit un traitement régulier et les trois quart voient leur autonomie limitée. Pour les médecins, 54% des enfants présentent des troubles du comportement, surtout instabilité et agressivité ou impulsivité, et 32% un trouble du développement psychomoteur. Mais, référents ASE et médecins constatent des évolutions favorables depuis l'arrivée dans le placement actuel (52% de moins anxieux, 56% voient leur état psychologique s'améliorer dont 20% d'amélioration nette pour les travailleurs sociaux, 60% d'améliorations positives pour les médecins) avec des évolutions plus prononcées en famille d'accueil. Les troubles que décrivent les jeunes eux-mêmes montrent une bonne connaissance par les travailleurs sociaux des problèmes alimentaires, de sommeil en objectivant l'importance des prises de médicament pour le stress, l'anxiété (13% régulièrement) et pour le sommeil (10%). Par contre, on ne peut que souligner l'importance des idées suicidaires (11%), près de trois fois plus importante que dans l'enquête ASE Parisienne. Il en est de même pour les passages à l'acte, 14% ont déjà fait une tentative de suicide (dont 8%, plusieurs fois) et la moitié d'entre elles a donné lieu à une hospitalisation.

La qualité de vie appréciée chez les adolescents avec l'échelle de Duke utilisée dans le baromètre santé (Enquête INPES) confirme un score de santé mentale moins bon et un état d'anxiété plus fréquent chez ces jeunes qu'en population générale ce qui n'est pas le cas pour d'autres scores, santé physique ou santé sociale.

Le suivi psychologique est développé et apparaît quantitativement en prise avec l'importance des problèmes psychiques et psychologiques, 54% des enfants bénéficient d'un suivi, 29% par un psychiatre et 67% un psychologue. Le niveau de prise en charge est en fréquence comparable à celui

observé dans l'étude ASE Paris et dans celle sur les jeunes pris en charge par la PJJ. Il en est de même pour le suivi orthophonique, assez renforcé en comparaison à celui dispensé dans les deux études de référence (Paris et enquête PJJ). Des souhaits de prise en charge sont exprimés par les travailleurs sociaux pour ceux n'en bénéficiant pas actuellement, 40% par les travailleurs sociaux et 18% par les médecins en faveur d'un suivi psychologique, entre 9% et 15% de besoins selon les interlocuteurs pour le suivi orthophonique. Parallèlement, on peut souligner qu'une très large majorité (82%) des adolescents a consulté au cours de leur vie un psychiatre ou un psychologue. Peu de jeunes ne bénéficiant pas d'un tel suivi y seraient favorables (29%) mais nombreux sont ceux avec ou sans suivi en cours qui expriment un besoin d'écoute et de soutien (48%).

14% des enfants sont suivis pour un problème de santé important, maladie chronique ou handicap. 29% présentent des problèmes de vue et 5% d'audition. 26% sont connus pour avoir des problèmes dentaires ou gingivaux bien que l'état dentaire semble assez mal connu. Les référents ASE font un constat assez similaire, globalement en très légère sous-estimation pour tous les problèmes de santé physique sauf pour le dentaire, très largement méconnu (environ 50%). Chez les adolescents, beaucoup plus déclarent aussi des problèmes visuels (45%) et des problèmes concernant les dents ou les gencives (33%). Les problèmes de surpoids et d'obésité apparaissent globalement de même importance que pour d'autres jeunes, plus importants pour les grands adolescents. On peut, par contre, souligner l'importance des problèmes de retard statur pondéral plutôt modérés diagnostiqués par les médecins (14%).

Le suivi médical est qualifié de bon, 86% ont un suivi régulier, plus renforcé pour les plus jeunes. Environ un enfant sur dix n'en bénéficierait pas. Le suivi dentaire est, quelle que soit la source de déclaration considérée, assez insuffisant (entre 46% et 57%), différent selon le type d'accueil (64% pour les enfants en famille d'accueil pour 50% pour ceux en établissement) et souvent peu connu (18% chez les travailleurs sociaux à 47% pour les référents ASE). Entre 53% et 44% ont vu un ophtalmologue d'après les référents ASE et les médecins traitants, 22% ont bénéficié d'un dépistage auditif. Assez peu d'enfants suivent des séances de rééducation d'après la source médicale, 3,1% en orthodontie, 1,2% en orthoptie et 2,5% en kinésithérapie. 8% auraient besoin d'un suivi spécialisé.

Enfin, la couverture vaccinale est globalement bonne et meilleure qu'en population générale, insuffisante comme pour les autres jeunes contre l'Hépatite B, souvent inconnue pour les médecins traitants, surtout pour les enfants accueillis en établissement, avec le problème de la connaissance pour ces jeunes à plus long terme de leur état vaccinal.

Consommation de produits psycho-actifs, violences, mises en danger

Beaucoup de jeunes fument du tabac, 14% des 12-14 ans et 57% des 15-18 ans, surtout ceux en établissement (un jeune sur deux chez les 15-18 ans pour 26% en famille d'accueil). Cette consommation est observée comme plus importante, nombre de jeunes concernés et quantité de cigarettes fumées, qu'en population générale. Elle est pratiquement aussi élevée que celle enregistrée pour les jeunes pris en charge par la PJJ. Les jeunes déclarent des expérimentations et usages d'alcool et de cannabis mais ces consommations sont moins répandues que chez l'ensemble des jeunes. Les adultes, éducateurs, assistants familiaux et référents ASE, ont une assez bonne connaissance de ces consommations (8% de « ne sais pas » chez les travailleurs sociaux et 11% chez les référents ASE) mais ont tendance à les sous-estimer.

Les violences verbales sont perçues comme très courantes par les travailleurs sociaux et les référents ASE pratiquement autant envers des pairs (53%) que des adultes (44%) y compris pour les plus jeunes. Ces comportements concernent tout particulièrement les 12-14 ans et sont relevés comme plus fréquents dans les établissements. Les jeunes déclarent ou identifient moins souvent les violences verbales. Les violences physiques concerneraient un jeune sur cinq d'après les travailleurs sociaux et les jeunes eux-mêmes, surtout les garçons et les 12-14 ans. Les référents ASE déclarent plus d'incertitudes sur ce type de comportements (20% de « ne sais pas » pour les jeunes en établissement).

Les violences subies appréhendées par les travailleurs sociaux apparaissent aussi importantes en fréquence que les violences agies pour les insultes et les menaces (46%) et les violences physiques (21%). Les jeunes par rapport aux adultes déclarent moins subir de violences verbales de la part d'autres jeunes (35%) mais disent en endurer de la part d'adultes (22%). Ils situent au même niveau l'importance des violences physiques que les travailleurs sociaux et un jeune sur dix a le sentiment

d'être un « souffre douleur ». Les référents ASE plus encore que pour les violences agies semblent peu connaître ces vécus (30% de « ne sais pas »).

Les comportements de rupture ou de mise en danger sont importants. Ainsi, 16% des jeunes ont déjà fait une fugue depuis leur arrivée dans le placement actuel, près d'un jeune sur quatre en établissement (28% pour 6% en placement familial). Près de la moitié des adolescents (44%) déclare avoir déjà fait au moins une fugue dont les trois quart, deux. 10% de ces jeunes ont eu un accident ayant nécessité une hospitalisation d'au moins 24H.

Discussion

Cette seconde étude qui avait pour objectifs de connaître l'état de santé dans une acception large des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance vient conforter les principaux constats de celle réalisée en 2002-2004 auprès d'un échantillon d'enfants de moins de 12 ans.

La méthodologie utilisée est, rappelons le, une étude transversale qui permet de disposer d'une sorte de photographie à un moment donné. Celle-ci donne une image de la réalité autre que celle obtenue en s'intéressant, par exemple, aux seuls nouveaux arrivants, aux parcours des enfants de leur entrée à leur sortie ou, encore de ceux accueillis une année donnée, etc...

La présente étude a pour particularités de s'être appuyée pour chaque enfant sur des connaissances complémentaires remplies par des interlocuteurs distincts, éducateurs, assistants familiaux, référent ASE, source administrative mais aussi les parents et les jeunes eux-mêmes pour les plus grands. La mise en perspective de ces informations se révèle riche d'enseignements, peu sur des points de divergence, mais surtout sur le niveau de connaissance de certains sujets d'abord plus ou moins familier ou légitime selon les personnes. On peut citer, par exemple, les thèmes de la sexualité, de la contraception, du mal-être, du besoin d'écoute qui peuvent être difficiles à questionner, comme le montrent de manière qualitative les échanges avec des professionnels. C'est pour cette raison que les absences de réponse ou les incertitudes (les "non-réponses" ou les "je ne sais pas") à certaines questions ont une grande importance et qu'elles ne sont jamais exclues des résultats présentés. Cela signifie aussi que certaines observations faites peuvent se situer plutôt en deçà de la réalité.

Un autre objectif était de situer ces enfants par rapport à d'autres populations comparables, autres études transversales conduites auprès de jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance ou à la population générale. Cette analyse a été réalisée en mettant en parallèle dans la mesure du possible des constats émanant de mêmes sources, jeunes avec des jeunes, travailleurs sociaux avec des travailleurs sociaux. Mais les différentes méthodes d'investigation mises en œuvre pour les recueils de données, à partir de dossiers, auto-questionnaire ou interrogation en face à face, peuvent expliquer certains écarts. Enfin, si les résultats ont pu être comparés à tranche d'âges égale ou assez proche, ce n'est pas le cas d'autres variables tout aussi déterminantes comme le sexe, le mode d'accueil des enfants ou les niveaux socio-économique ou d'éducation des familles.

Comme toute étude, celle-ci n'a pas la capacité à rendre compte de la singularité de chacun des parcours des enfants ou de situations plus particulières comme, par exemple, pour les enfants atteints de maladie grave ou de handicap physique, psychique pour lesquels certaines questions étaient insuffisamment adaptées. Si cette étude permet de faire un certain nombre de constats qui peuvent donner lieu à des propositions, d'autres soulèvent, au final, plus des interrogations que des interprétations formelles.

Les faits saillants de l'analyse comparative

Des constats qui interrogent sur les modes de prise en charge :

- Les enfants accueillis en Maine et Loire avaient plus souvent fait l'objet de mesures judiciaires (AEMO) en comparaison aux études réalisées à Paris (47% dans le Maine et Loire pour 29% à Paris chez les 7-17 ans) et dans les Yvelines (38% dans le Maine et Loire chez les 6-18 ans pour 47% dans les Yvelines chez les 0-20 ans),
- Le nombre de placements par enfant est en moyenne plus élevé que celui observé dans l'étude Parisienne (2,3 en Maine et Loire pour 1,9 à Paris). On peut souligner que ce résultat s'observe dans un contexte où le taux d'enfants placés se situe lui-même au dessus de la moyenne et dans un département ne présentant pas d'indicateurs sociaux plus défavorables,
- Les antériorités de placement en famille d'accueil apparaissent comme plus longues pouvant laisser supposer des durées de placement de plus grande amplitude (5,2 ans dans le Maine et Loire pour les 6-18 ans pour 4,9 ans chez les 0-21 ans dans les Yvelines).

Le poids des difficultés sociales dans les familles des enfants confiés à l'ASE est connu comme facteur de risque mais questionne en comparaison à d'autres départements plus urbains, plus confrontés à des situations de précarisation sociale et économique :

- L'existence d'antécédents sociaux de placement des parents est sous-estimée ou méconnue d'un point de vue administratif posant le problème de la connaissance de ces situations par les travailleurs sociaux (de source administrative 18% des 7-17 ans sont connus pour avoir un de leur parent présentant un antécédent de placement dans le Maine et Loire pour 15% dans l'enquête Parisienne mais 50% des familles déclarent un tel antécédent dans le Maine et Loire),
- La proportion de familles monoparentales est particulièrement importante (50% des 7-17 ans sont concernés dans le Maine et Loire et 43% à Paris pour 13% des familles avec enfants en population générale dans le Maine et Loire) et l'insertion professionnelle des parents paraît faible y compris pour les mères isolées (48% des mères recherchent un emploi pour 10% de femmes 20-59 ans au chômage dans le Maine et Loire).

La présente étude vient conforter et étayer les résultats de la précédente étude réalisée en 2002-2004 dans le Maine et Loire qui montrait la surreprésentation de certains antécédents, périnataux des enfants et de santé psychique des familles :

- Les antécédents périnataux des enfants s'observent comme deux fois plus élevés qu'en population générale (16,3% d'enfants de poids inférieur à 2500 gr et 16,3% avec un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée pour respectivement 7,2% et 6,2% dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2003),
- Les antécédents d'addictions, alcoolisme ou toxicomanie, chez un des parents (24% des 6-18 ans selon les parents et 28% selon la source administrative dans le Maine et Loire pour 29% des 0-21 ans dans les Yvelines) et des problèmes de santé psychique en général (21% des parents déclarent avoir actuellement un problème de santé psychique et pour 27% des enfants à leur admission une maladie ou un trouble psychiatrique d'un des parents était spécifié) sont très fréquents.

La vie sociale et relationnelle de ces enfants pourrait sur certains points être plus développée. Le maintien du lien familial est important mais ces relations ne sont pas exemptes de difficultés. L'accès des jeunes à une éducation à la vie amoureuse ou sexuelle, à la contraception préalable au début de leur vie sexuée semble-t-il plus précoce ne semble pas optimum. Beaucoup d'enfants ont été confrontés à des difficultés scolaires, le niveau scolaire est assez moyen sans que le soutien et/ou l'aide au travail scolaire apparaisse en rapport avec ces constats.

- Une grande proportion d'enfants confiés dans le Maine et Loire voit régulièrement leur parent plus que dans d'autres départements (65% des 7-17 ans dans le Maine et Loire pour 45% des 7-17 ans dans l'étude Parisienne ou 28% des 0-21 ans dans les Yvelines). Mais on note aussi un lien à la famille qui suscite du plaisir mais de manière un peu plus modérée qu'à Paris (24% des 13-17 ans déclarent éprouver à l'occasion des visites « très plaisir » pour 50% de « beaucoup plaisir » à Paris).
- 35% des enfants occupent souvent leur temps libre seuls tout autant d'ailleurs que dans l'enquête Parisienne (33%),
- Ces jeunes avaient souvent un petit copain ou petite copine (32% pour 40% dans l'enquête Parisienne des 15-17 ans) et la moitié d'entre eux avait déjà eu des relations sexuelles soit plus que dans les autres études sur des publics ASE (41% dans le Maine et Loire pour 30% dans l'étude Parisienne des 13-17 ans mais moins que dans l'enquête auprès des jeunes pris en charge par la PJJ, 77% des 14-17 ans) ou qu'en population générale (26% des 14-15 ans et 38% des 17 ans pour 15% des 15 ans dans le Baromètre Santé INPES). Un accès à un moyen de contraception qui s'avère spécifique, essentiellement orienté vers le préservatif alors qu'assez

peu de jeunes filles prennent la pilule (38% des 15-17 ans ayant déjà eu des relations sexuelles dans le Maine et Loire pour 79% des 15-19 ans dans le Baromètre santé INPES). Autant que d'autres jeunes filles, elles ont recouru à une pilule contraceptive d'urgence (33% des 15-18 ans pour 30% des 15-19 ans dans le Baromètre Santé INPES) mais plus ont été enceintes et ont du recourir à une interruption volontaire de grossesse (61,2 pour mille dans le Maine et Loire pour un taux d'IVG estimé à 9,1 pour mille par la DREES en 2001).

- 48% des enfants ont redoublé, un enfant sur trois a un niveau scolaire assez moyen, résultats tout à fait comparables à ceux relevés dans l'étude Parisienne (respectivement 49% et 43%) mais le soutien scolaire y semble moins renforcé (45% concernés dans le Maine et Loire pour 67% à Paris des 7-17 ans).

Un état de santé globale perçu par les jeunes comme plutôt bon, plus difficile à apprécier, à situer par les travailleurs sociaux. Mais ces jeunes présentent toujours d'après les travailleurs sociaux de nombreux troubles psychiques notamment d'anxiété, des problèmes réguliers de sommeil en concordance avec l'anxiété exprimée par les jeunes eux-mêmes. Enfin constat fort préoccupant, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont importantes et plus fréquentes que pour d'autres jeunes dans des situations comparables.

- La proportion des 7-17 ans jugés anxieux s'élève à 15% (pour 10% dans l'enquête Parisienne). 17% auraient des problèmes réguliers de sommeil (pour 9% dans l'enquête Parisienne). Les jeunes ont un moins bon score d'anxiété et de santé mentale (score de Duke utilisé dans le baromètre santé INPES) qu'en population générale.
- Un jeune sur 6 déclare avoir assez ou très souvent des idées suicidaires (16% dans le Maine et Loire pour 4% dans l'enquête Parisienne des 13-17 ans, 14% dans le Maine et Loire pour 8% dans l'enquête PJJ des 14-17 ans). Les passages à l'acte concernent encore plus de jeunes puisque 16% ont déjà fait une tentative de suicide (pour 8% des 13-17 ans à Paris et 15% des 14-17 ans dans l'enquête PJJ).
- Parallèlement on peut noter qu'un jeune sur deux déclare avoir fait au moins une fugue au cours de sa vie (51% dans le Maine et Loire pour 25% dans l'enquête Parisienne des 13-17 ans, 52% dans le Maine et Loire pour 31% dans l'enquête PJJ des 14-17 ans) et que les travailleurs sociaux ont été confrontés à ce type de passage à l'acte pour 16% des enfants depuis leur arrivée dans le placement actuel soit 26% de ceux en établissement.

Les suivis médicaux et psychologiques sont plutôt développés, avec des niveaux de prise en charge tout aussi importants que ceux observés dans des études conduites auprès de populations comparables. Les suivis dentaires semblent eux d'un niveau moins important :

- 56% des 7-17 ans avaient un suivi psychologique en cours (pour 52% des 0-20 ans dans les Yvelines) et 15% bénéficiaient d'un suivi orthophonique (pour 10% des 7-17 ans à Paris et 11% des 0-21 ans dans les Yvelines),
- Pour les travailleurs sociaux, 79% des 14-17 ans bénéficiaient d'un suivi médical régulier (pour 81% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ) ce qui serait le cas de 57% des enfants pour un suivi dentaire régulier soit seulement un jeune sur deux en établissement (50%). D'après les jeunes (13-17 ans), 55% ont consulté un dentiste dans l'année pour 84% dans l'enquête Parisienne (14-17 ans) et 62% dans l'enquête PJJ (14-20 ans).

Les jeunes consomment des produits psycho-actifs mais si leur consommation de tabac s'avère importante, les usages d'alcool et de cannabis sont d'un niveau comparable ou plus modéré que chez l'ensemble des jeunes.

- Parmi les 12-15 ans, un jeune sur trois fume du tabac dont les deux tiers quotidiennement (pour respectivement 9% et 5% aux mêmes âges dans le Baromètre santé INPES 2005),
- Chez les 15-18 ans, 17% déclarent avoir été ivres au cours des 12 derniers mois (pour 26% dans le Baromètre santé INPES) et 27% ont consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie (pour 31% dans le Baromètre Santé INPES).

Conclusions

Les professionnels assurant la prise en charge des enfants confiés à l'ASE sont régulièrement confrontés à des problématiques nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. C'est donc de cette manière que l'étude a été construite en intégrant la place des usagers, enfants et familles, permettant des éclairages complémentaires et, ainsi, une meilleure connaissance. Cette méthodologie s'avère importante et pertinente pour décrire les différentes dimensions, biographique, psychosociale et physique ou somatique.

Certains constats comme les placements d'enfants en l'absence de signes d'alerte préalables, l'importance d'antécédents d'AEMO judiciaires ou même encore, le poids des familles monoparentales **interrogent les mesures de prévention en amont auprès des familles en difficultés** et leur accompagnement, la complémentarité des actions ou des acteurs. La vulnérabilité des familles et, plus particulièrement, le poids de la précarité économique constituent des facteurs de danger pour les enfants observés en progression par l'ODAS¹. Mais si le département se voit naturellement concerné par ces évolutions, le Maine et Loire ne présente pas une situation très défavorable (les indicateurs sur sociaux RMI, API, AAH, CMUc ou sur la part des familles monoparentales ou sur le chômage sont bien inférieurs à la moyenne nationale²) alors que le taux d'enfants placés dans le département se situe au dessus de la moyenne.

D'autres résultats renvoient tout autant à **des questions sur les orientations et les parcours**. C'est en particulier le cas pour le nombre de placements qui paraît plus élevé et/ou les durées de placement qui semblent plus longues. L'étude ne permet pas réellement d'étayer l'interprétation de ces résultats qui peuvent découler de différentes causes (aller-retour entre l'institution et les familles, adéquation des orientations, disponibilité de l'offre) et sans connaissance non plus des raisons de ces changements.

Comme la précédente étude le montrait mais aussi d'autres travaux, les antécédents familiaux qu'ils soient sociaux, de santé psychique ou physique sont prévalents. Ce résultat met en exergue **l'importance du travail de prévention en direction des familles, de la nécessaire coordination des acteurs**, dans le domaine des soins psychiques adulte/enfant, de la périnatalité et de la petite enfance suivi de grossesse/services de maternité/de pédiatrie.

Les autres conclusions formulées bien que d'approches plus thématiques soulignent parfois la nécessité d'une approche plus globale car les niveaux de connaissance sont assez hétérogènes :

- **La scolarité peut être considérée comme un sujet, niveau scolaire ou cursus, faisant l'objet d'une connaissance et/ou d'une attention insuffisante(s)**. Il est difficile de ne pas faire le lien avec la question des relations au monde scolaire et des règles ou des pratiques usitées de circulation des informations sur l'enfant (carnet scolaire, participation à la vie de l'école,...). Celle-ci ne semble pas faire l'objet d'un véritable consensus que ce soit pour les professionnels de l'aide sociale à l'enfance (assistants familiaux, éducateurs, référents ASE) tout comme pour les professionnels de l'Education Nationale. Le niveau de soutien scolaire apporté aux enfants, hors suivi spécialisé par un orthophoniste, n'apparaît pas, par ailleurs, à la hauteur des difficultés scolaires, d'acquis de lecture, d'écriture ou de langage des enfants.
- **Une perte de l'histoire médicale de l'enfant** est déplorée. C'est le cas, en particulier, des antécédents périnataux qui sont, en l'absence de carnet de santé, non connus des médecins qui vont avoir à suivre un enfant. Ces problèmes posent aussi de manière générale le problème des suivis alors que le turn-over de professionnels, référents des enfants, éducateurs, est lui-même important.
- **Les problèmes de santé chez ces enfants sont fréquents surtout les problèmes psychiques** (développement psychomoteur, retard staturo-pondéral) **et les troubles psychologiques** (sommeil, anxiété, TS..). On ne peut que souligner l'importance des idées suicidaires et des passages à l'acte, tentatives de suicide mais aussi fugues, comportements violents. Ces troubles s'observent comme aussi fréquents que dans d'autres études conduites auprès d'enfants confiés à des services sociaux, parfois plus. Si l'histoire et les vécus douloureux des enfants peuvent expliquer ces résultats, d'autres facteurs tels l'influence des antécédents de problèmes psychiques des parents ne doit pas être occultée. Il s'agit bien, à travers ce constat, de prendre en

¹ La lettre de l'ODAS de Novembre 2007

² Source STATISS et INSSE (recensement 2006)

compte cette association qui s'observe aussi en population générale (Etude de la santé mentale d'enfants scolarisés en PACA de la Fondation MGEN et l'Université Paris V qui identifie la maladie mentale des parents comme facteur de risque de celle des enfants).

- **Le suivi médical apparaît comme bon alors que celui dentaire semble insuffisant.** La connaissance d'un suivi dentaire est d'ailleurs assez faible. La question posée sur ce sujet, abordée par les professionnels, est celle de l'accès à ce type de soins. Tout d'abord, le département de Maine et Loire dispose d'une offre assez réduite en dentistes (densité médicale de 49 pour 100 000 habitants pour 52 dans la région et 62 à l'échelle nationale) ce qui influe forcément sur son accessibilité, délai d'accès et accueil de nouveaux patients. Mais deux autres freins sont aussi cités, le type de couverture sociale parfois non acceptée par les médecins et la difficulté des soins dentaires pour des enfants.
- **Le soutien et le suivi psychologique semblent bien développés,** plutôt en phase avec l'importance des problèmes psychiques et psychologiques chez les enfants et les jeunes et d'un niveau comparable à celui dispensé dans d'autres départements par les services de l'ASE. Les psychologues, internes à l'institution sont bien repérés et apparaissent un soutien important pour les jeunes eux-mêmes, pour les adultes de l'entourage des jeunes et jouent un rôle important de relais avec les professionnels des institutions partenaires tels que les CMP. L'étude n'apporte pas d'informations sur la qualité des prises en charge et on ne peut dans ce domaine que relater des difficultés d'échanges entre professionnels de l'institution et des services de psychiatrie, non exemptes de besoins de connaissance réciproque. Même si la prise en charge est perfectible, sujet sur lequel cette étude ne peut apporter de réels éclairages, les conclusions sont d'un autre ordre. Ces enfants et ces jeunes présentent des problèmes psychologiques importants et on ne peut que recommander l'attention à apporter à la place de la prise en charge qui nécessite du temps et à concevoir, dans/hors institution, mais aussi à analyser en regard du **fort besoin d'écoute** (et non de prise en charge) exprimée par les jeunes.
- **La question de la dimension éducation pour la santé** en général, place donnée et accès à, avec des besoins importants et relatifs à différents sujets : sommeil, consommation de médicaments, alimentation et activité physique, tabac et produits psycho-actifs, hygiène dentaire et éducation à la vie amoureuse et sexualité, contraception. La plupart des sujets sont à mettre en relation avec les problèmes de santé somatiques cités par les adultes et les jeunes (sommeil, médicaments, hygiène dentaire, tabac). Celui de **la sexualité et de la contraception** mérite une attention toute particulière car les problèmes de contraception et leur origine, le choix possible d'un mode de contraception adaptée, ne sont pas sans conséquences graves pour toute mineure et d'autant plus pour ces jeunes. Rappelons qu'en France les interruptions volontaires de grossesses (IVG) restées assez longtemps assez stables sont en progression notamment chez les mineures. Au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être mises en place dans les collèges et les lycées mais en Maine et Loire, beaucoup d'enfants sont scolarisés dans le secteur privé (de l'ordre de la moitié), l'accès à ce type d'information peut être plus réduite, ces établissements n'ayant pas forcément de personnels infirmiers. Enfin, les professionnels rencontrés ont aussi souligné leur plus ou moins grande difficulté à aborder ce sujet, à savoir en parler, certains ont aussi évoqué des problèmes en lien avec la qualité de l'offre de certains centres de planification.
- **Le maintien du lien familial occupe une place importante** et paraît plus développé que dans d'autres départements mais la différence peut aussi s'expliquer par le fait que ces études sont pour certaines plus anciennes (en 1998 à Paris, 2002 dans les Yvelines). Pourtant les constats dans ce domaine sont assez ambivalents, plaisir mais angoisses, avec de nombreuses incertitudes sur les effets produits. Les référents ASE discernent des effets dommageables pour une part non négligeable d'enfants. Du côté des familles ces visites génèrent aussi des angoisses, des jeunes conservent des vécus douloureux (disent, par exemple, "ne jamais penser à leur famille").

Globalement les connaissances sont assez complètes pour ces enfants pour les différents champs investigués moins pour certains antécédents familiaux, mais parfois dans la complémentarité sur certains sujets. Certains aspects de la vie quotidienne semblent moins partagés et l'étude met en lumière certaines difficultés comme celles se rapportant :

- A la vision en interne pour **le suivi de l'enfant** et donc sur les informations à partager entre professionnels auprès de l'enfant. On peut citer la nécessité de connaître le cursus et le niveau scolaire de l'enfant, la connaissance de l'existence d'un carnet de santé et qui le détient, les suivis sanitaires déjà effectués, etc.
- Pour l'enfant et/ou sa famille, sur la connaissance ou celle qu'il gardera de son **histoire de santé personnelle, de sa scolarité,**

Propositions

Les conclusions de l'étude amènent donc à formuler les propositions suivantes :

- ✓ **renforcer le travail de soutien à la parentalité** pour les familles en difficultés qui passe par le développement, le renforcement des liens avec les professionnels intervenant auprès des familles notamment maternité, service de pédiatrie, psychiatrie adulte, des centres de soins spécialisés, ou, de manière plus générale avec les professionnels sociaux et de santé.
- ✓ **inscrire le suivi psychologique dans la durée** dans l'institution et en prévision de la sortie en lien avec le droit commun (hors institution).
- ✓ **prendre en compte l'énorme attente d'écoute de ces jeunes** de manière non professionnelle par les adultes auprès des jeunes et/ou de manière professionnelle en facilitant leur accès à d'autres lieux destinés aux jeunes (PAEJ, lieux d'écoute, MDA,..).
- ✓ **analyser les réponses apportées aux passages à l'acte, tentatives de suicide, fugues** qui sont particulièrement importants.
- ✓ **disposer d'un outil simple, visuel prenant en compte la notion des suivis** susceptible de permettre une prise en compte des éléments importants de la vie quotidienne, de santé (scolarité, carnet de santé, médecin traitant, suivi médical et dentaire, suivi psy., vaccinations .), qui n'apparaissent pas toujours les plus importantes dans des situations souvent complexes, en urgence, avec des problématiques lourdes et de leur suivi.
- ✓ **étudier la place donnée à l'éducation pour la santé**, à son accès pour les jeunes et, en particulier à **l'éducation à la vie sexuelle et à la contraception** et aux besoins des travailleurs sociaux dans ce domaine,
- ✓ **améliorer le suivi dentaire** qui semble se heurter à des problèmes d'accès pour lesquels les besoins se situent donc soit dans la **constitution d'un réseau informel de dentistes volontaires, soit plus formel** (par conventionnement),
- ✓ **réfléchir à la question des relations parent-enfant et ase/familles** qui semble complexe et poser des problèmes sans que les résultats de cette étude soient en mesure d'apporter des éléments concluants sinon ceux amenant à considérer qu'il s'agit d'un sujet méritant un approfondissement,
- ✓ **permettre aux enfants de connaître, de s'approprier des éléments de leur histoire** comme leur scolarité, le suivi de leur santé (médecin traitant, spécialistes,..) à faire aussi en lien avec les parents qui connaissent peu certains sujets (scolarité, vie relationnelle,..).
- ✓ **cibler la tranche d'âge des 11-14 ans qui cumulent de nombreuses difficultés** (scolaires, violences, relations à la famille, troubles du langage,..).

Résultats détaillés



Objectifs

L'étude confiée au CAREPS par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance du Maine et Loire s'inscrit dans le schéma de protection de l'enfance "2005-2010" et dans la continuité de l'étude de "2002 - 2004" réalisée auprès des parents et des enfants âgés de moins de 12 ans placés à l'ASE.

Le schéma départemental de protection de l'enfance 2005-2010 s'articule autour de trois grandes orientations :

1. Développer la coopération entre les acteurs et renforcer le travail en réseau pour répondre au plus près aux besoins des enfants et de leurs parents.
2. Diversifier les réponses de protection en offrant des approches ajustées sur les besoins et prendre en compte les problématiques spécifiques.
3. Renforcer la prévention et intervenir le plus en amont possible pour aider les parents et leurs enfants.

Afin de développer les coopérations entre acteurs, un axe intitulé "pilote ensemble le dispositif de protection de l'enfance" (axe n° 5) identifie la nécessité de conduire une étude pour mieux connaître l'état de santé des enfants confiés à l'ASE (fiche projet n°30).

L'étude épidémiologique menée en 2002-2004 auprès des enfants de l'ASE âgés de moins de 12 ans montrait, notamment :

- une sous évaluation très importante des signes de souffrance psychiques des enfants avant le placement et une proportion importante d'enfants en souffrance psychique (34%) au moment de l'enquête ;
- un cumul des symptômes médicaux pointant des indicateurs à prendre en compte dans le dépistage (retard vaccinal, carence de soins, caries dentaires, retard du développement global ou staturo-pondéral,...).

Parmi les propositions faites à l'issue de cette étude figurait celle de mener à moyen terme une autre étude de plus grande ampleur sur les mêmes thèmes.

C'est dans ce contexte que le Conseil général et le service d'Aide sociale à l'enfance du Maine-et-Loire a commandé en 2008 au Careps une étude portant sur les enfants âgés de 7 à 17 ans confiés à l'ASE. Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des familles dont les enfants sont confiés à l'ASE ;
- décrire les modes de suivi éducatif et de scolarisation,
- mieux comprendre et identifier les éventuelles situations à risque pour le public accueilli,
- confronter les résultats observés à ceux relevés dans d'autres études loco-régionales ou nationales,
- analyser les besoins insuffisamment couverts,
- analyser les besoins de coordination,
- dégager des orientations à privilégier ou à développer.

Méthode

I - Instance de pilotage, mise en œuvre et suivi de la mission

Le Comité de pilotage a été constitué afin de suivre toutes les étapes de la mission et de faire le point sur l'avancement de la mise en œuvre et sur la réalisation de l'étude dans les services. L'ensemble des documents mis au point pour l'étude ont été présentés, discutés et validés dans ce cadre.

Cette étude comportait deux volets, un volet principal quantitatif et un volet complémentaire, qualitatif.

Les objectifs de l'étude quantitative ont été affinés ainsi que la méthodologie dans le Comité de Pilotage. Une phase conséquente a été mise en place par les services du Conseil Général pour favoriser la meilleure compréhension possible par les professionnels des objectifs et s'assurer d'un déroulement satisfaisant pour tous.

Différents supports ont été ainsi réalisés :

- 1 support de présentation de l'étude pour les professionnels,
- 7 questionnaires (réfèrent administratif, réfèrent ASE, accueillant de l'enfant - assistant familial ou éducateur de l'établissement- pour les 6-11 ans et un pour les 12-18 ans, médecin, parent, jeune 12-13 ans ou 14-18 ans),
- 1 guide de l'étude pour les professionnels.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL qui a reçu un avis favorable. L'autorisation expresse des parents de chaque enfant a été sollicitée. Un anonymat complet des informations recueillies a été respecté vis-à-vis des enfants, des parents et des professionnels interrogés.

Une série d'entretiens individuels ou collectifs ont été réalisés de manière complémentaire à l'approche quantitative sur des aspects qualitatifs. Les professionnels et personnes à rencontrer ont été définis avec le comité de pilotage pour disposer d'éclairages visant à affiner certains constats.

II - Etude quantitative auprès des enfants

Echantillonnage

Un échantillon de 450 enfants âgés entre 6 et 18 ans a été constitué parmi les enfants accueillis dans 7 circonscriptions (Angers centre, Les Mauges, Saumur, Doué la Fontaine, Angers Ouest, Cholet Est, Couronne sud).

Le tirage au sort a été effectué à partir de la base de données administratives informatisée du service de protection de l'enfance avec deux critères de stratification, l'âge des enfants et le type de placement.

Questionnaires

Plusieurs thématiques sont explorées par les 7 questionnaires supports de l'étude :

- la dimension biographique (scolarité et/ou formation, parcours de l'enfant, antécédents familiaux, placements),
- la dimension psychosociale (état psychologique, conduites addictives, comportements violents, ruptures, mises en danger, vie relationnelle),
- la dimension physique ou somatique (santé physique, développement psychomoteur, alimentation, sommeil).

Ils couvraient donc différents champs et étaient adaptés en fonction de l'âge de l'enfant et de l'interlocuteur interrogé (travailleur social réfèrent/ administratif/ accueillant/ parent / jeune / médecin).

Les questionnaires comprenaient essentiellement des questions fermées.

Traitement et analyse

L'exploitation informatique et l'analyse statistique des données ont été réalisées avec le logiciel SPSS. L'interprétation des résultats est fait sur la base du calcul des tests statistiques usuels au seuil de significativité de 5% : χ^2 de Pearson pour les comparaisons de pourcentages (correction de Yates en cas de petits effectifs), analyse de variances pour les comparaisons de moyennes (test non paramétrique de Kruskal et Wallis pour les petits effectifs).

Les non-réponses ne sont pas exclues de l'analyse. En effet, l'hypothèse consistant à considérer que les non répondants auraient pu répondre de la même manière que les répondants ne semblait pas fondée.

III. Entretiens

Le 2^{ème} volet de l'étude comprend deux séries d'entretiens. La première série, constituée d'entretiens de groupes menés auprès de professionnels de l'ASE, qui fait l'objet d'un chapitre dans ce rapport. La 2^{ème} série d'entretiens visait à recueillir le point de vue institutionnel de diverses personnalités sur certains constats et les axes à développer pour améliorer le suivi de l'état de santé des enfants de l'ASE du Maine et Loire.

Les entretiens ont été réalisés en deux temps, une première série d'entretiens de groupe avec les professionnels de l'ASE, éducateur, assistant familial, référent ASE, adjoint de circonscription ou renfort recruté pour l'étude, et une deuxième série en fin d'étude pour affiner certains résultats et dégager des pistes de réflexion et/ou des propositions.

Cinq entretiens de groupe ont été organisés par la Direction Enfance Famille et la Direction de l'Action Sociale Territoriale et animés par le CAREPS. Une cinquantaine de professionnels ont ainsi été rencontrés :

- Groupe de professionnels des circonscriptions de Cholet Est, Doué la Fontaine, Saumur du 27 janvier matin composé de 3 référents ASE, 1 adjoint de circonscription, 2 renforts,
- Groupe de professionnels des circonscriptions de Angers centre, Angers ouest, Couronne sud et les Mauges du 27 janvier après-midi composé de 6 référents ASE, 2 adjoints de circonscription, 1 renfort, 1 secrétaire,
- Groupe accueillants du 3 février matin composé de 2 éducateurs, 1 responsable d'établissement, 5 assistants familiaux, 1 infirmière,
- Groupe accueillants du 3 février après-midi composé de 5 éducateurs, 5 assistants familiaux dont 1 couple, 1 référent de l'étude
- Groupe psychologue (une dizaine de participants),

En fin d'étude, 6 entretiens ont été organisés après présentation préliminaire des résultats en Comité de Pilotage. Ils avaient pour objets, sur la base des principaux constats, d'affiner/de rendre cohérentes les propositions ou pistes d'amélioration en fonction des orientations actuelles, stratégiques et politiques.

Dans ce cadre, les personnes suivantes ont été interviewées :

- Mme MARTIN Marie-Pierre, Conseil Général, Vice-présidente de la commission permanente, membre de la commission Développement Social et solidarité, membre de la commission des ressources et de l'évaluation des politiques publiques
- Mme GASTON-CARRERE, DGA Développement Social et de la solidarité, Direction de l'Action Sociale Territoriale (DAST)
- Mme SAMPEUR Odile, DGA, Développement Social et de la Solidarité, Direction Enfance et Famille,
- Dr GALLIEN et Mme ROY-PASQUIER (AS), Service de pédopsychiatrie
- M. Dr DENIS, service de psychiatrie adulte accompagné de l'assistante sociale et du cadre infirmier du service,
- Mme CATTEAU Marguerite, Assistante Sociale Conseillère technique, Mme DREVET Brigitte, Infirmière Conseillère Technique, Mme KERJEAN Paule Marie, Médecin Conseiller Technique, Inspection Académique de Maine et Loire

Résultats



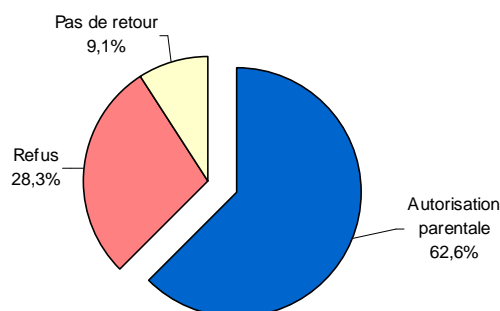
I - PARTICIPATION

I.1 - Les exclusions et refus

Parmi les 547 enfants âgés de 6 ans à 18 ans tirés au sort, 52 ont été exclus conformément aux critères préalablement définis correspondant à certaines situations : pupilles, enfants avec délégation d'autorité parentale, accueils provisoires de jeunes majeurs ou existence de raisons majeures (risque de déstabilisation) ou pour des causes plus factuelles (problème d'enregistrement dans la base administrative, enfant restitué à la famille).

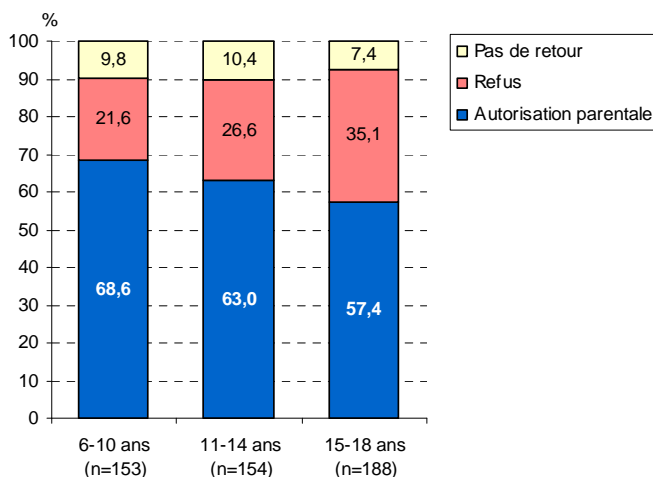
Parmi les 495 enfants résultant de l'échantillon initial, 310 (soit 63%) ont pu être inclus dans l'enquête suite au retour de l'autorisation expresse des parents. Pour 140 enfants, un refus oral ou écrit a été exprimé par l'un des deux parents. 45 autres enfants n'ont pas été inclus en de l'absence de réponse des parents après deux relances.

Réception des autorisations parentales (n=495)



Le refus exprimé des parents apparaît comme dépendant de l'âge des enfants. Il est plus fréquent pour les plus grands, 22% pour les 6-10 ans, 27% pour les 11-14 ans et 35% pour les 15-18 ans, sans lien observé avec le type d'accueil lui-même.

Réponses des parents à la demande d'autorisation expresse en fonction de l'âge des enfants (n=495)



Parmi les 140 refus, la plupart correspondent à des refus oraux (90%) c'est-à-dire formulés à un travailleur social sans que le motif soit connu et recherché par ailleurs. Ces refus oraux ont été exprimés en réponse à un deuxième courrier officiel de sollicitation.

Parmi ces refus oraux et pour 10 dossiers, une analyse des informations disponibles dans la base montre que les enfants concernés ne présentent pas des situations particulières (motif d'admission, caractéristique du placement, type d'accueil, antériorité de la première mesure ou du 1^{er} placement).

On observe parfois un désaccord entre parents avec un accord de la mère alors que le père n'y était pas favorable (5 cas).

I.2 - Représentativité de l'échantillon

L'échantillon d'enfants tirés au sort dans les 7 circonscriptions peut être considéré comme représentatif sur les caractéristiques d'âge et de type d'accueil de l'ensemble des enfants confiés à l'ASE dans le département de Maine et Loire qui compte 13 circonscriptions.

Distribution comparée par âge et type d'accueil de l'échantillon d'enfants et de l'ensemble de ceux confiés à l'ASE (septembre 2008)

Type d'accueil	Age	Echantillon (n=310)		Ensemble (n=1200)	
		n	%	n	%
Familles d'accueil	6-10 ans	57	18,4	234	19,5
	11-14 ans	48	15,5	193	16,1
	15-18 ans	36	11,6	134	11,2
Etablissement	6-10 ans	48	15,5	156	13,0
	11-14 ans	49	15,8	188	15,7
	15-18 ans	72	23,2	295	24,6

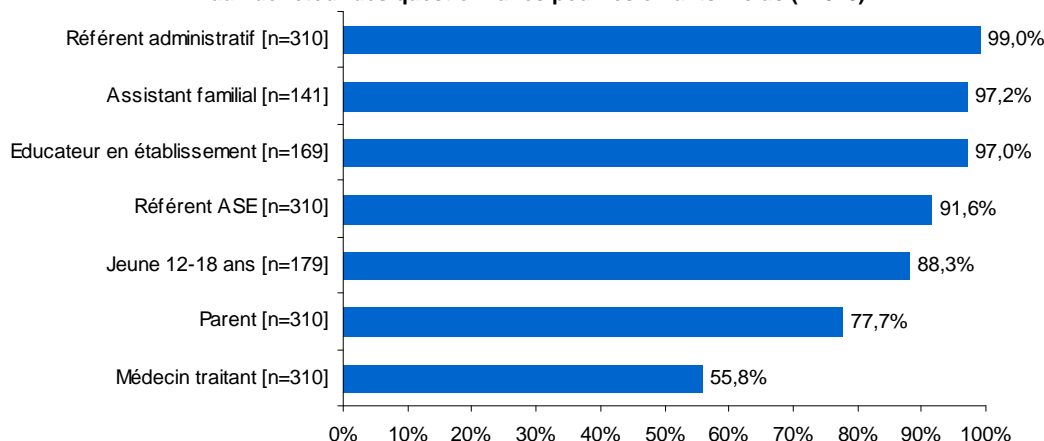
Khi-2 : p=0.90 / Khi-2 (distribution théorique) : p=0.84

L'échantillon d'enfants bien que plus réduit que celui initialement prévu (69% de réalisé) reste important avec près d'un enfant sur 4 concerné par l'étude. Un effectif moins important a surtout eu un impact sur le niveau d'analyse puisque au lieu de constituer 4 classes d'âge, 3 regroupements ont été faits. Ces classes d'âge correspondent, au final, à 3 niveaux scolaires, primaire, collège et en-deçà).

I.3 - Participation

La participation est très satisfaisante voire excellente avec des taux de retour qui varient pour les professionnels de 92% à 99%. L'adhésion des parents, sollicités par courrier avec des rappels de la part des professionnels auprès des non-répondants, est aussi conséquente avec un taux de participation de 78% de même que celle des jeunes, 88% des jeunes 12-18 ans ont rempli un auto-questionnaire. Les retours des médecins, traitant ou intervenant dans les établissements, sont moins nombreux mais la participation est quand même assez satisfaisante, 56%.

Taux de retour des questionnaires pour les enfants inclus (n=310)



La participation peut être considérée comme homogène selon l'âge des enfants pour les professionnels, référent administratif, ASE, assistant familial ou éducateur en établissement. Par contre, on enregistre des taux de retour des questionnaires différents selon l'âge pour les parents (84% pour les 6-10 ans, 78% les 11-14 ans et 71% pour les 15-18 ans), les médecins (respectivement 70%, 51% et 46%) et pour les jeunes eux-mêmes (94% chez les 11-14 ans et 84% chez les 15-18 ans). Les taux de participation sont globalement moins élevés avec l'avancée en âge des enfants. Rappelons que c'était aussi le cas des refus plus fréquents pour les plus grands.

Taux de retour des questionnaires selon l'âge des enfants-%-

Sources mobilisées	6-10 ans	11-14 ans	15-18 ans	Total
Réfèrent administratif	100%	99%	98%	99%
Réfèrent ASE	91%	91%	93%	92%
Assistant familial	95%	100%	97%	97%
Educateur en établissement	100%	96%	96%	97%
Médecin	70%	51%	46%	56%
Parent	84%	78%	71%	78%
Effectif total	105	97	108	310
Jeune 12-18 ans	-	94%	84%	88%
Effectif total des 12-18 ans	-	71	108	179

Il faut aussi noter une participation moindre pour les parents, les médecins et les jeunes eux-mêmes quand ceux-ci sont en établissement. Ce résultat peut s'interpréter de différentes manières, plus de difficultés d'organisation de l'enquête ou plus grande distanciation des personnes sollicitées. On peut penser à partir de l'analyse des retours, assez variables selon les circonscriptions, que ces effets se combinent.

Taux de retour des questionnaires selon le type d'accueil-%-

Sources mobilisées	Familles d'accueil	Etablissement
Référent administratif	99%	99%
Référent ASE	94%	89%
Travailleur social	97%	97%
Médecin	61%	51%
Parent	81%	75%
Effectif total	141	169
Jeune 12-18 ans	94%	84%
Effectif total des 12-18 ans	73	106

La comparaison des taux de réponses à ceux enregistrés dans les études réalisées à Paris³ montre une participation plus élevée soulignant l'intérêt de l'organisation mise en place en Maine et Loire et la mobilisation ainsi obtenue.

La majorité des jeunes a rempli sans trop de mal le questionnaire (49,4%, pas du tout, et 42,2%, un peu), seulement 5,8% se disant confronté à beaucoup de difficultés. Mais, l'aide au remplissage proposée assurée par un renfort ou un travailleur social auprès de l'enfant, a été bien mobilisée puisque 42,2% disent ne pas l'avoir rempli complètement seul. Certains (19,5%) ont été aidés pour certaines questions qui leur posaient problème et beaucoup l'ont rempli avec l'aide d'un adulte (33,8%) surtout les 12-14 ans (43,1%).

³Enquête ASE Paris

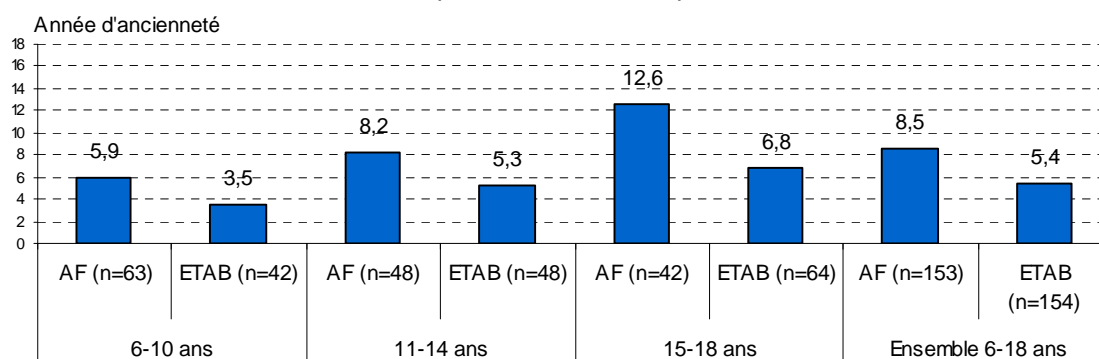
- Année 1998 : 90% des travailleurs sociaux, 100% des référents administratifs, 49% des médecins et 66% des jeunes
- Année 2003 : 82% des travailleurs sociaux, 88% des référents administratifs et, 63% des médecins pour les 5-6 ans
- Année 2003 : 72% des travailleurs sociaux, 85% des référents administratifs et 35% des médecins pour les 14-15 ans

II - BIOGRAPHIE

II.1 - Historique du parcours

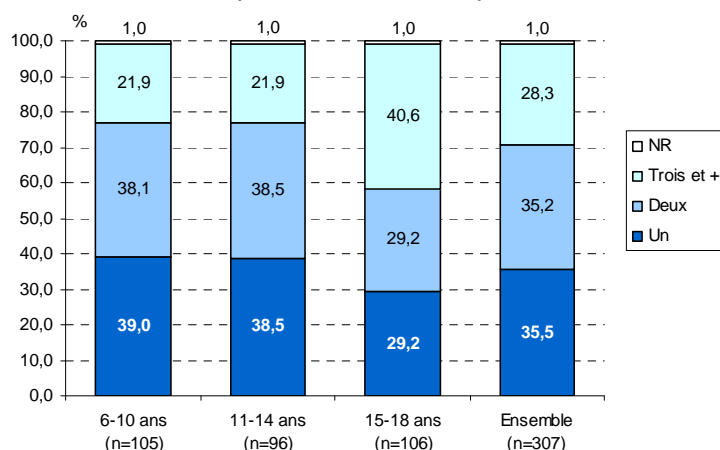
L'**ancienneté de la première mesure**, placement ou autre mesure, est en moyenne de 6,9 ans. L'antériorité s'avère fonction de l'âge des enfants (4,9 ans en moyenne pour les 6-10 ans, 6,7 pour les 11-14 ans et 9,1 pour les 15-18 ans) mais aussi différente en fonction du type d'accueil actuel avec une ancienneté nettement plus importante pour les enfants en famille d'accueil (8,5 ans pour 5,4 en établissement). Ce constat se vérifie quel que soit l'âge des enfants avec une différence encore plus marquée pour les 15-18 ans (8,5 ans en famille d'accueil versus 5,4 en établissement) laissant ainsi supposer une orientation plus systématique des jeunes enfants en famille d'accueil et/ou une plus grande stabilité des placements eux-mêmes.

Ancienneté moyenne de la 1^{ère} mesure en fonction de l'âge et du type d'accueil actuel
(Source : administrative)



Le **nombre de placements** pour les enfants varie de 1 à un maximum de 11, avec une moyenne de 2,3, sans différence significative selon le type d'accueil actuel. Le nombre de placement est un peu plus important pour les 15-18 ans (2,6 pour 2,1 pour les 11-14 ans et 2,0 pour les 6-10 ans). Cette moyenne est supérieure à celle enregistrée (différence significative), dans l'étude Parisienne de 1998 qui s'élevait à 1,9 placement (31% de 1 placement, 43% de 2 placements et 16% de 3 placements et plus. Dans les Yvelines(2002), la proportion de primo-arrivants était aussi plus importante et s'élevait à 40,1% pour 34,1% en Maine et Loire pour la même tranche d'âges (10-17 ans).

Nombre de placements par âge (n=307)
(Source : administrative)

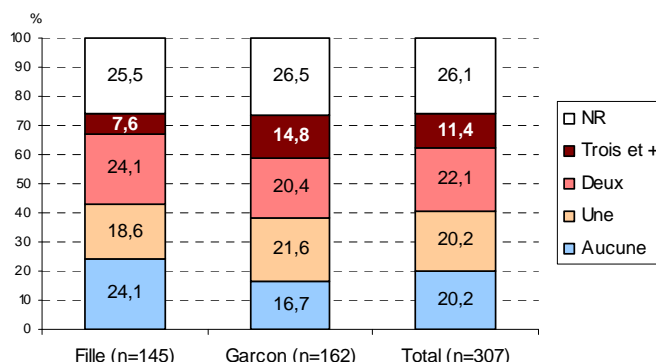


L'ancienneté de la 1^{ère} mesure et le nombre de placements sont deux informations parfaitement renseignées (99% des cas).

Avant le 1^{er} placement, un peu plus d'un enfant sur deux (53,7%) avait fait l'objet d'une **information préoccupante** et pour 20,2% d'entre eux aucun signe d'alerte n'avait été formalisé et/ou enregistré. Mais cette information n'est pas disponible de manière systématique, connue pour seulement les trois quarts des enfants (73,9%). Le nombre d'informations préoccupantes varie de 0 à 7, il est en moyenne de 1,4. Plus d'un enfant sur 5 (22,1%) avait fait l'objet de 2 informations préoccupantes et 1 enfant sur 10, 3 informations préoccupantes ou plus avant le premier placement.

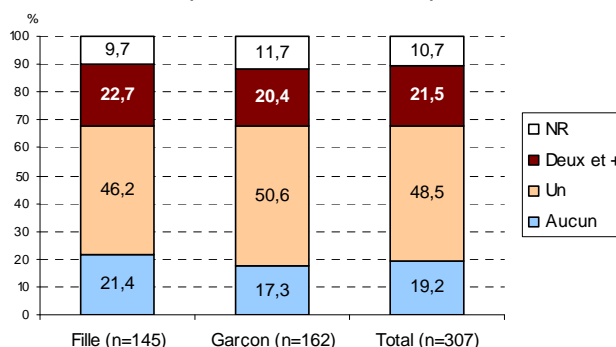
L'existence d'informations préoccupantes avant le 1^{er} placement varie selon le sexe des enfants. Plus de garçons avaient fait l'objet de repérages (1,6 en moyenne versus 1,2 chez les filles) sans différence notable selon l'âge ou le type d'accueil actuel. Mais il faut noter que cette donnée n'est pas disponible dans le dossier administratif pour un quart des enfants.

Nombre d'informations préoccupantes avant le 1^{er} placement par sexe
(Source : administrative)



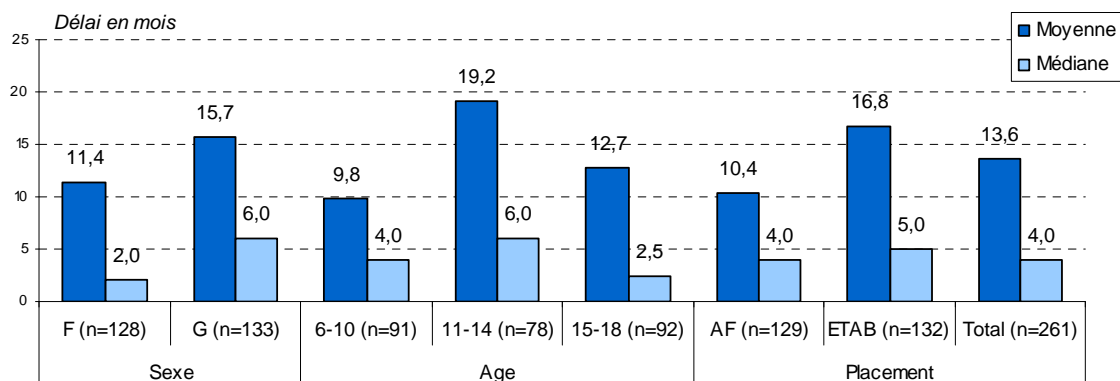
L'analyse du **nombre de signalements avant le 1^{er} placement** montre que cette information est déjà mieux connue (89,3% versus 73,9% pour les informations signalantes) bien que de manière non systématique. *Un enfant sur quatre n'avait fait l'objet d'aucun signalement avant le 1^{er} placement.* La moitié des enfants (48,5%) avait déjà été signalée en danger. Enfin, plus d'un enfant sur 6 (17,9%) avait fait l'objet de 2 alertes, assez rarement d'un nombre supérieur (3,6% de 3 à 7). On peut noter qu'à la différence des informations préoccupantes, il n'est pas relevé de différence sur le nombre de signalements selon le sexe des enfants.

Nombre de signalements avant le 1^{er} placement par sexe
(Source : administrative)



Le délai entre le 1^{er} signalement et le placement consécutif est connu pour 85% des enfants. Il est assez variable, entre 0 et 162 mois, en moyenne de plus d'un an (13,6 mois). Pour plus d'un enfant sur deux, le placement intervient au bout de 5 mois avec donc des délais beaucoup plus importants pour certains enfants. Ce délai s'allonge en moyenne pour les garçons (15,8 mois versus 11,5 pour les filles mais cette différence est non significative), pour les enfants âgés de 11 à 14 ans (19,2 mois pour 9,8 pour les petits et 12,7 pour les plus grands) et pour ceux accueillis en établissement (16,8 mois pour 10,4 en famille d'accueil).

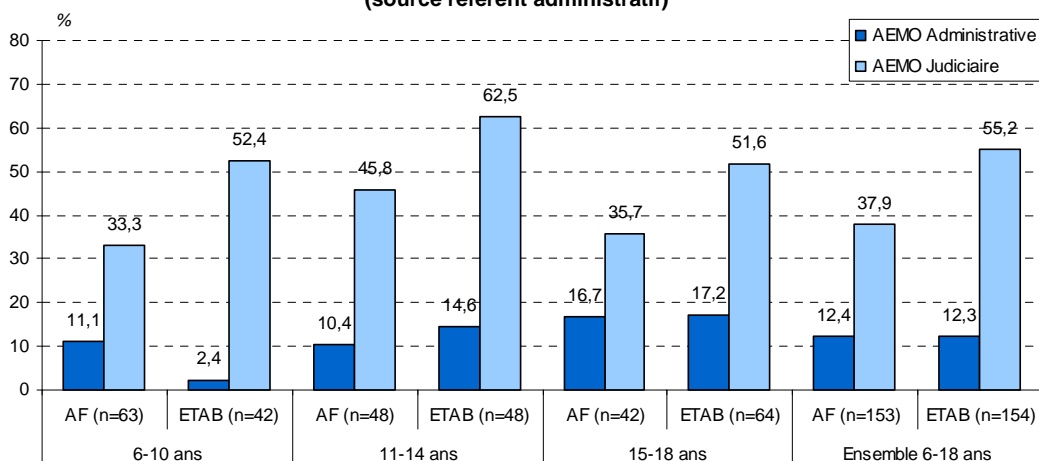
Délai moyen et médian entre le signalement et le placement par sexe, âge et type d'accueil
(Source : administrative)



Mesures antérieures au placement actuel

Préalablement à l'admission actuelle, 12,4%⁴ des enfants avaient bénéficié d'une aide éducative en milieu ouvert (AEMO) administrative. 46,6%⁵ des enfants ont été concernés par une AEMO judiciaire avant le placement actuel. Cette situation est près de deux fois plus fréquente que dans l'enquête Parisienne de 1998. C'est plus souvent le cas pour les 11-14 ans (54,2%) et ceux actuellement en établissement (55,2%). Globalement, 53,1% des enfants ont fait l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire. On peut d'ailleurs observer que plus d'enfants actuellement en établissement ont eu dans le passé une AEMO judiciaire, quel que soit leur âge, que chez les enfants en familles d'accueil au moment de l'enquête.

Pourcentage d'enfants ayant avant admission fait l'objet d'une AEMO administrative ou judiciaire par type d'accueil et âge (source référent administratif)



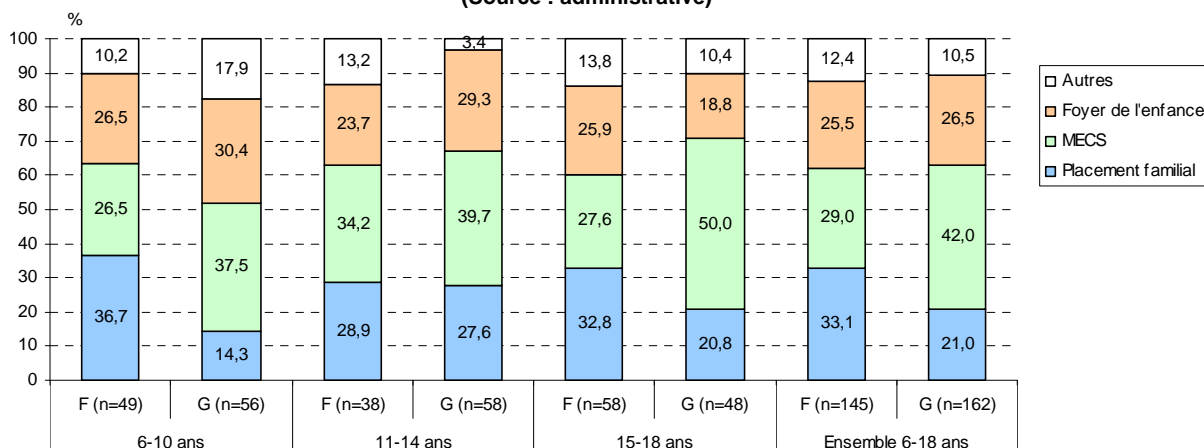
19 enfants ont été orientés vers la CDAPH soit 6,2% mais cette information est peu connue d'un point de vue administratif (pour 74,9% des enfants). Les problèmes relevés sont de différents ordres : des troubles du comportement (4 cas), troubles des apprentissages (5 cas), problèmes psychiatrique ou psychologique (3 cas), déficience (1 cas), problème neurologique (1 cas), épilepsie (1 cas).

II.2 - Caractéristiques du 1^{er} placement

Le premier lieu d'accueil est connu pour tous les enfants. Ils ont d'abord été accueillis en Maison d'enfants à caractère social (MECS), 35,8% d'entre eux. Les deux autres lieux de placement principaux à l'entrée sont le foyer de l'enfance (26,1% et une famille d'accueil (26,7%). Très rares sont les enfants orientés vers un placement spécialisé (0,7%) ou un lieu de vie (1,3%) mais pour 9,4% des enfants, l'orientation est, au final, autre que celle proposée.

L'orientation au 1^{er} placement est très différenciée selon l'âge et le sexe des enfants en dehors de toute analyse des capacités d'accueil sur les territoires ciblés. Les filles, les petites et les plus grandes, vont plus souvent directement en famille d'accueil et les garçons en MECS. Pour les 11-14 ans, les types d'accueil apparaissent tout à fait comparables pour les filles et les garçons.

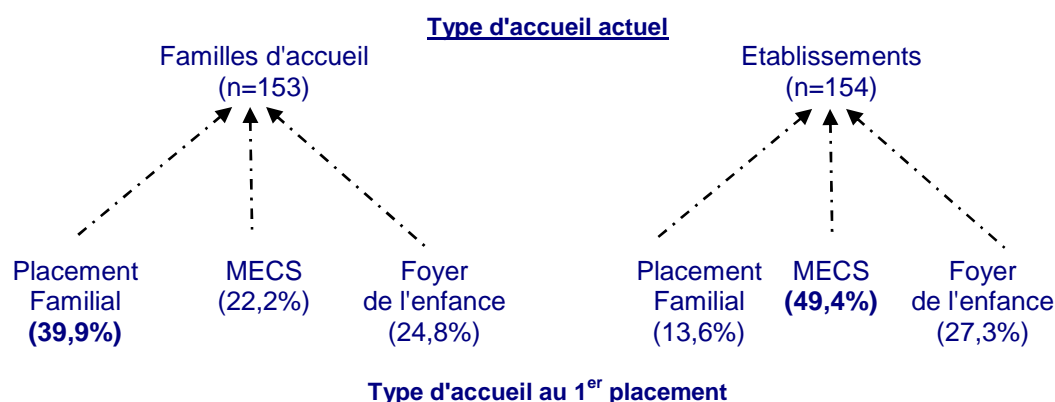
Type d'accueil au 1^{er} placement par sexe et par âge des enfants (Source : administrative)



⁴ 13,4% dans le Maine et Loire pour 8,1% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

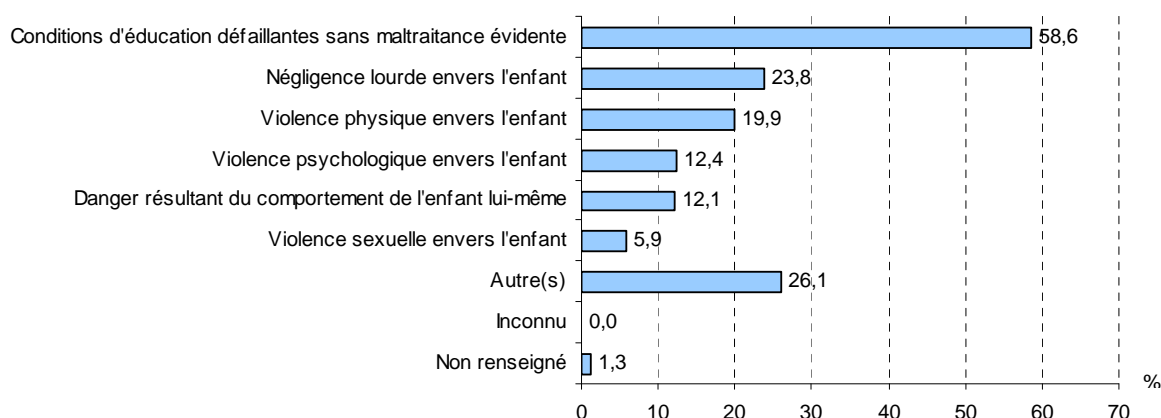
⁵ 47,1% dans le Maine et Loire pour 29,3% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

Une analyse succincte peut être faite sur le **parcours de l'enfant** en étudiant le type d'accueil en première instance en fonction du placement actuel. On observe une certaine constance dans les orientations. Ainsi 39,9% des enfants actuellement en famille d'accueil avaient été orientés vers ce type d'accueil et 49,4% de ceux en établissement l'avaient été en MECS. Mais cette interprétation mérite d'être modérée puisque faite sans ajustement sur l'ancienneté dans le placement.



Les motifs d'admissions sont pratiquement toujours renseignés (98,7%). Pour la moitié des enfants (51,5%), un seul motif est précisé, mais pour beaucoup, deux sont indiqués (38,6%). Parmi les motifs de placement, le plus fréquent correspond à des problèmes de défaillance éducative des parents sans maltraitance évidente (58,6%). Les négligences lourdes occupent le 2^{ème} rang (23,8%) pratiquement aussi fréquentes que les violences physiques (20,1%). Celles-ci s'observent un peu plus envers les garçons (22,8% pour 16,6% des filles) et pour les enfants d'âge médian (27,1% des 11-14 ans). Les violences psychologiques, moins importantes en fréquence (12,6%) concernent les mêmes caractéristiques d'enfants que les violences physiques, plus de garçons (14,2%) âgés de 11 à 14 ans (16,7%) sans toutefois que ces différences puissent être considérées comme significatives. La mise en danger résultant du comportement de l'enfant est plus une problématique d'adolescents (17,0%) bien qu'elle concerne aussi les plus jeunes (9,5%). Enfin, les violences sexuelles ont affectées 5,9% des enfants.

**Motifs d'admission au 1^{er} placement (%) - n=307 -
(Source administrative)**



Les circonstances associées à l'admission sont diverses et multiples. Au 1^{er} rang et en cohérence avec les motifs d'admission, on retrouve les difficultés éducatives des parents (69,8%)⁶ avec comme principale autre circonstance, les difficultés de couple (41,7%). La *maladie ou des troubles psychiatriques* d'un ou des deux parents sont souvent associés pour plus d'un enfant sur quatre (27%). L'*alcoolisme ou la toxicomanie d'un des parents* est présente pour tout autant d'enfants, 27,7%⁷. L'une de ces deux circonstances concerne 46,6% d'enfants alors qu'un problème de santé physique, maladie invalidante ou handicap, est un motif assez rare (3,3%)⁸. La précarité et les

Dans l'enquête ASE des Yvelines (2002) chez les 0-21 ans :

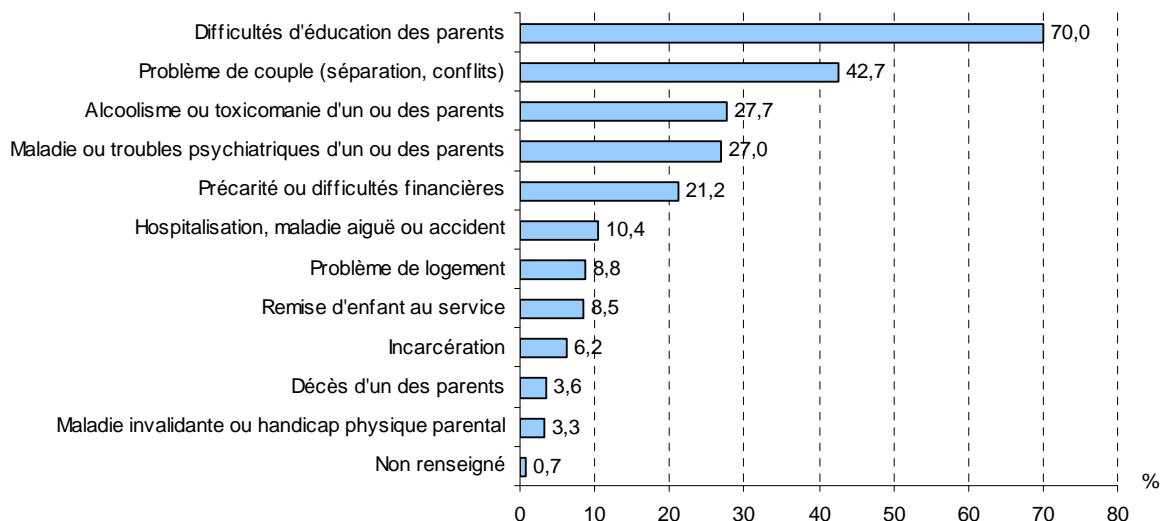
⁶ 72,5% d'enfants pour lesquels les carences éducatives sont citées comme facteur de danger

⁷ 29,0% d'enfants pour lesquels l'alcoolisme ou la toxicomanie d'un des parents est cité comme facteur de danger

⁸ 10,5% des enfants pour lesquels la maladie, le handicap ou le décès d'un des parents sont cités comme facteur de danger

difficultés financières touchent de nombreuses familles (21,2%)⁹ de même que les problèmes de logement (8,8%) soit 23,5% d'enfants concernés par des problèmes d'ordre socio-économique. D'autres problèmes peuvent être associés à l'admission d'un enfant comme des accidents de vie tels qu'une hospitalisation ou un accident (10,4%), le décès d'un des parents (3,6%) ou l'incarcération (6,2%). Enfin, 8,5% des enfants ont été accueillis suite à la demande des familles.

**Circonstances associées au 1^{er} placement (%) - n=307 -
(Source administrative)**



L'analyse ne permet pas de repérer des caractéristiques particulières des enfants en lien avec les circonstances associées mais le type d'accueil est lui différent dans certains cas. Les enfants dont les parents présentent un problème psychiatrique sont plus souvent accueillis en famille d'accueil (35,3% pour 18,8% des enfants en établissement) ainsi que ceux dont les parents sont incarcérés (9,2% versus 3,2%) et ceux remis au service par la famille (12,4% versus 4,5%).

II.3 - Antécédents personnels et familiaux

Ce chapitre est renseigné à partir de deux sources d'information, les parents (239 répondants) et les médecins (161 répondants).

Antécédents de santé

Les antécédents périnataux, prématurité ou petit poids de naissance, sont des informations bien renseignées par les parents (entre 93% et 94%). 16,3% des enfants sont nés avant 37 semaines d'aménorrhées et autant pesaient moins de 2500 grammes. Le taux de prématurité et le pourcentage de petit poids de naissance sont élevés, plus de deux fois plus pour ces enfants en référence aux indicateurs nationaux (6,2% de taux de prématurité en France métropolitaine et 7,2% de petits poids de naissance dans l'enquête périnatale de 2003¹⁰). Il n'est pas observé de différence en fonction du sexe mais ces taux sont plus élevés chez les plus jeunes, les 6-10 ans, avec vraisemblablement une meilleure connaissance de ce type d'antécédent (moins de non-réponses pour cette tranche d'âges).

Selon les parents, 12,1% des enfants ont été hospitalisés durant leur premier mois de vie avec une durée d'hospitalisation variant de 2 à 120 jours et une moyenne d'un mois (32 jours).

Près d'un enfant sur 4 (23,8%) a déjà été hospitalisé (après le 1^{er} mois) au moins une fois (en moyenne 2,8 fois).

Pour les médecins

- Les antécédents périnataux apparaissent comme peu connus puisque seulement 6,2%¹¹ indiquent un antécédent périnatal, grossesse pathologique, hypotrophie, prématurité ou dystocie. Mais ces problèmes sont surtout mieux identifiés pour les plus jeunes puisque ce taux s'élève alors à 12,9% chez les 6-10 ans (pour 2,2% chez les 11-14 ans et 0% chez les 15-18 ans).
- 3,1% des enfants présentent un trouble ou une pathologie d'ordre génétique.

⁹ 16,5% des enfants pour lesquels le chômage ou la précarité affectant la famille sont cités comme facteur de danger

¹⁰ Enquête nationale périnatale 2003, Ministère des solidarités de la santé et de la famille, INSERM

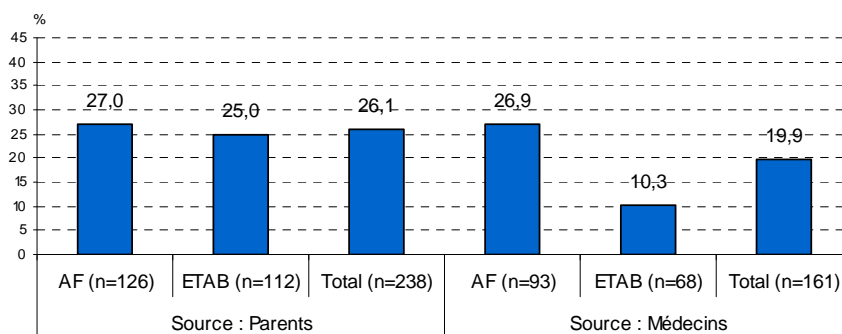
¹¹ 7,6% dans le Maine et Loire pour 8,0% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-12 ans

Antécédents familiaux de santé

Des antécédents d'addictions d'un des parents concernent de nombreux enfants au premier rang desquels l'alcoolisme (23,5%), la consommation détournée de médicaments (10,9%) ou de toxicomanie (4,6%). 26,9% des enfants ont un parent présentant un antécédent d'alcoolisme ou de toxicomanie, *résultat similaire à celui de l'étude conduite dans les Yvelines*¹².

Si globalement, un antécédent d'alcoolisme d'un des parents est connu pour 23,5% des enfants, on peut penser que ce résultat est vraisemblablement sous-estimé. En effet, les problèmes d'alcoolisme apparaissent comme plus fréquents chez les pères (30,6% avec une information connue seulement pour 44% d'entre eux) que chez les mères (18,1% mais avec une question mieux renseignée pour 97% d'entre elles). Les antécédents de toxicomanie ou de consommation de médicaments connaissent la même imprécision pour les pères avec en plus des taux de non-réponses à ces deux questions plus élevés, entre 9% et 16%.

Proportion d'enfants dont l'un des parents présente ou a présenté un problème d'addiction, alcool ou toxicomanie, selon les sources, parents ou médecins, par type d'accueil



Pour les médecins

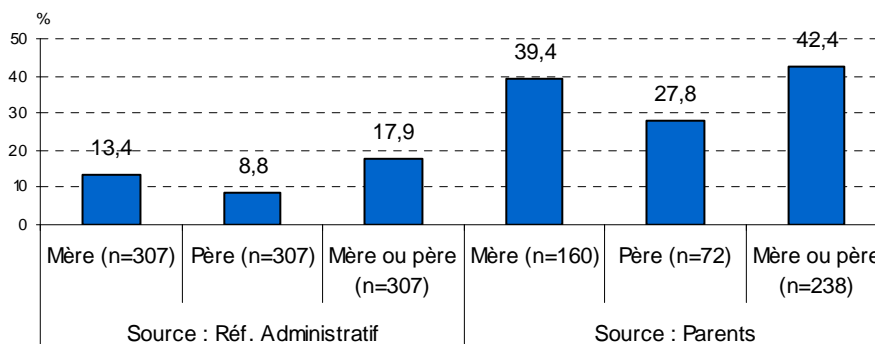
- Les médecins ont une assez bonne connaissance des problèmes d'addiction des parents pour les enfants en famille d'accueil puisque pour 26,9% des enfants, ils déclarent des antécédents maternels connus de toxicomanie ou d'alcoolisme. La connaissance de ces problèmes de santé des parents est indépendante de l'âge et du sexe des enfants.

Antécédents sociaux familiaux

Pour 34,5% des enfants accueillis, l'un des parents déclare avoir été placé dans un foyer durant l'enfance et 23,1% dans une famille d'accueil. Un antécédent d'accueil en établissement ou en famille d'accueil s'observe comme plus fréquent pour la mère (32,5% en foyer et 20,0% en famille d'accueil) que pour le père (18,1% en foyer et 18,1% famille d'accueil) avec les mêmes réserves sur la connaissance des parcours des pères (connus pour seulement 44% d'entre eux).

Globalement, 42,4% des enfants ont un parent qui a fait l'objet d'un placement en foyer ou en famille d'accueil. Pour 39,4% d'entre eux, leur mère était concernée, et pour 27,8%, leur père.

Proportion d'enfants dont la mère, le père ou l'un des parents a fait l'objet d'une mesure de protection de l'enfance selon les sources, parent ou administrative



¹²29,0% des 0-21 ans pour lesquels l'alcoolisme ou la toxicomanie d'un des parents est cité comme facteur de danger dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

Pour près d'un enfant sur trois (31,1%), l'un des parents déclare avoir vécu durant l'enfance des violences physiques, surtout la mère (37,5% pour 8,3% des pères), et 18,5% des violences sexuelles avec toujours plus de mères affectées (20,0% pour 6,9% des pères).

Ce type d'antécédent est particulièrement fréquent puisque à titre de comparaison, on peut citer les résultats de l'enquête réalisée à Paris où 15,2% des parents avaient connu un placement et 12,3% un antécédent de maltraitance. Mais, une meilleure connaissance de ces informations et/ou un enregistrement plus systématique plus de 10 ans plus tard (1998) peuvent aussi expliquer de tels écarts.

Du point de vue administratif

- Les antécédents d'une mesure de protection de l'enfance chez les parents sont peu renseignés (71,7% de ne sait pas pour la mère et 78,5% pour le père). Le fait qu'un des parents ait fait l'objet d'une mesure est connu pour 17,9% des enfants soit moins d'un enfant concerné sur deux.

Socialisation et scolarisation durant la petite enfance

39,7% des enfants accueillis ont fréquenté une crèche ou une halte garderie durant leur petite enfance surtout les plus jeunes (50,6% des 6-10 ans pour 40,8% des 11-14 ans et 26,3% des 15-18 ans). 22,2% ont été gardés par une assistante maternelle avec la même tendance selon l'âge (32,2% des 6-10 ans, 19,7% des 11-14 ans et 13,2% des 15-18 ans).

92,1% des enfants ont fréquenté une école maternelle à 2 ans et 9 mois en moyenne soit 6,7% d'enfants non scolarisés.

II.4 - Situation actuelle

Caractéristiques des familles

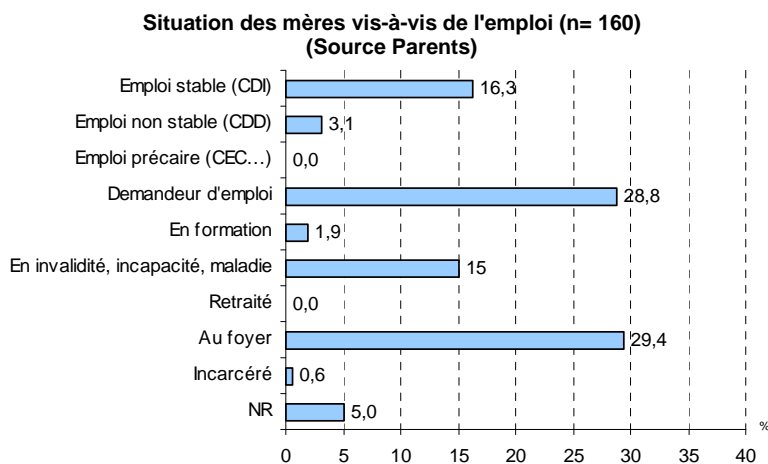
La principale caractéristique est l'importance des familles monoparentales (49,8%^{13/14} pour 17,4% en population générale dans les familles avec enfant(s) en Maine et Loire-INSEE-RP 2006) soit autant que celles formées d'un couple (49,0%) Les couples sont, la plupart du temps, constitués de familles recomposées (les deux tiers). Les familles composées des deux parents géniteurs représentent donc 16%.

Les familles comprennent plusieurs enfants avec une fratrie en moyenne de 3,7 enfants (1,87 enfants par famille avec enfant dans le Maine et Loire-INSEE/RP 2006) mais moins d'enfants vivent effectivement au domicile (en moyenne 1,1).

Peu de mères compte-tenu de leur âge (en moyenne 40 ans) sont des femmes actives :

- 48,2% dont les deux tiers sont en recherche d'emploi (11,2% des femmes âgées de 20 à 59 ans sont au chômage en Maine et Loire-INSEE/RP 2006, proportion en progression par rapport à 1999 qui s'élevait à 10,3%)
- 29,4% sont des femmes au foyer, 21,1% de celles vivant seules et 37,8% en couple.

Les mères sont, pour la plupart, en difficultés d'insertion professionnelle du fait de leur situation vis-à-vis de l'emploi (seulement 16,3% occupant un emploi stable et pérenne) ou d'un problème de santé (15,0% sont en invalidité, incapacité ou maladie).



¹³ La proportion de familles monoparentales dans l'enquête ASE Paris (1998) s'élevait à 42,9%

¹⁴ La proportion d'enfants 0-21 ans dont les parents vivaient seuls s'élevait à 32,0% dans l'enquête ASE des Yvelines (2002)

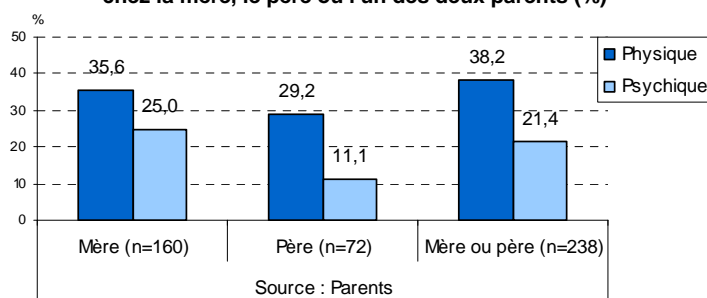
La situation des pères et pour ceux dont elle est connue (44%) est un peu meilleure sur le versant stabilité de l'emploi (33,3% en CDI) mais beaucoup sont aussi en situation précaire (26,4% sont à la recherche d'un emploi) ou connaissent des problèmes de santé (11,1%).

Tous ces parents disposent d'une couverture sociale (0,6% et 1,4% des pères sans couverture sociale). Une mère sur 2 relève de la CMUc (53,8% des mères et 36,1% des pères) qui leur assure l'accès à des soins de santé. Mais, ce constat souligne aussi la faiblesse des revenus des familles. Enfin, une part importante de parents ne bénéficie pas de complémentaire santé (10,6% des mères).

Problèmes de santé des parents

Les parents des enfants souffrent fréquemment d'un problème de santé physique (35,6% des mères, 29,2% des pères et 38,2%¹⁵ l'un des deux parents) ou d'un problème psychique (25,0% des mères, 11,1% des pères et 21,4% l'un des deux parents¹⁶) nécessitant un suivi médical régulier. En prenant en compte l'ensemble des problèmes, physiques ou psychiques, 44,1% des enfants ont un de leur parent souffrant d'un problème de santé.

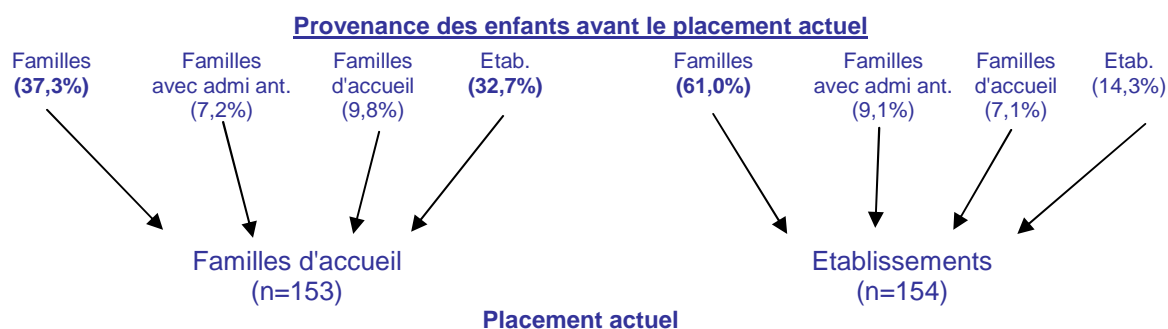
Problème de santé physique (maladie chronique ou handicap) et psychique chez la mère, le père ou l'un des deux parents (%)



Dans le cas de problèmes psychiques, 40% des mères voient leur autonomie limitée avec des prises en charge, le plus souvent, en secteur de psychiatrie en CMP (45%) ou par le secteur libéral (27% par un psychiatre et 18% par un psychologue) ou hospitalier (28%). Mais 28% d'entre elles ne bénéficient pas d'une prise en charge spécialisée, suivies alors par un médecin généraliste. Pour les pères, les effectifs sont faibles mais on peut noter que près de la moitié (5 sur 11) ont recours au milieu hospitalier pour un suivi spécialisé.

Caractéristiques du lieu d'accueil actuel

La provenance des enfants actuellement en famille d'accueil était, pour partie, leur famille (37,3%) ou un autre établissement (32,7%) tandis que celle des enfants en établissement est majoritairement leur famille (61,0%). 7,5%¹⁷ des enfants venaient de leur famille mais avaient connu une admission antérieure.



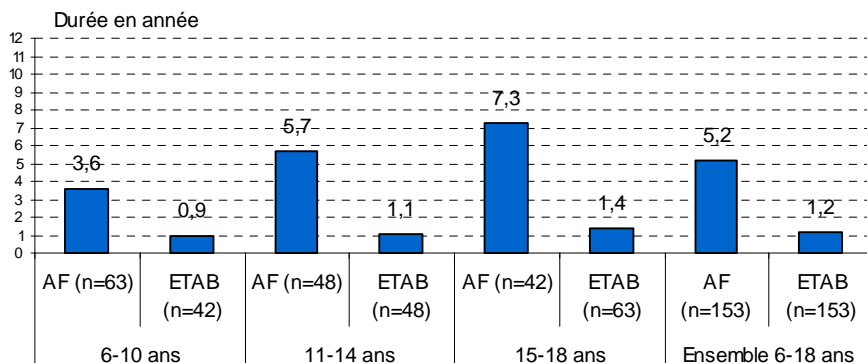
¹⁵ 10,5% de parents des 0-21 ans avec un facteur de danger "maladie, handicap, décès" notifié dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

¹⁶ 32,0% de parents des 0-21 ans avec un facteur de danger "psychopathologies" notifié dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

¹⁷ 12,9% chez les 0-21 ans dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

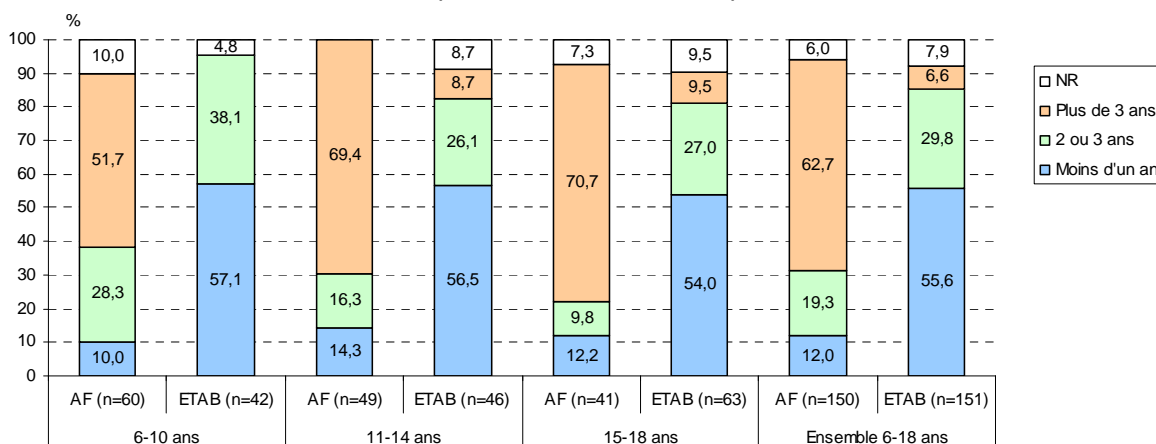
L'ancienneté moyenne dans le placement actuel est de 3 ans (43 mois) avec une durée de séjour qui augmente avec l'avancée en âge des enfants et qui est globalement plus longue pour les enfants en familles d'accueil (5,2 ans¹⁸ pour 1,2 en établissement). Si 61,8% des enfants ont une antériorité qui n'excède pas actuellement 2 ans, certains enfants séjournent très longtemps (8,8% ont une ancienneté d'au moins 10 ans).

Antériorité moyenne dans le placement actuel par type d'accueil et âge
(source : référent administratif)



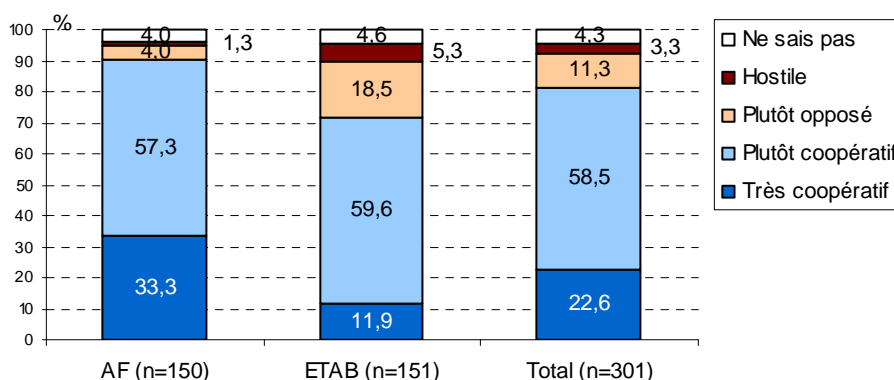
Le questionnaire a été rempli par un travailleur social (assistant familial ou éducateur) qui suivait l'enfant concerné par l'enquête depuis moins d'un an dans près d'un tiers des cas (55,6% en établissement versus 12% en famille d'accueil). L'antériorité du suivi est renseignée par le travailleur social dans 93% des cas.

Antériorité du suivi de l'enfant par le travailleur social par type d'accueil et par âge
(source : travailleurs sociaux)



Selon les travailleurs sociaux, les enfants sont plutôt coopératifs depuis leur arrivée dans le lieu d'accueil par rapport à leur situation, 11,3% sont opposés et 3,3% hostiles sans différence notable selon l'âge ou le sexe. Par contre, les situations sont, semble-t-il, mieux acceptées en famille d'accueil (90,6% de très et plutôt coopératifs) qu'en établissement (71,5% de très et plutôt coopératifs)

Coopération ou hostilité des enfants par rapport à leur situation en fonction du type d'accueil
(Source : Travailleurs sociaux)



¹⁸ 4,9 ans pour les 0-21 ans en famille d'accueil dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

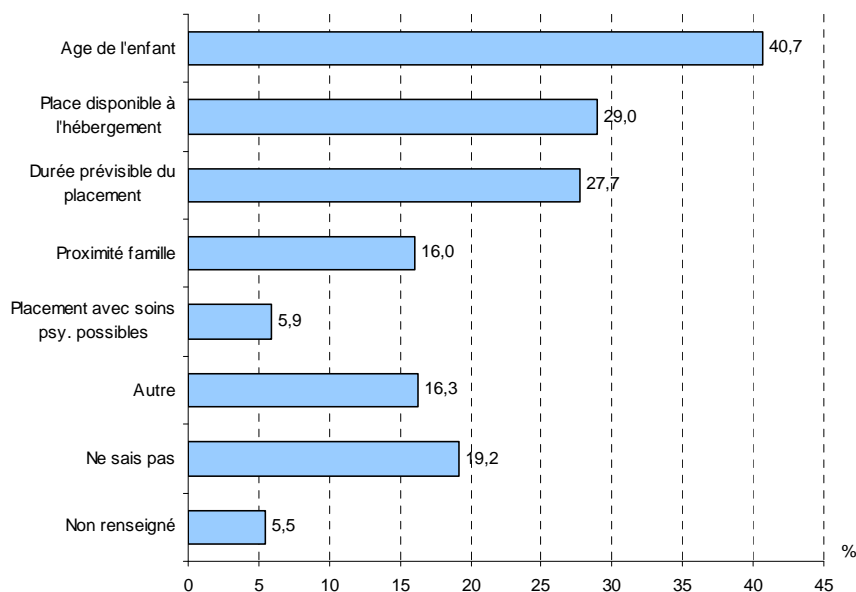
Modalités d'orientation et adhésion

Les modalités d'orientation dans le placement actuel sont connues dans 96% des cas. Elles sont définies dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire pour 62,2% des enfants avec des options découlant souvent de l'urgence des situations (30,6%). Les solutions par défaut sont quant à elles extrêmement rares (3,2%).

Pour 73,0% des enfants, l'accueil actuel correspond à celui recommandé. Mais la connaissance de l'orientation préconisée d'un point de vue administratif est peu connue (seulement 77,5% des cas) notamment pour les enfants actuellement en établissement (68,2%). 4,6% des enfants n'ont pu être accueillis conformément à l'orientation préconisée.

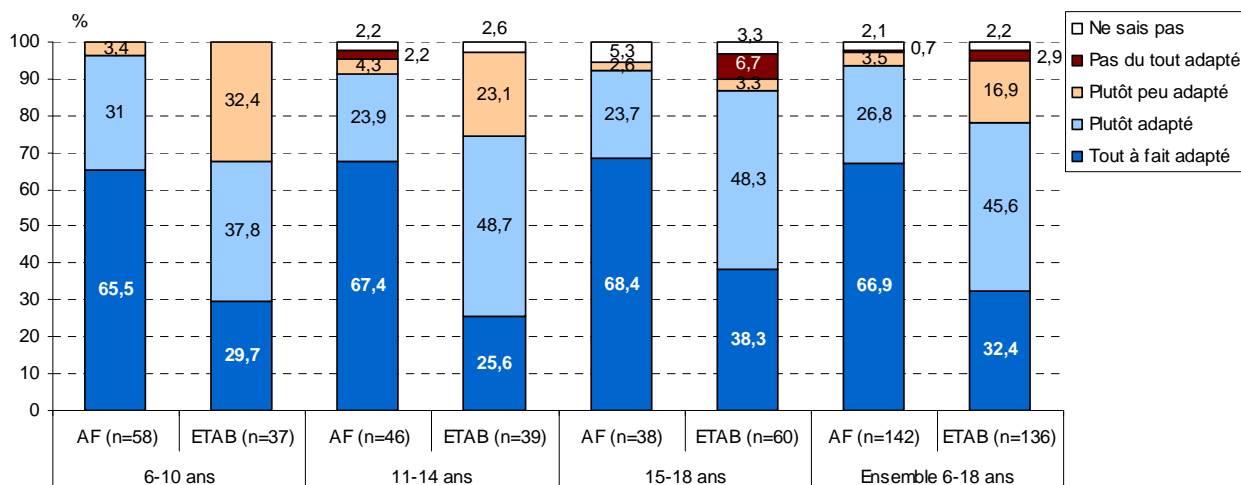
Le principal critère, en plus du projet de l'enfant, qui a présidé à son orientation est son âge (40,7%) et, plus secondairement, la disponibilité de l'hébergement (29,0%) ou la durée prévisible du placement (27,7%).

Autres critères d'orientation en plus de ceux en lien avec le projet de l'enfant
(Source Réf. Administratif - n=307)



Le placement actuel est qualifié d'"adapté" par les référents ASE (50,0% "tout à fait" et 36,0% "plutôt"). Aucune situation ou presque n'est relevée en complet décalage (1,8%). Mais pour près d'un enfant sur 10, les situations sont jugées peu adaptées surtout en établissement (16,9% pour 3,5% en famille d'accueil) et pour les plus jeunes (14 ans et moins).

Appréciation sur le placement actuel par type d'accueil et par âge
(Source : référent ASE)



Le point de vue des parents

- Au moment de la décision, 49,8% des parents avaient le sentiment d'avoir besoin d'être aidés alors qu'un peu moins (37,7%) se jugeaient sous contrainte et que 11,7% ne savaient qu'en penser. On peut noter la quasi absence de non-réponse à cette question (0,8%).
- Les parents étaient très partagés à l'annonce de la décision ; plus majoritairement hostiles (55,0%) que favorables (41,0%) surtout pour les jeunes enfants (67,8% d'hostiles pour les 6-10 ans).
- Une appréciation qui évolue positivement puisque les parents conviennent avec le recul du côté bénéfique de la mesure (69,9% de très et plutôt positifs). Seulement 14,7% jugent le placement plutôt négatif pour l'enfant et 13,0% très négatif.
- 42,7% des parents se perçoivent comme participants aux décisions prises surtout ceux dont les enfants sont en établissement (50,4% versus 35,7% en famille d'accueil) tandis que 30,1% ont ce sentiment mais de manière plus ponctuelle (quelquefois). 18,4% jugent au contraire ne pas être (peu ou pas du tout) associés. Enfin, 8,8% n'ont pas répondu à cette question.

Le point de vue des adolescents

- Beaucoup d'adolescents ont du mal à préciser quelle a été la réaction de leur parent à l'annonce de la décision (33,1% de "ne sais pas") avec toutefois une majorité de jeunes les percevant comme plutôt favorables (44,8% versus 22,1% de défavorables).
- Avec le recul, autant restent indécis (29,2%), un jeune sur deux en fait un bilan positif (55,2% jugent la décision bonne) pour assez peu d'avis très négatifs (15,6%), mais plus fréquents chez les 12-14 ans (23,1%) et chez les garçons (19,8%).
- Mais les jeunes préféreraient vivre dans leur famille (48,1%) ou ailleurs (10,4%). Un jeune sur trois se dit satisfait de l'endroit où il vit (29,9%) surtout ceux en placement familial (44,6% pour seulement 16,3% en établissement).

III - VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE

Les items de ce chapitre seront en premier lieu abordés du point de vue de l'adulte qui côtoie au quotidien l'enfant ou le jeune accueilli, au moment de l'enquête. Il s'agit de l'assistant(e) familial(e) ou de l'éducateur référent de l'enfant en établissement. Pour une facilité de lecture ils sont dénommés dans la suite du texte "les travailleurs sociaux". Les réponses du référent ASE de l'enfant, de ses parents, des médecins traitants ou de l'enfant lui-même, pour ceux âgés de 13 à 17 ans, viennent en consonance pour nuancer les réponses des premiers.

III.1 - Vie relationnelle

Avec des pairs ou adultes de l'entourage

Les travailleurs sociaux voient les enfants et les jeunes comme sociables (77,8%) sans différence significative en fonction de l'âge, du sexe et du type d'accueil. Un jeune sur cinq est jugé renfermé (19,2%). Selon eux, 78,4% des enfants ont dans leur entourage des pairs à qui se confier. 8,3% ne connaîtraient pas de confident. La connaissance du réseau relationnel des enfants par les travailleurs sociaux n'est pas différente selon le lieu d'accueil (connu pour 86,7% des enfants). Ce réseau relationnel ne leur apparaît pas différent selon le sexe et l'âge des enfants avec toutefois un phénomène de resserrement des personnes de confiance, plutôt 1 ou 2 personnes que plusieurs, avec l'avancée en âge.

Pour les enfants de 6-11 ans, les relations avec un adulte de confiance ont été abordées avec une question sur l'attachement affectif (86,7% avec au moins un adulte et 71,1% plusieurs) et pour les plus grands sur la connaissance d'un adulte confident (87,9%).

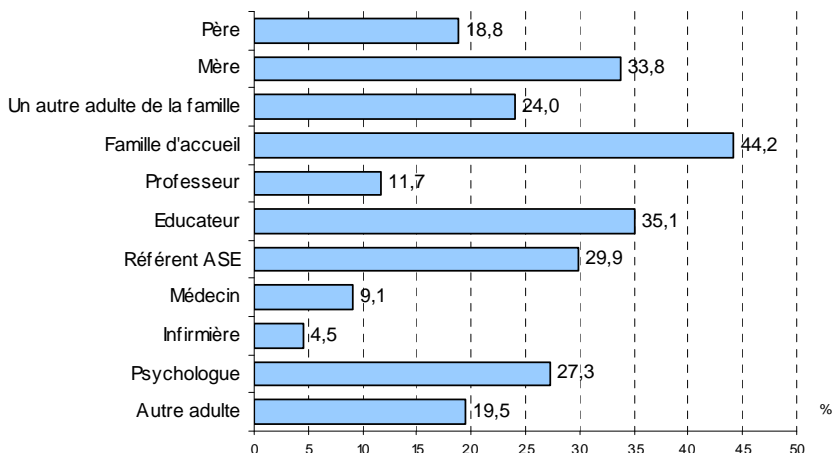
Le point de vue des référents ASE

- Les référents ASE perçoivent plus souvent les jeunes comme renfermés (37,1%) notamment les garçons (43,1%).
- Le réseau relationnel des enfants est moins bien connu lorsqu'ils sont en établissement (27,2% des référents ASE "ne savent pas") que lorsqu'ils sont en familles d'accueil (13,4% des référents ASE "ne savent pas").
- Les référents ASE qui ont répondu à cette question (65,9%) ont cité comme personne de confiance de l'enfant ou du jeune : une personne de la fratrie (29,5%), un autre enfant de la famille d'accueil (25,5%), un autre enfant de l'établissement d'accueil (19,0%) ou un autre enfant en dehors de la famille d'accueil ou de l'établissement (25,2%).
- Les adultes de confiance sont principalement le référent socio-éducatif (57,1% et 50,0% pour ceux actuellement en établissement), la famille d'accueil (55,4% et 86,6% pour ceux actuellement en famille d'accueil), d'autres travailleurs sociaux (34,2%), et, plus rarement, d'autres adultes (20,4%), les parents (16,7%),
- Les enfants ont tendance avec le temps à s'ouvrir (64,0%). Mais près d'un enfant sur 10 va, au contraire, se replier sur lui-même. Il n'est pas relevé d'évolution pour 21,2% des enfants. Pour les référents ASE, une évolution dans l'attitude de l'enfant nécessite du temps : quelques semaines pour certains (16,7%), plusieurs mois pour d'autres (30,0%).

Le point de vue des adolescents

- Les adolescents se voient eux comme plutôt sociables (64,2%), assez peu se définissant comme renfermés (18,2%). Mais quelques uns ont eu du mal à se situer (17,5% de non-réponses).
- 85,1% connaissent un pair de confiance à qui parler, le plus souvent copain ou copine (66,2%), un membre de la fratrie (32,5%) ou un(e) petit(e) ami(e) (20,8%).
- 91,6% peuvent parler en toute confiance à un adulte. Des personnes diverses sont citées comme un membre de la famille d'accueil (44,2%), un éducateur (35,1%), la mère (33,8%), le référent ASE (29,9%). Il faut aussi souligner la place importante accordée aux psychologues (27,3%). A l'opposé, le père apparaît moins souvent occuper le rôle de confident (18,8%). Enfin, certains enfants sont bien seuls ne citant aucun adulte à qui ils pourraient parler (8,4%).

Les adultes de confiance pour les jeunes 12-18 ans (n=154)



Le point de vue des parents

- Près d'un parent sur cinq ne sait pas qualifier le réseau relationnel de son enfant (18,4%) et donc dire s'ils relèvent des évolutions dans ce domaine (22,6%).
- Ils perçoivent la vie relationnelle de leur enfant comme satisfaisante pour 62,3% d'entre eux, 10,9% la juge assez moyenne et 8,4% la trouve insatisfaisante.
- Globalement la situation est jugée en amélioration (62,0%) avec seulement 4,1% d'évolutions relevées en dégradation, 11,3% ne notant pas de changement notable.

Relation amoureuse

Les travailleurs sociaux au plus près des jeunes savent que 14,5% des 11-14 ans et 38,5% des 15-18 ans¹⁹ ont un petit copain ou petite copine. La question sur la vie amoureuse est renseignée pour 83,2% des plus de 11 ans.

Le point de vue des adolescents 15-18 ans

- 38,5%²⁰ des 15-18 ans (14,5% des 11-14 ans) avaient un petit copain ou une petite copine au moment de l'enquête.
- 50%^{21/22/23} des 15-18 ans ont déjà eu des relations sexuelles, un tiers, une seule fois, et les deux autres tiers plusieurs fois.
- 15% des jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles disent n'avoir jamais utilisé de préservatifs et 9% en utiliser quelquefois. C'est le cas de 63,7%²⁴ des filles dont près des trois quart de manière systématique (71%) et de 84,0%²⁵ des garçons (67% de manière systématique).
- Moins de la moitié (43%) des filles ayant eu des relations sexuelles ont consulté un gynécologue. Environ une jeune fille sur 4 n'utilise aucun moyen de contraception. Un tiers²⁶ prend la pilule et, un autre tiers, un autre moyen comme des implants.
- 7 jeunes filles (33%)²⁷ ont déjà recouru à une pilule contraceptive d'urgence. 4 ont été enceintes (19% des jeunes filles ayant eu des relations sexuelles ou 8,2% des 15-18 ans). 3 d'entre elles ont pratiqué une interruption volontaire de grossesse (6,1%)²⁸.

¹⁹ 32,1% dans le Maine et Loire pour 39,7% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

²⁰ 42,6% dans le Maine et Loire pour 30,9% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

²¹ 40,7% dans le Maine et Loire pour 30,1% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

²² 40,8% dans le Maine et Loire pour 76,9% dans l'enquête PJJ (2005) chez les 14-17 ans

²³ 26,3% des 14-15 ans ou 37,6% des 15 ans dans le Maine et Loire pour 16,7% des 15 ans dans le Baromètre santé INPES (2005)

²⁴ 20,1% des 15-19 ans dans le Baromètre santé INPES (2005)

²⁵ 21,6% des 15-19 ans dans le Baromètre santé INPES (2005)

²⁶ 38,1% des 15-17 ans dans le Maine et Loire pour 78,8% des 15-19 ans dans le Baromètre santé INPES (2005)

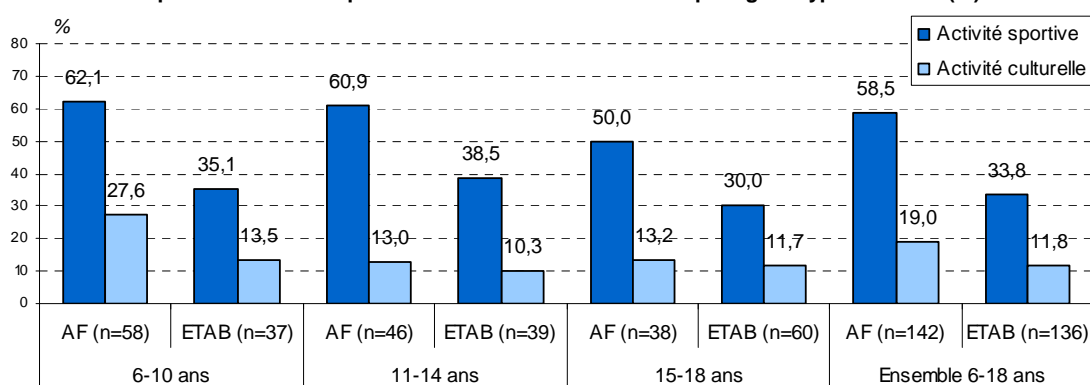
Sports et loisirs, activités culturelles

Ces items n'ont pas été abordés dans les questionnaires adressés aux assistants familiaux et aux éducateurs des établissements.

Le point de vue des référents ASE

- Beaucoup d'enfants (43,2%) n'ont aucune activité sportive extra-scolaire. 30,6% pratiquent un sport collectif en extra-scolaire et 15,8% un sport individuel. La pratique d'un sport en extra-scolaire, quel que soit l'âge de l'enfant, est plus fréquente en famille d'accueil qu'en établissement. Pour 10,4% des enfants, cette information n'est pas connue.
- Peu d'enfants ont une activité culturelle extra-scolaire, 15,4%, mais sans différence significative selon le type d'accueil.
- Selon les référents de l'ASE, 33,8%²⁹ des enfants occupent leur temps libre seuls, 42,8% en petits groupes (plus fréquemment en établissement, 53,3%), et 9,7% dans une association ou un club (essentiellement ceux chez un assistant familial, 16,2%). Très peu se retrouvent en bandes (6,1%), phénomène plus propre aux grands adolescents (10,2% des 15-18 ans³⁰). Enfin, pour 7,6%, le mode d'occupation des loisirs n'est pas connu. 70,3% des 6-10 ans joueraient en général avec d'autres enfants mais 27,3% le feraient plus souvent seul(e)s, notamment les garçons (35,3%).

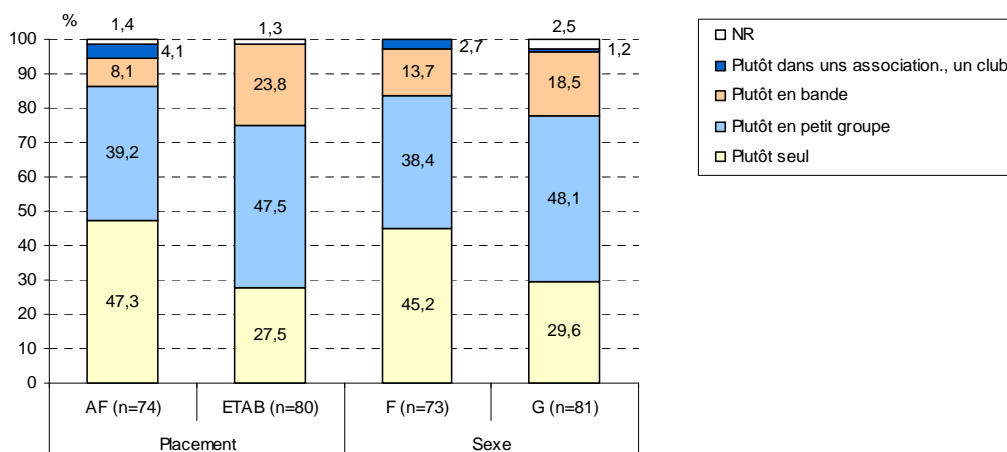
Pratique d'une activité sportive et culturelle extra-scolaire par âge et type d'accueil (%)



Le point de vue des adolescents

- 47,4% des 12-18 ans déclarent pratiquer régulièrement un sport en dehors de l'école, 55,4% de ceux en placement familial pour 40,0% de ceux en établissement.
- 29,2% ont une activité culturelle ou un loisir en dehors de l'école.
- 37,0%³¹ utilisent leur temps libre seuls, surtout les filles (45,2%), 43,5% en groupes et 16,2% plutôt en bandes.

Mode d'occupation du temps libre par type d'accueil et par sexe (%)



²⁷ 33,3% des filles de 15-18 ans dans le Maine et Loire pour 30,3% des filles de 15-19 ans dans le Baromètre santé INPES (2005)

²⁸ 61,2 pour mille en Maine et Loire pour un taux d'interruption de grossesse qui s'élevait en 2001 à 9,1 pour 1000 en progression par rapport à 1995 (7,5 pour 1000) chez les 15-17 ans, DREES, Etudes et résultats n°322 de juin 2004

²⁹ 35,2% dans le Maine et Loire pour 23,3% dans l'enquête ASE Paris (1998) des 13-17 ans

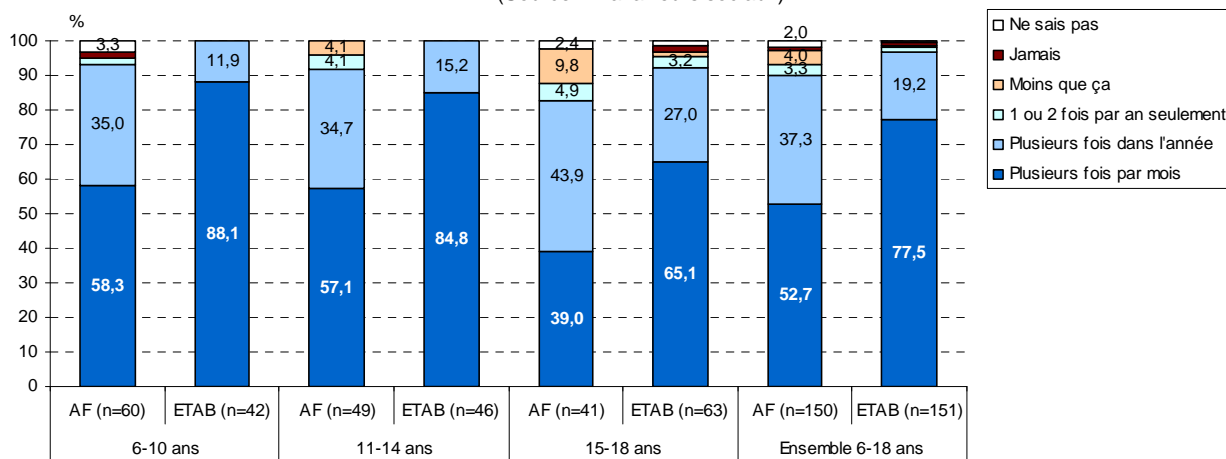
³⁰ 17,2% dans le Maine et Loire pour 30,8% dans l'enquête ASE Paris (1998) des 13-17 ans

³¹ 35,2% dans le Maine et Loire pour 33,2% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

III.2- Relations et liens avec la famille

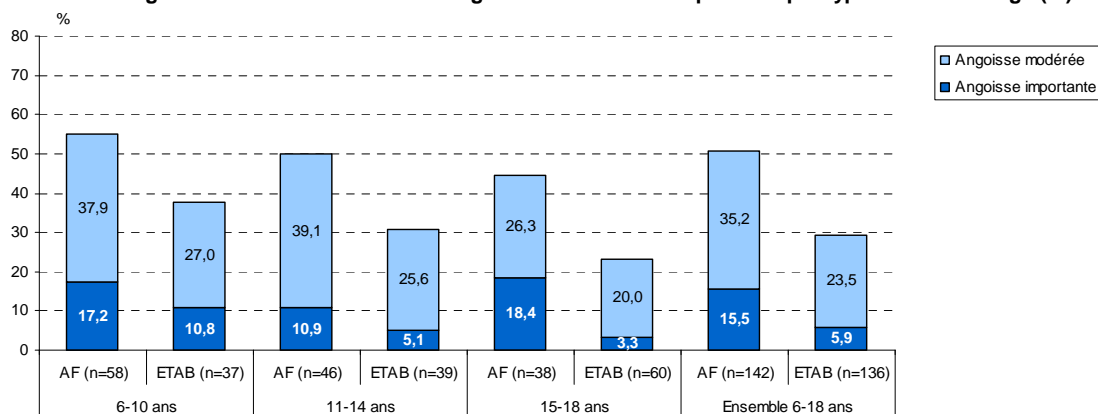
Selon les travailleurs sociaux (la famille d'accueil ou l'éducateur de l'établissement), les deux tiers des enfants (65,1%^{32/33}) voient régulièrement leur famille, au moins mensuellement. Les rencontres sont plus soutenues pour les enfants en établissement (77,5%) que pour ceux en famille d'accueil (52,7%), quel que soit l'âge des enfants. Les visites deviennent moins fréquentes mais rares sont les distanciations ou ruptures des liens : 2,3% des enfants ne voient leur famille que 1 à 2 fois par an et 3,0% des enfants "moins que ça".

Fréquence des visites des familles par type d'accueil et par âge (%)
(Source : Travailleurs sociaux)



- La fréquence des visites des familles est toujours connue (99,3%). Ces rencontres se font surtout à un rythme mensuel (63,3%), ou au moins plusieurs fois par an (27,3%). Peu d'enfants voient plus rarement leur famille (8,6% dont 2,5% jamais). Les visites sont plus régulières pour les enfants en établissement (74,3% de visites mensuelles versus 52,8% en famille d'accueil).
- Beaucoup de référents ASE relèvent des angoisses chez l'enfant ou le jeune à cette occasion. Ces angoisses sont considérées comme modérées par les référents ASE chez 29,5% des enfants, importantes chez 10,8% des enfants, essentiellement chez les plus jeunes et chez ceux en famille d'accueil.

Pourcentage d'enfants manifestant une angoisse modérée ou importante par type d'accueil et âge (%)



- Le maintien du lien de l'enfant avec sa famille est jugé comme important ("très important" ou "assez important") par la grande majorité des référents ASE (83,5%). Une proportion non négligeable de référents ASE (10,4%) a estimé que cette relation était peu ou pas importante. Quant à l'effet, bénéfique ou dommageable, du maintien de ce lien, certains sont indécis à ce sujet (5,8%). Il est toutefois jugé bénéfique par 56,1% des référents ASE, plutôt "assez bénéfique" (44,6%) que "très bénéfique" (11,6%). Mais il faut noter que pour 18,0% des référents ASE, il s'avère dommageable pour l'enfant concerné ("plutôt dommageable" ou "très dommageable") et que plus d'un référent ASE sur 5 (22,3%) ne s'est pas prononcé sur les effets engendrés ("ne sait pas").
- 36,3% des référents ASE notent une amélioration avec moins d'anxiété générée par les visites et 28,4% observent que les enfants y trouvent plus de plaisir. Pour une plus faible partie des enfants, ces visites suscitent des évolutions négatives avec le temps, plus d'anxiétés (14,0%) et moins de plaisir (9,4%)

Le point de vue des référents ASE

³² 65,2% dans le Maine et Loire pour 44,7% dans l'enquête ASE de Paris (1998) chez les 7-17 ans

³³ 27,8% des parents des 0-21 ans ayant un droit de visite dans l'enquête ASE Yvelines (2002) voient régulièrement leur enfant

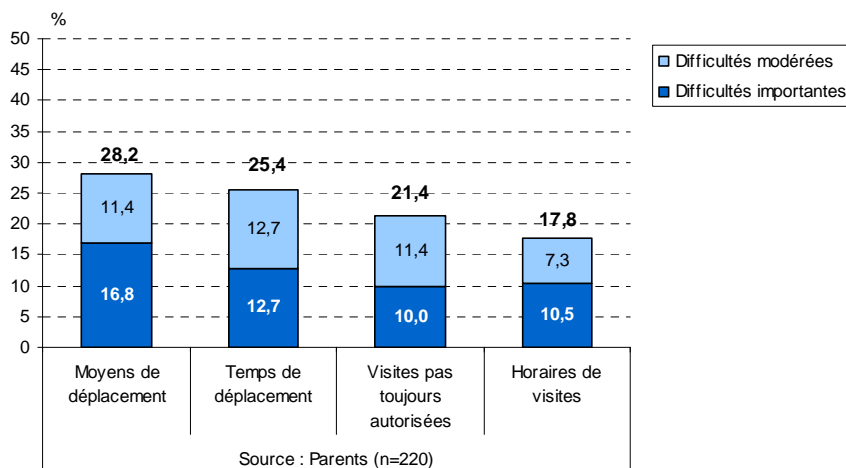
Le point de vue des adolescents

- 51,9%³⁴ des adolescents déclarent voir plusieurs fois par mois quelqu'un de leur famille et 28,6%, plusieurs fois par an. Les liens sont plus fréquents pour les jeunes en établissement (56,3% plusieurs fois par mois).
- Ils sont heureux de voir leur famille (53,2%³⁵ de "très" et 24,7% de "plutôt") et tout particulièrement ceux en établissement (62,5% de "très plaisir"). 5,8% ne sont pas contents de ces visites et 11,7% jugent que l'effet produit varie selon les moments.
- Beaucoup de ces adolescents et comme les référents ASE le perçoivent, un tiers se sent modérément angoissé à la perspective de ces visites : 28,6% un peu et 9,7% beaucoup³⁶,
- Un jeune sur trois dit penser rarement ou jamais à sa famille surtout les garçons (37,0%) et les 12-14 ans (43,0%).

Le point de vue des parents

- 60,9% des parents voient leur enfant plusieurs fois par an, avec effectivement des relations plus espacées avec les grands adolescents (51,3%). 25,9% les voient plusieurs fois dans l'année et 10,8% plus rarement dont 5,0% de jamais.
- Ils portent une appréciation positive sur l'effet des visites pour leur enfant (33,1% "très plaisir" et 42,8% "plutôt plaisir") tandis que 6,5% perçoivent un impact plus négatif et que 14,4% relèvent des effets variables. Une appréciation plus modérée est portée sur l'impact des visites pour les 15-18 ans (moins de "très plaisir").
- Près d'un parent sur trois éprouve de l'inquiétude ou de l'angoisse à revoir leur enfant, 19,1% modérément et 11,4% de manière plus importante.
- Le maintien du lien familial n'est pas facile pour 22,3% des parents, les moyens et temps de déplacement constituant des freins.

Difficultés rencontrées par les parents pour voir leur enfant (n=220)



- 82,7% jugent que les relations avec leur enfant ont évolué depuis l'admission, avec plus d'échanges pour les trois quarts d'entre eux. Pour 7,3% des parents, les échanges se sont raréfiés et pour 2 parents, ils sont complètement interrompus.
- Depuis le début des visites, les parents sont aussi moins angoissés ou ne relèvent pas de changement (21,6%). Mais un sur quatre est plus angoissé (21,6%). 24,3% n'ont pas répondu à cette question. Ils éprouvent, par contre, plus de plaisir à cette occasion (67,6%).

Le point de vue des médecins

- Les contacts entre les familles et le médecin sont rares. 16% des médecins ont eu des contacts à plusieurs reprises avec la famille de l'enfant et 3,7%, une seule fois. Les médecins ont plus de contact avec les familles des enfants accueillis en établissement : 32,4% ont rencontré au moins une fois la famille de l'enfant.

³⁴ 50,0% dans le Maine et Loire pour 47,9% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

³⁵ 24,4% de "très plaisir" dans le Maine et Loire pour 50,0% de "beaucoup plaisir" dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

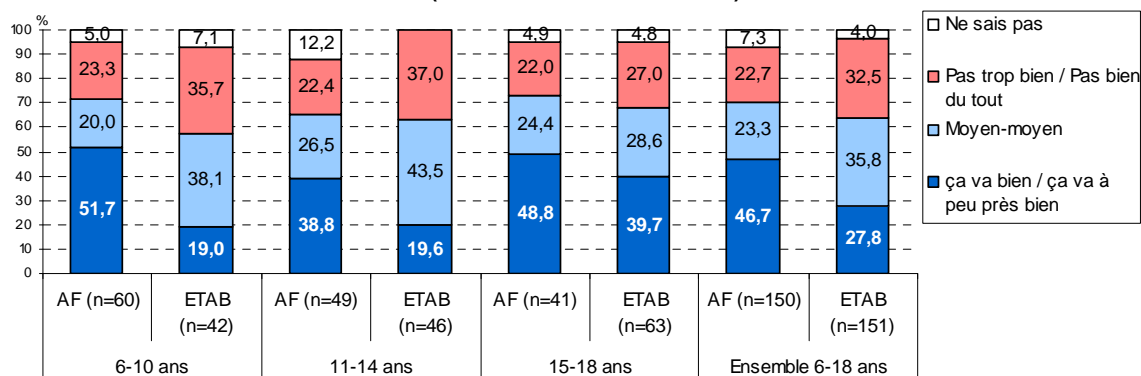
³⁶ 27,0% de "un peu" et 10,7% de beaucoup dans le Maine et Loire pour respectivement 12,7% et 4,5% dans l'enquête ASE Paris de (1998) chez les 13-17 ans

III.3- Scolarité et formation

85,6% des enfants sont scolarisés et 8,3% sont en formation au moment de l'enquête. Le taux de scolarisation varie avec l'âge de l'enfant : 100% des 6-10 ans sont scolarisés, 95,3% des 11-14 ans et 63,3% des 15-18 ans. Aucun enfant ne bénéficiait d'un accompagnement à la vie sociale ou travaillait. 17 enfants ne relevaient d'aucune de ces situations, soit 6,1% d'enfants non scolarisés dans des situations diverses : une jeune fille était enceinte, 3 jeunes en fugue, 5 présentaient un problème de santé mentale ou des troubles du comportement, et un jeune était dans une situation complexe, noté "en incapacité à construire dans le temps".

Le niveau scolaire est considéré, par la famille d'accueil ou l'éducateur de l'établissement, comme "bon" ou "à peu près bon" pour 37,2%³⁷ des enfants, "bien moyen" pour 29,6% et "pas bon" pour 27,6% des enfants. Les éducateurs des établissements trouvent plus souvent que les assistants familiaux qu'ils suivent ont un niveau scolaire "moyen-moyen" (35,8%) que les assistants familiaux (23,3%).

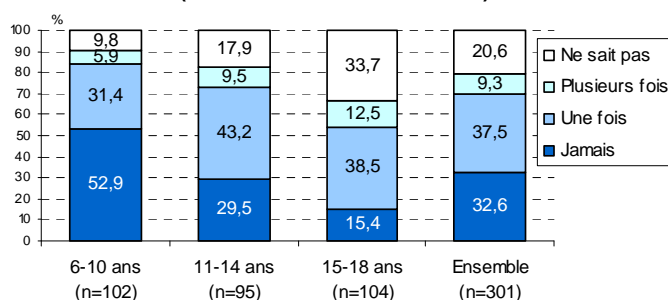
Appréciation sur le niveau scolaire par type d'accueil et âge (%)
(Source : Travailleurs sociaux)



Selon les travailleurs sociaux, 66,4% des enfants âgés de 6 à 11 ans prennent plaisir à aller à l'école, 19,5% n'aiment pas trop et 9,4% pas du tout. Cette perception est différente selon le type d'accueil avec 57,9% d'enfants appréciant l'école en établissement (versus 73,2% en famille d'accueil) et 35,1% n'aimant pas s'y rendre (versus 16,9% en famille d'accueil).

Pour 20,6%, il n'est pas précisé si l'enfant a déjà redoublé, information d'autant moins connue que l'enfant est plus grand (33,7% de "ne sait pas" chez les 15-18 ans). Seulement un enfant sur trois³⁸ a connu un cursus sans redoublement, 37,5% ont redoublé une fois et 9,3% deux fois ou plus.

Fréquence des redoublements en fonction de l'âge (%)
(Source : Travailleurs sociaux)

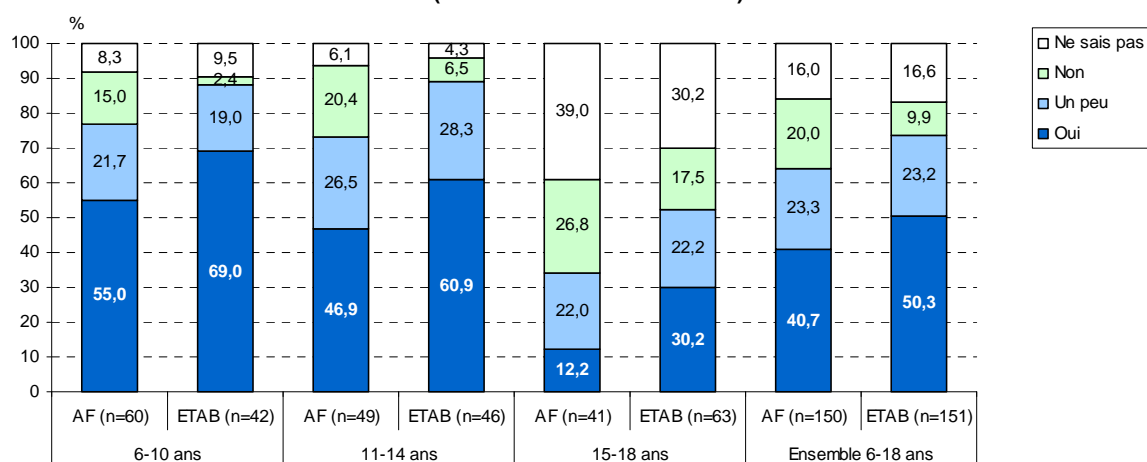


³⁷ 37,6% dans le Maine et Loire pour 42,9% dans l'enquête ASE Paris (1998) pour les 7-17 ans

³⁸ 30,8% dans le Maine et Loire pour 49% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

45,5%³⁹ des enfants bénéficient d'une aide pour travailler et 23,3% sont "un peu" aidés. La connaissance de ce soutien, scolaire ou à la formation, est précisée pour 84% des enfants. Une aide est plus souvent apportée pour les enfants en établissement.

Soutien scolaire ou à la formation, par type d'accueil et par âge (%)
(Source : Travailleurs sociaux)



49,7% des travailleurs sociaux pensent que les enfants souhaitent poursuivre leur étude ou la formation en cours. 9,8%⁴⁰ jugent que l'orientation actuelle ne correspond pas au souhait de l'enfant qui préférerait une autre voie et plus particulièrement ceux en établissement (13,8% versus 5,1% en famille d'accueil). Par ailleurs, 17,3% jugent que les enfants n'aspirent pas à poursuivre dans l'orientation actuelle et préféreraient arrêter, plus souvent aussi en établissement (21,3%). Enfin, beaucoup ne connaissent pas les désirs des enfants dans ce domaine (23,1%) surtout les assistants familiaux (30,4%).

La filière est jugée adaptée aux capacités des jeunes pour la moitié, "plus ou moins" pour un tiers d'entre eux (29,5%), avec au final peu d'enfants pour lesquels l'orientation actuelle ne paraît pas du tout la bonne (8,1%). Mais beaucoup d'incertitudes sont exprimées sur ce point puisque 23,1% des travailleurs sociaux ont répondu "ne pas savoir".

42,9% aimeraient que les enfants puissent bénéficier d'un soutien plus important en pensant que cela pourrait améliorer les choses (31,6%), peu le voyant comme indispensable (11,3%).

Le point de vue des référents ASE

- Leur appréciation du niveau scolaire des enfants est comparable à celle formulée par les familles d'accueil et les éducateurs d'établissement : 38,2% jugent le niveau "plutôt bon", 30,6% "moyen", 25,9% "pas trop bon".
- 45,7% pensent que les enfants aiment étudier ou suivre leur formation et autant (45,0%), le contraire. L'évaluation est plus négative pour les enfants en établissement (53,0% des enfants n'aimeraient pas l'école).
- 28,4% des enfants sont jugés globalement en difficulté dans leurs acquis scolaires ; 1 sur 5 est en difficulté pour la lecture, 1 sur 5 pour l'écriture et 1 sur 4 pour le calcul⁴¹. Ces problèmes sont plus souvent repérés chez les plus jeunes, les 6-10 ans (chez les garçons pour l'écriture - 27,8% versus 16,4% chez les filles) mais sont aussi importants après 10 ans. Ces informations sont précisées pour près de 90% des enfants mais c'est le cas pour à peine 80% des 6-10 ans en établissement.

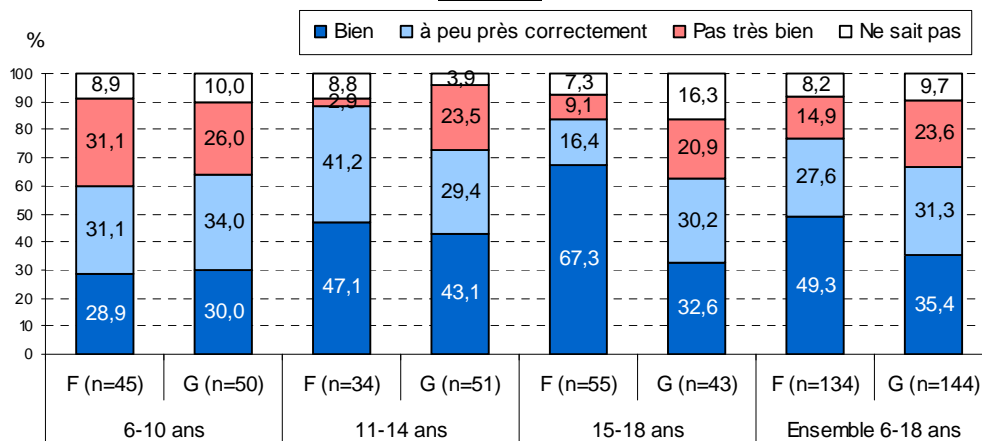
³⁹ 45,2% dans le Maine-et-Loire pour 67,6% (83,5% des 7-12 ans) selon le type d'accueil dans l'enquête ASE Paris 1998 chez les 7-17 ans

⁴⁰ 8,6% dans le Maine et Loire pour 11,1% dans l'enquête ASE Paris 1998 chez les 13-17 ans

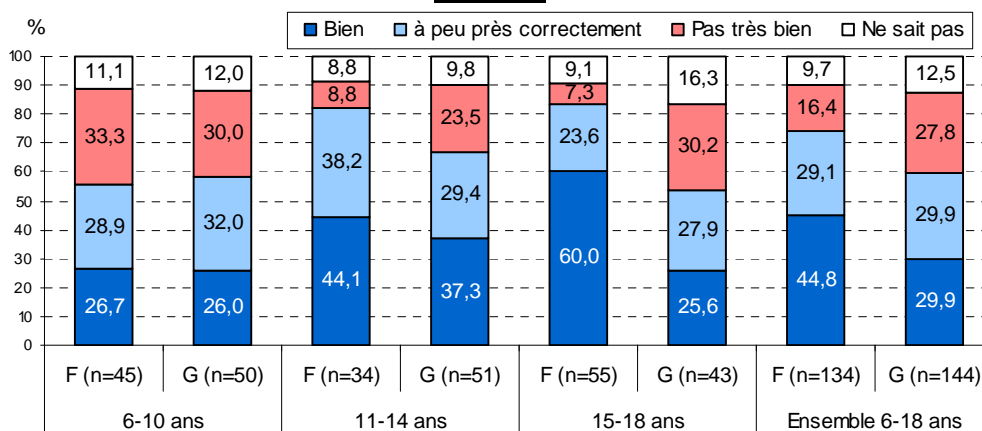
⁴¹ 17,6% (lecture), 20,7% (écriture) et 24,5% (calcul) dans le Maine et Loire pour respectivement 14,8%, 24,2% et 26,2% dans l'enquête ASE Paris 1998 chez les 13-17 ans

Appréciation sur la maîtrise des acquis scolaires par âge et par sexe(%)

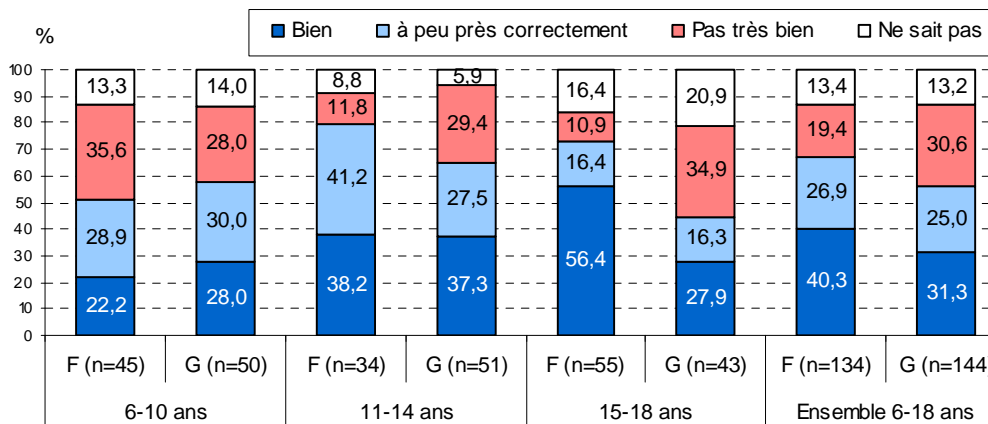
En lecture



En écriture



En calcul



- La notion de redoublement durant la scolarité est peu connue ; les référénts ASE ont répondu "ne sait pas" pour 30,2% des enfants avec de grandes variations selon l'âge de l'enfant : 17,9% chez les 6-10 ans, 28,2% chez les 11-14 ans et 43,9% chez les 15-18 ans.
- Pour la moitié des enfants, une évolution favorable de la scolarité ou dans la formation est relevée (51,1%). Aucun changement n'est observé pour 24,8% d'entre eux. Parfois, il est pointé une dégradation relative (11,2%). Enfin, pour 12,9% des enfants le référent ASE ne porte pas d'appréciation sur la progression de l'enfant dans sa scolarité ou dans sa formation.
- Les référénts ASE sont plus réservés sur l'évolution de l'intérêt de l'enfant pour sa scolarité ou sa formation : positive pour 43,4% des enfants, "sans évolution" pour 27,0% et "ne sait pas" pour 16,9% des enfants.

Le point de vue des adolescents

- Leur évaluation de leur niveau scolaire apparaît comme plus positive que celle portée par les adultes : 55,2%⁴² le jugent plutôt bon, 23,4% "moyen-moyen" et 17,5%, plutôt insuffisant. Mais, on peut noter que les 12-14 ans se jugent plus en difficultés (26,2%) que les 15-18 ans (11,2%).
- Les deux tiers (66,2%⁴³) déclarent avoir redoublé au moins une fois une classe (66,2% dont 14%, 2 fois ou plus). Ce constat confirme une connaissance insuffisante de leur cursus scolaire par les travailleurs sociaux et les référents ASE.
- 42,9% aiment beaucoup aller à l'école avec une différence marquée de motivation selon le type d'accueil, 54,1% en famille d'accueil pour 32,5% en établissement. Un jeune sur quatre n'aime pas beaucoup (13,6%) ou pas du tout (12,3%⁴⁴) se rendre à l'école, surtout les 12-14 ans (30,8%) et les garçons (38,3%).
- Deux tiers des enfants n'ont jamais séché de cours, 14,9% l'ont fait ponctuellement ou quelquefois tandis que 12,9%^{45/46} le font plus régulièrement notamment en établissement, sans autre différence notable selon le sexe, l'âge.
- 27,3% aimeraient continuer leur étude ou formation dans une autre voie et 5,8% préféreraient arrêter.
- Assez peu souhaiteraient davantage d'aide (19,5%⁴⁷), c'est un souhait un peu plus souvent rencontré chez les 12-14 ans (29,3%). La majorité juge pouvoir se débrouiller seul (64,0%).

Le point de vue des parents

- Les parents portent aussi une appréciation plus positive que les travailleurs sociaux et les référents ASE sur le niveau scolaire ou la formation de leurs enfants : pour 60,7% des parents "cela va bien" ou "à peu près bien". Ce sont les parents d'enfants les plus grands, les "15-18 ans", qui portent l'appréciation la plus souvent optimiste (69,7%).
- Beaucoup de parents ne savent pas apprécier les éventuelles évolutions (23,0%) mais ils constatent plus souvent des améliorations (58,2%) qu'aucun changement (10,5%).

III.4- Epanouissement général

Les travailleurs sociaux parlent de l'avenir avec les adolescents de 12-18 ans : 27,7% "souvent" et 55,5% "quelquefois" et surtout plus régulièrement avec les plus âgés, 15 ans et plus (35,6% "souvent"). Pour 15,6% des enfants, ce sujet n'est jamais abordé.

Le point de vue des référents ASE

- Peu d'enfants sont perçus avec de l'ambition (37,8%), plus néanmoins ceux en famille d'accueil (45,8%). La majorité les voit avec peu de projets d'avenir (33,1% de "pas trop d'ambition" et 17,6% "pas du tout").
- Les échanges au sujet de l'avenir sont plutôt ponctuels (47,1% "quelquefois") que réguliers (14,7% "souvent"). Ils sont plus fréquents avec les enfants les plus grands (27,6% "souvent"). Le manque de perspectives d'avenir apparaît à son maximum pour les 11-14 ans (58,8%). Pour un enfant sur 10, les référents ASE ne se prononcent pas (11,5% "ne sait pas").
- Selon le référent ASE, pour une grande majorité d'enfants, leur épanouissement s'améliore progressivement après l'admission (57,2%), surtout ceux en famille d'accueil (65,5%). Mais pour un enfant sur cinq, il n'est pas relevé de changement notamment en établissement (30,9%). 15,1% des référents ASE ne se sont pas prononcés à ce sujet.

Le point de vue des adolescents

- Ils sont plutôt heureux de leur vie (81,9% sont plutôt contents de leur vie et 14,9%, peu ou pas satisfaits) sans différence selon l'âge, le sexe ou le type d'accueil.

⁴² 52,5% dans le Maine et Loire pour 49,4% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

⁴³ 55,5% dans le Maine et Loire pour 77,3% dans l'enquête PJJ (2005) chez les 14-17 ans

⁴⁴ 12,5% dans le Maine et Loire pour 15,9% dans l'enquête INPES HBSC (2002) chez les 15 ans

⁴⁵ 14,8% dans le Maine et Loire pour 11,7% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

⁴⁶ 15,7% dans le Maine et Loire pour 33,7% dans l'enquête PJJ (2005) chez les 14-17 ans

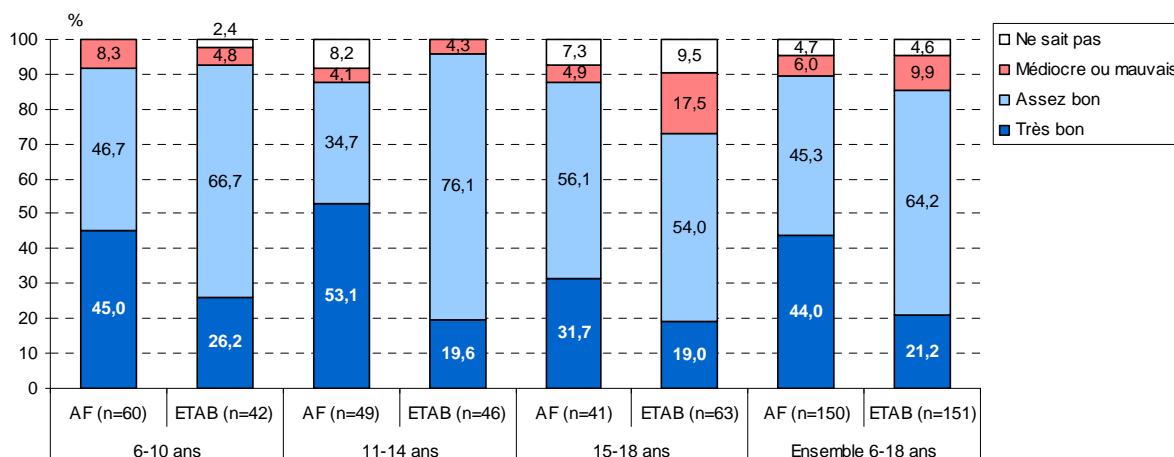
⁴⁷ 17,2% dans le Maine et Loire pour 24,0% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

IV - ETAT DE SANTE

IV.1-Etat de santé global

Les travailleurs sociaux (famille d'accueil ou éducateur d'établissement) qualifient l'état de santé des enfants de bon (87,4%), plutôt satisfaisant (54,8%⁴⁸) que très bon (32,6%⁴⁹). Une différence d'appréciation s'observe selon le type d'accueil, plus souvent perçu comme très bon en famille d'accueil (44,0%) qu'en établissement (21,2%) notamment pour les moins de 15 ans. Globalement et indifféremment selon les caractéristiques des enfants (sexe et âge), peu (8%⁵⁰) le jugent médiocre ou mauvais.

Graphique : Etat de santé des enfants par type d'accueil et par âge
(Source : Travailleurs sociaux)

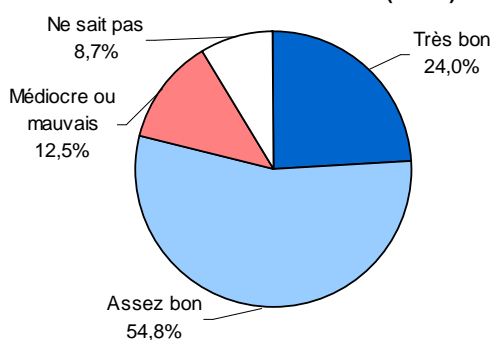


- Les adolescents se définissent plus souvent comme en très bonne santé (42,7% de "ça va très bien"). Les jeunes de l'enquête conduite à Paris se définissaient d'ailleurs tout autant en bonne santé⁵¹.

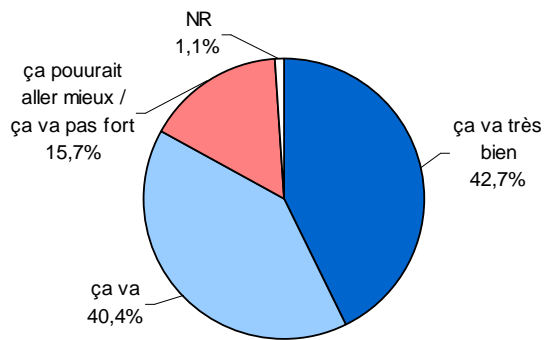
Graphique : Etat de santé des 15-18 ans
(Source : Travailleurs sociaux et Adolescents)

Le point de vue des adolescents

Source : Travailleurs sociaux (n=104)



Source : Adolescents (n=89)



Le point de vue des parents

- Les parents perçoivent l'état de santé de leur enfant le plus souvent comme très bon (50,2%). Peu de parents les jugent en mauvaise santé (11,2%) ou relèvent une dégradation de leur état de santé (5,0%).

⁴⁸ 55% dans le Maine et Loire pour 62% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

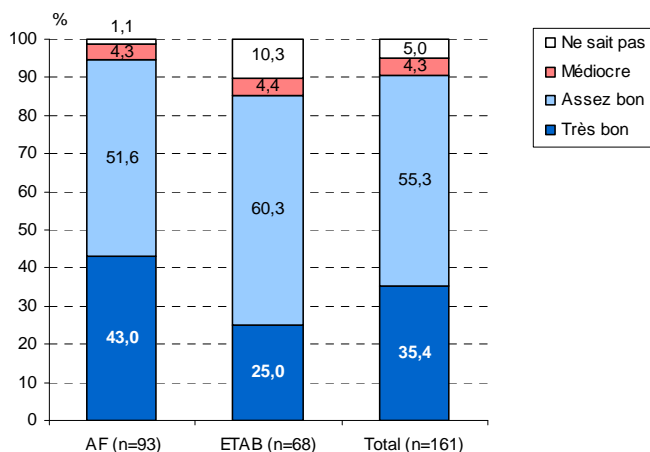
⁴⁹ 32% dans le Maine et Loire pour 35% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

⁵⁰ 7% dans le Maine et Loire pour 8% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

⁵¹ 44,8% de "ça va très bien" et 41,8% de "ça va" pour respectivement 47,3% et 42,4% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

- Un constat globalement partagé par les médecins (35,4% d'état de santé très bon et 55,3% d'assez bon pour 4,3% de médiocre) avec une meilleure appréciation pour les enfants en famille d'accueil. Mais cette appréciation paraît plus difficile à formuler pour les enfants en établissement (89,7% de répondants pour 98,9% en famille d'accueil). Une appréciation qui s'observe globalement comme moins bonne (très bonne santé) que celle portée par les médecins dans l'enquête Parisienne de 1998⁵².

Graphique : Etat de santé des enfants par type d'accueil
(Source : Médecins)



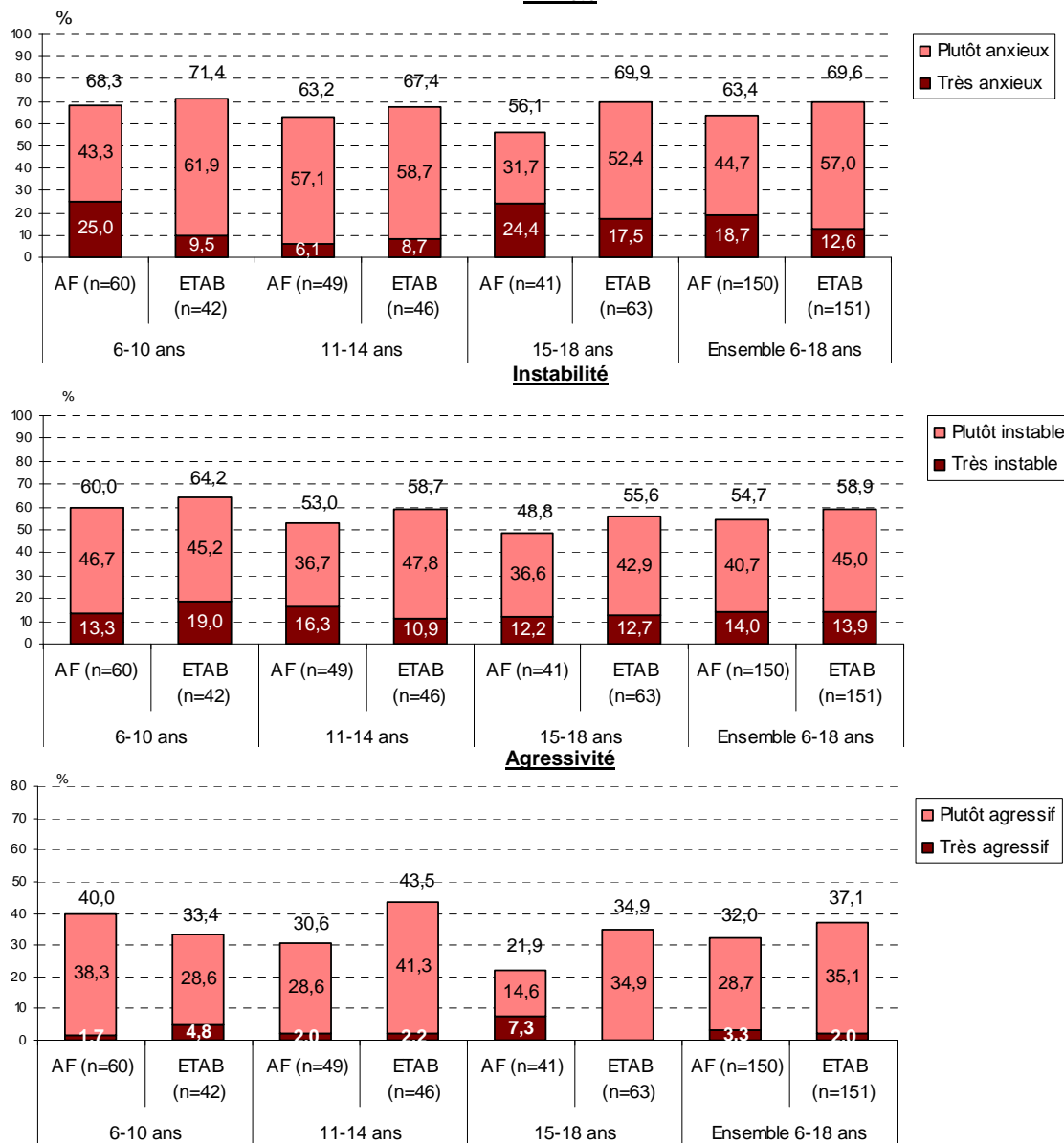
⁵² 35% dans le Maine et Loire pour 65% dans l'enquête ASE Paris 1998 chez les 7-17 ans

IV.2-Etat de santé psychologique

Troubles et problèmes de santé psychique

Selon les familles d'accueil et les éducateurs d'établissements, 66,4% des enfants sont plutôt anxieux (dont 15,6% très anxieux) mais aussi souvent instables (56,9%), moins souvent agressifs (34,6%). Les enfants en famille d'accueil sont plus souvent jugés "très anxieux" (18,7% versus 12,6% en établissement) avec deux classes d'âges où les différences sont plus marquées (les 6-10 ans et les 15-18 ans). Cette proportion d'enfants très anxieux apparaît assez importante et plus élevée que dans l'étude Parisienne de 1998⁵³ alors que les résultats sont plus proches pour l'instabilité⁵⁴.

Proportion d'enfants anxieux, instables ou agressifs par type d'accueil et par âge



Divers troubles sont cités par les travailleurs sociaux (familles d'accueil ou éducateurs d'établissement) :

- 19,9% des enfants présentent un problème de langage notamment les 6-10 ans (30,4 %) avec une marge importante d'incertitudes sur ce sujet (14,6% de ne sais pas) plus marquée pour les 11-14 ans (21,1%). 57,8% des 6-11 ans s'expriment correctement, 10,2% ont des défauts d'élocution et 27,4% présentent un retard d'apprentissage, estimé important pour près de la moitié, sans qu'une origine non francophone puisse l'expliquer.
- 35,9% des enfants présentent des troubles de la conduite alimentaire, 22,9% quelquefois et 13,0%, souvent, sans différence significative selon l'âge ou le sexe des enfants. 9,0% ont

⁵³ 15% dans le Maine et Loire pour 10% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

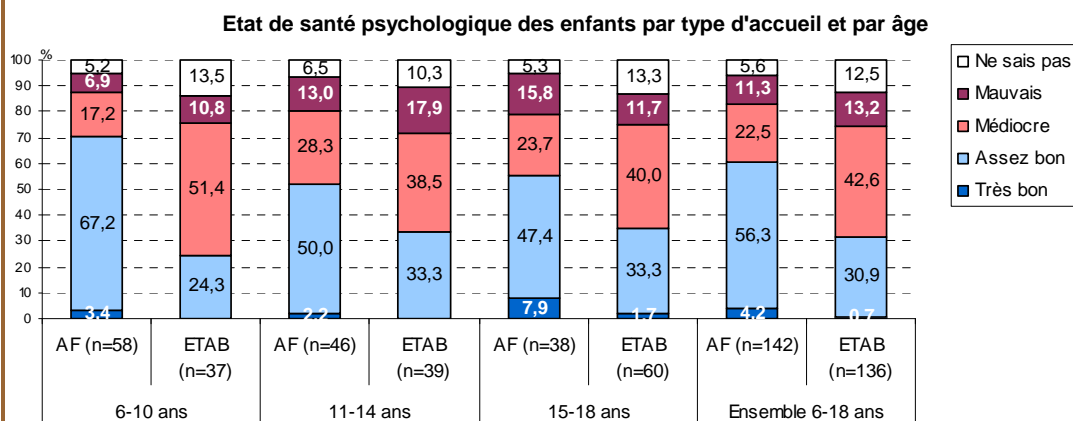
⁵⁴ 13% dans le Maine et Loire pour 16% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

connu de tels problèmes dans le passé.

- Des troubles du sommeil récurrents concernent 16,6%⁵⁵ des enfants et 30,6% de manière plus occasionnelle.
- 15,0% des enfants ont des problèmes d'incontinence urinaire dont les deux tiers de manière régulière (10,1%) et 5,5% des 6-11 ans ne sont pas propres le jour. C'est le cas d'un enfant sur quatre (25,5%) parmi les 6-10 ans mais cela concerne aussi des plus grands, 12,7% des 11-14 ans et 6,8% des 15-18 ans. Ce trouble affecte plus particulièrement les garçons parmi les 6-10 ans (35,2% versus 14,6% chez les filles).

Selon les éducateurs d'établissement ou les assistants familiaux 5,2% des jeunes âgés de 12 à 18 ans ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide depuis leur arrivée dans le placement actuel.

- Près de la moitié des enfants ont un état psychologique qualifié de médiocre (32,4%) ou de mauvais (12,2%). Certains ont un état jugé "assez bon" (43,9%), exceptionnellement "très bon" (2,5%). Un bilan qui s'avère beaucoup plus dégradé pour les 11-18 ans et surtout pour les enfants en établissement (56,1% versus 33,8% en placement familial). Il faut aussi noter pour les plus petits, une situation plus préoccupante pour les enfants en établissement (62,2% ont un état psychologique qualifié de médiocre ou mauvais) que pour ceux en famille d'accueil (24,1%).



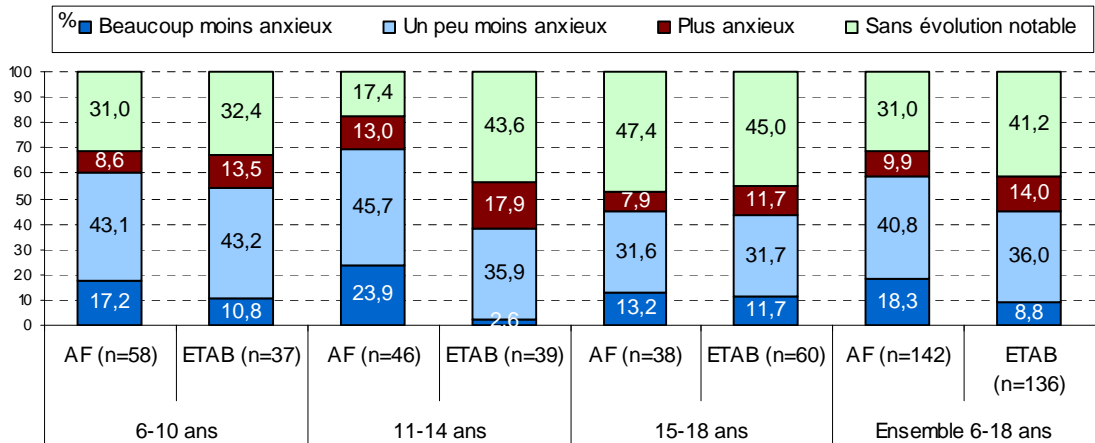
Le point de vue des référents ASE

- 26,6% des enfants présentent un problème de santé psychique (déficience mentale, trouble du comportement,..) dont la moitié suit un traitement régulier et les trois quarts voient leur autonomie limitée. Plus de garçons ont un problème de santé psychique impactant leur autonomie (23,6% pour 17,2% chez les filles) ainsi que ceux en famille d'accueil (25,4% versus 15,4% en établissement).
- Les enfants sont perçus comme plutôt anxieux (78,8%), souvent instables (54,3%), sans différence significative selon les caractéristiques des enfants et du lieu d'accueil. 29,1% sont plutôt agressifs, plus souvent ceux en établissement qu'en famille d'accueil (33,9% versus 24,6%).
- 18,0% ont un problème de langage notamment les 6-14 ans (27,4% des 6-10 ans et 20,0% des 11-14 ans) et plus souvent ceux en placement familial (23,9% versus 11,8% en établissement). Mais cette information est aussi moins bien complétée pour les enfants en établissement (14,0% de ne sais pas pour 5,6% en placement familial y compris pour les 6-10 ans).
- 11,5% souffrent actuellement d'énurésie surtout les 6-10 ans (18,9%) et 7,9% en ont souffert dans le passé. Pour les enfants concernés par ce trouble, il s'agit surtout d'une énurésie diurne (63%) mais aussi de jour et de nuit (22%).
- Pour un enfant sur cinq, l'existence d'éventuels troubles alimentaires n'est pas connue (20,9%) surtout en établissement (30,1%). 24,4% des enfants sont identifiés comme présentant actuellement de tels troubles et 6,5% sont connus pour en avoir souffert dans le passé.
- Les référents ASE ont peu connaissance sur les tentatives de suicide des jeunes (4,0%).
- Depuis l'arrivée dans le placement des améliorations sont relevées, les enfants sont moins anxieux (52,2%), moins instables (52,1%). Mais moins d'évolutions favorables sont relevées, en revanche, pour l'agressivité (27,7%). De manière générale, l'état psychologique des enfants s'améliore (55,8% dont 20,5% d'amélioration nette) de manière plus notable pour ceux en placement familial (31,0% versus 9,6% en établissement).

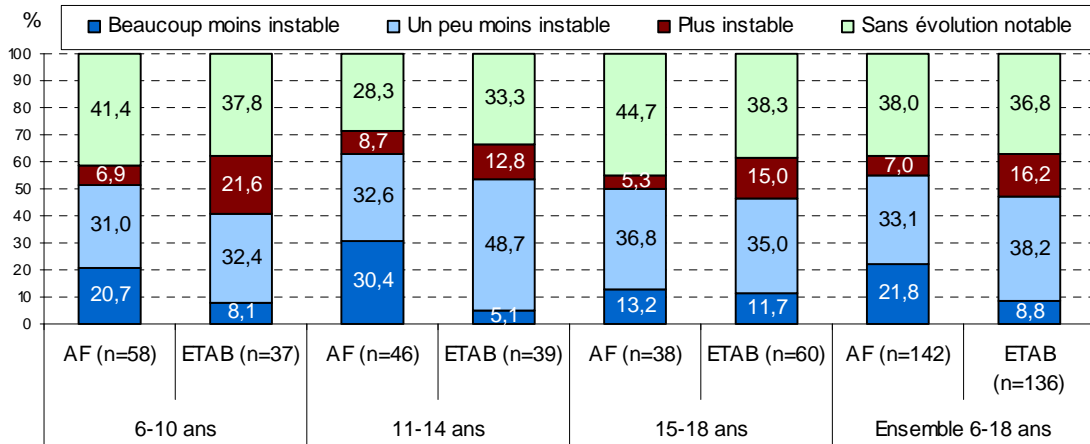
⁵⁵ 17,2% dans le Maine et Loire pour 8,6% dans l'enquête ASE Paris 1998 chez les 7-17 ans

**Le point de
vue des
référénts
ASE**

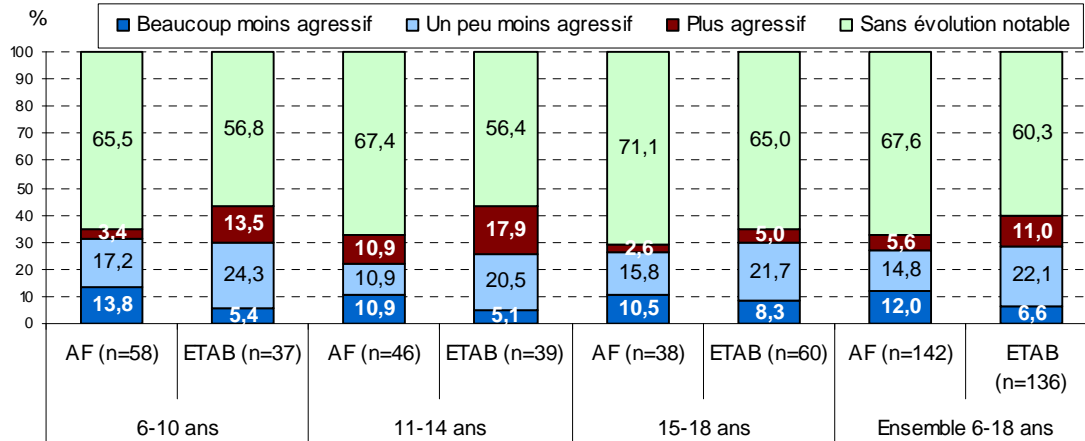
**Evolution de l'état psychologique depuis l'arrivée dans le placement
par âge et type d'accueil**
Anxiété



Instabilité

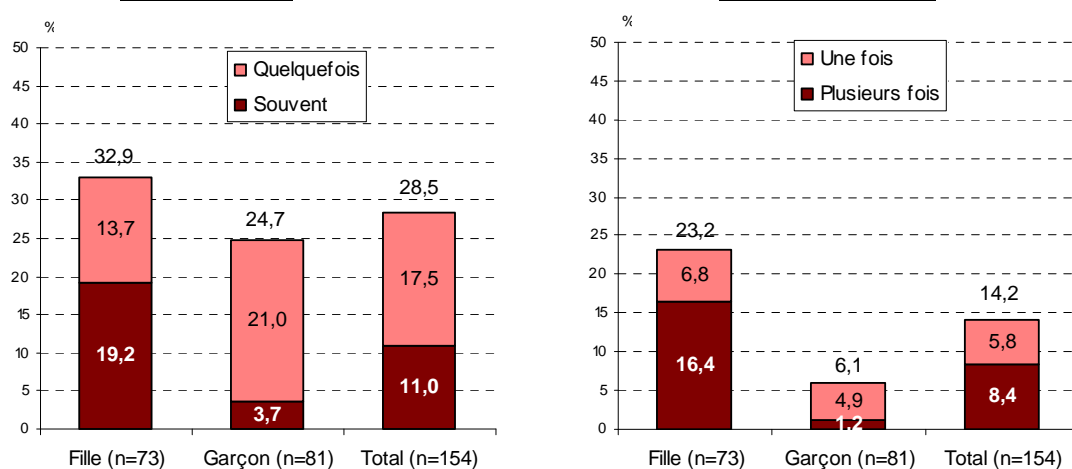


Agressivité



- Un jeune sur trois souffre d'ennui, souvent ou très souvent, et 17,5% de solitude. Assez peu se sentent réellement mal aimés (7,8% de "assez souvent" et "très souvent") mais un sur quatre éprouve ce sentiment quelquefois (25,3%).
- 13,0% prennent d'ailleurs des médicaments contre le stress, l'anxiété ou l'énerverment tous les jours ou très souvent et 3,9%, de temps en temps. Plus déclarent avoir pris au cours des 12 derniers mois des médicaments ou un traitement pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou de comportements (19,5%). Sans que cette différence soit significative, on observe des recours médicamenteux plus fréquents chez les filles (24,7%) et pour ceux en établissement (23,8%). Si les trois quarts de ces jeunes le font en suivant leur prescription, un sur 10 utilise des médicaments prescrits pour un tiers.
- 11,7% de jeunes jugent avoir des difficultés de langage, plus fréquemment les 12-14 ans (16,9% pour 7,9% des 15-18 ans).
- 9,7% déclarent avoir souvent des envies irrésistibles de manger, de se jeter sur la nourriture ou de manger énormément en peu temps et 39,7%, quelquefois. 3,9% disent connaître des moments où ils ne mangent pratiquement rien, ont peur de manger, se font vomir volontairement et 11,7%, quelquefois. En cumulant les réponses "souvent" et "quelquefois", on pourrait estimer que 24,7% des jeunes déclarent des troubles essentiellement boulimiques, 10,4% anorexiques et 5,2% les deux simultanément.
- 10,4% prennent tous les jours ou assez souvent des médicaments pour dormir, 5,8% occasionnellement et 6,5% très rarement.
- Les idées suicidaires sont particulièrement importantes, 11,0%^{56/57} pensent souvent ou très souvent au suicide, et 17,5% quelquefois, surtout des filles (19,2% de souvent et très souvent). Parmi ces jeunes, les deux tiers en ont déjà parlé avec quelqu'un, des ami(e)s (30%), l'éducateur ou l'assistant familial (30%), plus rarement à quelqu'un de la famille (13%) ou à un professionnel, psychologue, psychiatre ou médecin (20%). **14,2%^{58/59} disent avoir déjà fait une tentative de suicide dont 8,4% plusieurs fois**, plus souvent des filles (23,2%) et des jeunes en établissement (22,5%). Parmi ceux ayant déjà une tentative de suicide, un sur deux a été hospitalisé (54,5%⁶⁰)

Proportion de jeunes ayant des idées suicidaires et ayant fait une tentative de suicide



⁵⁶ 13,9% dans le Maine et Loire pour 3,5% dans l'enquête ASE Paris 1998 chez les 13-17 ans

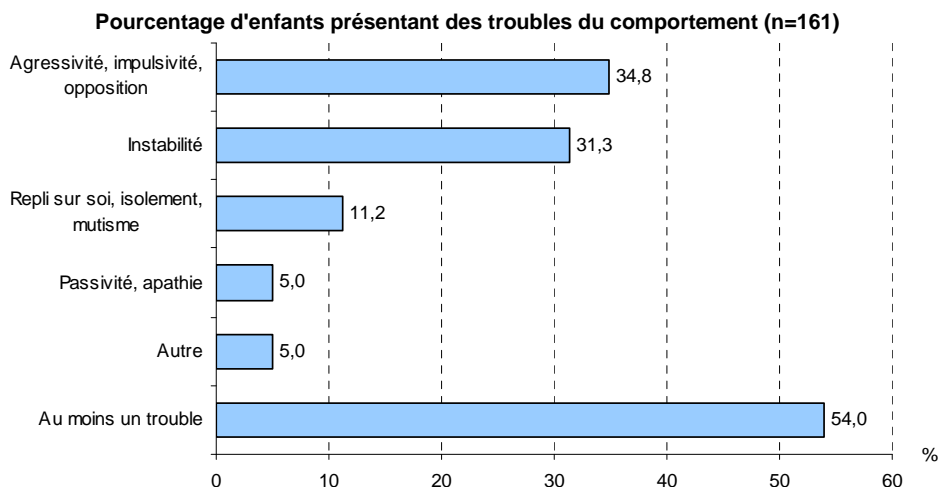
⁵⁷ 13,9% chez les 14-17 ans pour 7,9% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2005) (5,6% des garçons et 20,2% des filles)

⁵⁸ 16,4% dans le Maine et Loire pour 8,2% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

⁵⁹ 18,5% des 14-17 ans dans le Maine et Loire pour 15,2% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2005) (9,4% des garçons et 44,2% des filles)

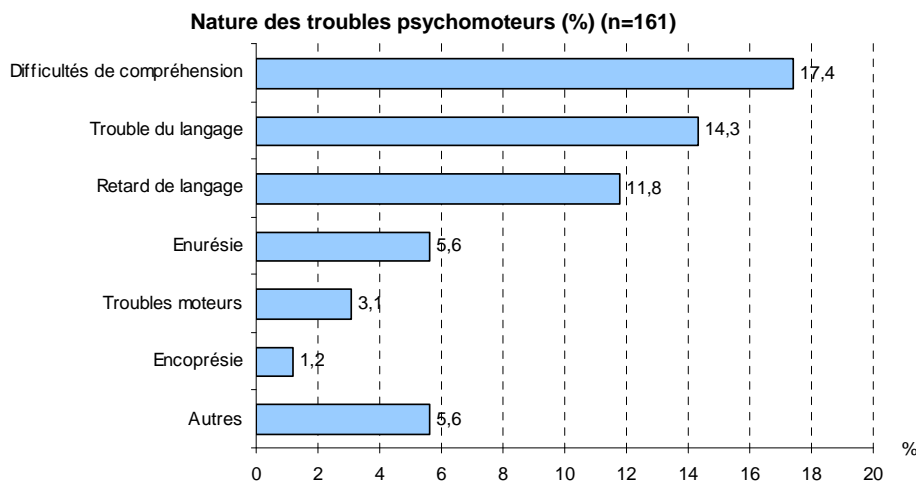
⁶⁰ 60,0% des 14-17 ans dans le Maine et Loire pour 52% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2005)

- 54,0% d'enfants présentent un trouble du comportement sans différence significative selon l'âge, le sexe ou le type d'accueil. Les problèmes diagnostiqués concernent principalement des troubles de l'instabilité (31,1%) ou d'agressivité, impulsivité (34,8%). 11,2% souffrent de repli ou de mutisme.



35,4% sont diagnostiqués avec un trouble du comportement surtout les 6-10 ans (44,3%), 14,9% avec un trouble neuropsychique et 16,1% avec une déficience intellectuelle.

- 31,7% sont diagnostiqués avec un trouble du développement psychomoteur dont un tiers présente des troubles qualifiés d'importants et les deux autres tiers, plus modérés. Les principaux troubles sont les difficultés de compréhension, les troubles et retards du langage. Ils sont plus prévalents chez les 6-10 ans (38,6%) et plus repérés pour les enfants en famille d'accueil (38,8%) avec aussi moins d'incertitude (4,3% de "ne sais pas") qu'en établissement (11,8% de "ne sais pas" en établissement).



- Concernant les troubles de conduite alimentaire, il y a une certaine incertitude puisque 14,9% des médecins n'ont pas pu répondre aux différentes questions sur ce thème. 5,0% des enfants sont connus avec des troubles de la conduite alimentaire plutôt de type boulimique, 2,5% plutôt de type anorexique et 3,7%, pour un autre trouble.
- Les enfants présentent des troubles physiques ou psychologiques suite à de mauvais traitements surtout psychologiques, pour 9,3% des enfants de façon évidente et pour 20,5% des enfants de façon "possible" car cela est souvent difficile à déterminer (20% à 24% de "ne sais pas").
- 24,8%⁶¹ des enfants présentent des troubles du sommeil principalement des difficultés d'endormissement (15,5%) et des cauchemars ou terreurs nocturnes (6,2%) essentiellement chez les 6-10 ans (10,0%). Ces questions sont assez souvent peu connues (21,7%) et plus particulièrement pour les enfants en établissement (29,4%). 6,1% prennent des médicaments en lien avec ces troubles.
- Les médecins constatent souvent une évolution favorable de l'état de santé psychologique des enfants (60,3%) et encore plus fréquemment pour les enfants en famille d'accueil (72,1%).

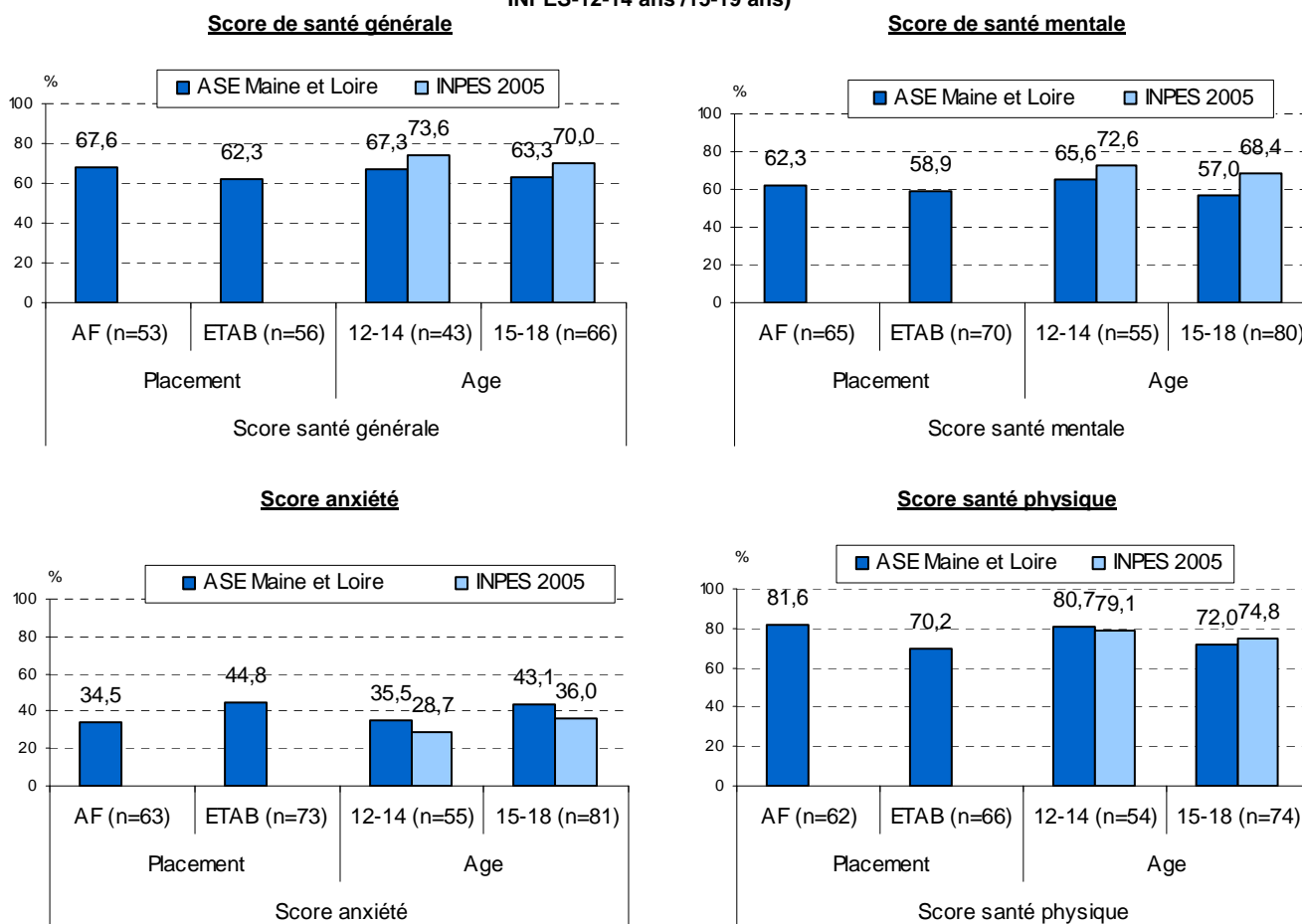
⁶¹ 26,4% dans le Maine et Loire pour 19,6% dans l'enquête ASE Paris (1988) chez les 7-17 ans

Qualité de vie

L'échelle de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les personnes. Cet indicateur utilisé dans le Baromètre santé, enquête nationale réalisée par l'INPES, permet de disposer d'un indicateur synthétique de qualité de vie sur plusieurs dimensions qui sont la santé physique, mentale, sociale, l'estime de soi, la santé perçue, l'anxiété et la dépression. Le score ainsi calculé permet de situer l'état de santé des jeunes par rapport à la situation nationale.

Les jeunes interrogés présentent un score de santé générale englobant les 3 scores de santé physique, mentale et sociale de 65, plutôt meilleur chez les garçons (69) que chez les filles (61) et pour ceux en placement familial (68 versus 62 en établissement), en diminution avec l'avancée en âge (67 chez les 12-14 ans pour 63 chez les 15-18 ans). *Les jeunes se sentent en moins bonne santé (score de 67 chez les 12-14 ans pour 74 dans le Baromètre de l'INPES et de 63 chez les 15-18 ans contre 70 à l'échelle nationale). Cette différence découle essentiellement d'un moins bon ressenti de la santé mentale (65 chez les 12-14 ans contre 73 au niveau national et 57 chez les 15-18 ans contre 68 à l'échelle nationale) et d'une plus grande anxiété (score de 43 pour 36 à l'échelle nationale chez les 15-18 an). Les scores de santé physique et sociale sont eux peu différents.*

Score de santé par âge et type d'accueil et en comparaison aux jeunes en population générale (Baromètre santé INPES-12-14 ans /15-19 ans)



Suivi psychologique

53,8%^{62/63} bénéficient actuellement d'un suivi psychologique sans différence selon l'âge et le sexe des enfants ou le type d'accueil. Pour ceux en établissement (question non posée aux assistants familiaux), le suivi est assuré pour 29% par un psychiatre et pour 67% par un psychologue, plutôt par un professionnel extérieur du secteur public (46,5%) ou un professionnel de l'institution (31,4%), plus rarement par un professionnel du secteur libéral (18,6%). Les suivis se font le plus souvent à rythme mensuel (55,8%) ou hebdomadaire (34,9%). Un suivi psychologique est souhaité pour les enfants n'en bénéficiant pas actuellement (39,5% de certainement nécessaire et 27,9% de peut-être) surtout pour ceux en établissement (53,1% de certainement et 28,1% de peut-être). Les absences de prise en

⁶² 56,3% dans le Maine et Loire pour 29,5% avec un suivi psychologique mais avec 20,2% qui bénéficiaient d'une thérapie dans l'enquête ASE (1998) chez les 7-17 ans

⁶³ 51,5% des 0-21 ans dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

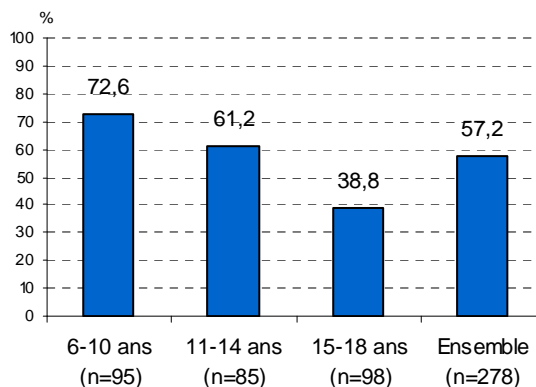
charge pour ces derniers découlent la plupart du temps d'un refus de l'enfant (42,9% des enfants en famille d'accueil et 71,2% en établissement).

17,6%^{64/65} ont un suivi orthophonique. Il concerne surtout les 6-10 ans (33,3%), moins fréquemment les 11-14 ans (13,7%) et les 15-18 ans (5,8%) et plus souvent les enfants en placement familial (21,3% versus 13,9% en établissement). L'équipe éducative était le plus souvent à l'origine de cette prise en charge (56,6%). La plupart de ces enfants ont eu au préalable un bilan orthophonique (83,0%) mais plus rarement un bilan auditif (19% en établissement et 37,5% en famille d'accueil, 37%). Le suivi est jugé correct ou largement suffisant (75,5%) par les éducateurs des établissements et les familles d'accueil. Pour 15,0%⁶⁶ d'enfants n'en bénéficiant pas, un suivi serait souhaité.

Le point de vue des référents ASE

- 57,2% des enfants bénéficient d'un suivi psychologique, plus important chez les plus jeunes (72,6%) et moins fréquent avec l'avancée en âge (38,8% chez les 15-18 ans). Pour les enfants concernés, le suivi est assuré le plus souvent en CMP (37,1%), souvent aussi par un psychologue de l'institution ou de l'établissement (19,0%) ou un psychologue libéral (13,8%). Il est plus rarement fait par un psychiatre libéral (8,2%), un psychologue dans un établissement spécialisé (8,2%) ou le CMPP (9,1% des 6-14 ans). Ces suivis sont le plus souvent à rythme mensuel (50,9%) ou hebdomadaire (37,7%).

Proportion d'enfants bénéficiant d'un suivi psychologique



- Le suivi orthophonique en place est mieux connu pour les petits (31,6% chez les 6-10 ans) moins bien pour les 11-14 ans (5,9% et 11,8% de ne sais pas). Il est aussi considéré le plus souvent comme suffisant (85,4%). La proportion d'enfants pour lesquels un suivi serait souhaitable s'élève à 12,5%, estimation proche de celle faite par les éducateurs et assistants familiaux.

Le point de vue des adolescents

- 81,8% ont consulté au cours de leur vie un psychiatre ou un psychologue et 45,5% déclarent un suivi en cours⁶⁷, plus souvent avec un psychologue (57%) qu'avec un psychiatre (36%), pratiquement autant de manière mensuelle (44%) qu'hebdomadaire (47%). La plupart de ceux n'en bénéficiant pas actuellement ne souhaitent pas bénéficier d'un tel suivi (71,3%).
- Le besoin d'écoute et de soutien est exprimé par près de la moitié des jeunes, 28,6% un peu et 18,8% beaucoup.

Pour les médecins

- 8,7% sont suivis par un orthophoniste.
- 17,6% pensent qu'un suivi psychologique pourrait être bénéfique à l'enfant.

⁶⁴ 15,4% dans le Maine et Loire pour 9,8% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

⁶⁵ 11% des 0-21 ans ont un suivi orthophonique ou en psychomotricité dans l'enquête ASE Yvelines (2002)

⁶⁶ 11,6% dans le Maine et Loire pour 7,6% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

⁶⁷ 50,9% des 14-17 ans dans le Maine et Loire pour 45% de jeunes 14-20 ans ayant vu un "psy" durant l'année dans l'enquête PJJ (2004)

IV.3-Etat de santé physique et somatique

Importance des problèmes de santé

Les principaux problèmes de santé selon les éducateurs des établissements et les familles d'accueil :

- 14,0% des enfants sont suivis régulièrement pour un problème de santé important (maladie chronique ou handicap),
- 29,2% ont des problèmes de vue,
- 4,7% ont des problèmes auditifs,
- 26,2% ont des problèmes dentaires ou gingivaux, cette information est d'autant moins connue que les enfants sont plus grands (9,8% de "ne sais pas" pour les 6-10 ans pour 12,6% pour les 11-14 ans et 16,3% chez les 15-18 ans).

Le point de vue des référents ASE

- 88,5% des enfants sont jugés en bonne santé physique actuellement.
- 11,5% ont un problème de santé physique, maladie chronique ou handicap. Près de la moitié de ces enfants (6,5%) suivent pour cette raison un traitement régulier et presque autant (5,8%) voient de ce fait leur autonomie limitée.
- 24,1% des enfants ont un problème visuel plus fréquent chez les 6-10 ans (31,6%). La question du dépistage visuel est peu connue (57,2% de ne sait pas). 37,0% des enfants ont eu un examen de la vue dans les 2 ans précédant l'enquête.
- 1,2% ont des problèmes auditifs.
- 11,5% ont des problèmes dentaires mais pour 27,0%, l'état dentaire n'est pas connu (35,3% en établissement et 19,0% en famille d'accueil).

Le point de vue des adolescents

- 17,5% sont suivis régulièrement pour un problème de santé important et les deux tiers d'entre eux prennent un traitement ou font des examens en lien avec ce problème de santé.
- 44,8%⁶⁸ déclarent avoir des problèmes visuels.
- 2,1% ont des problèmes auditifs.
- 33,1%⁶⁹ déclarent avoir des problèmes concernant les dents ou les gencives.
- Entre 13,6% et 15,0%⁷⁰ (estimation car l'âge exact n'est pas connu) présentent une surcharge pondérale, surtout modérée (entre 11,3% et 12,8%) *soit un problème de même ampleur qu'en population générale*. Pourtant, ils sont 23,4% à se trouver un peu trop gros et 12,9% trop maigre. 11,7% ont d'ailleurs déjà essayé de changer leur poids en suivant un régime ou un traitement, surtout les filles (19,2%) sans différence selon le type d'accueil.

Pour les médecins

- 14,3%⁷¹ sont suivis pour un problème de santé important avec une compliance correcte pour 72% de ceux ayant un traitement en rapport, difficile pour 33% et inconnue pour 9%. Tous ces enfants bénéficient d'un suivi spécialisé.
- 10,6% des enfants ont une déficience visuelle. 29,2% portent des lunettes mais cette information n'est pas connue pour 11,2% des enfants.
- 1,2% ont un déficit auditif.
- 3,2% présentent une déficience motrice et 1,2% une infirmité motrice cérébrale.
- Entre 14,4% et 18,5% peuvent être considérés en surcharge pondérale d'après le calcul de l'IOTF fait à partir du poids et de la taille indiqués en conformité avec l'appréciation portée par les médecins (estimation de 16,1% d'enfants⁷²) plutôt en surpoids (entre 11,0% et 14,4%) qu'en surcharge pondérale sévère. Les problèmes de poids sont relevés comme plus fréquents pour les adolescents (25,7% dont 8,6% d'obésité). A l'inverse, 14,3%⁷³ sont diagnostiqués par les médecins avec un retard staturo pondéral essentiellement modéré (11,8%).

⁶⁸ 36% dans le Maine et Loire pour 30% dans l'enquête SPS (2002) chez les 12-17 ans

⁶⁹ 28% dans le Maine et Loire pour 38% dans l'enquête SPS (2002) chez les 12-17 ans

⁷⁰ 15,7% (12,4% de surpoids et 3,3% d'obésité) dans l'enquête DREES surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième chez les 14-15 ans

⁷¹ 14% dans le Maine et Loire pour 15% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

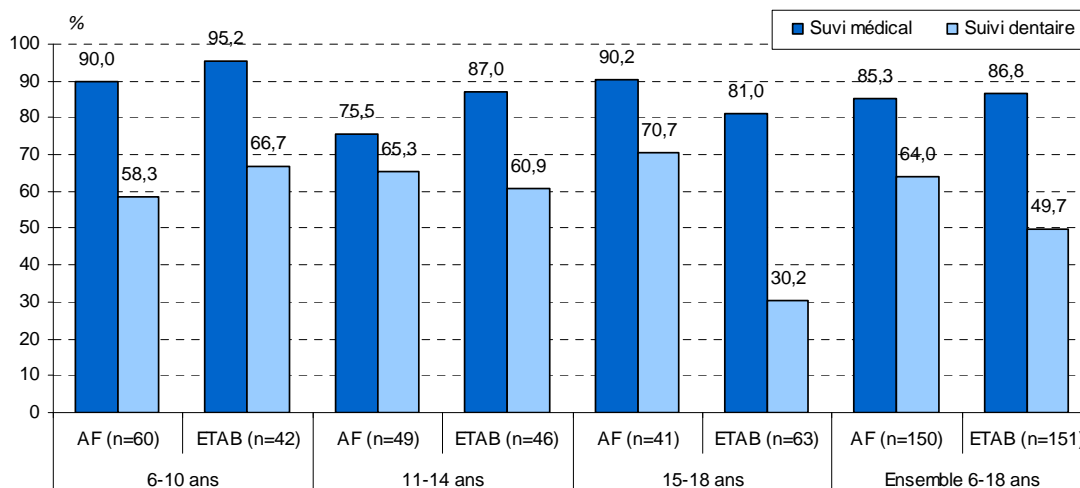
⁷² 12,0% chez les 7-17 ans dans l'enquête ASE Paris (1998)

⁷³ 2,2% (BMI<2 déviation standard) chez les 7-17 ans dans l'enquête ASE Paris (1998)

Suivi médical

Selon les réponses des éducateurs d'établissements et des familles d'accueil, le suivi médical peut être qualifié de plutôt bon : 86,0% des enfants⁷⁴ auraient un suivi régulier par un médecin, un peu meilleur pour les plus jeunes (92,2% des 6-10 ans) mais malgré tout non exhaustif puisque un enfant sur 10 n'en n'aurait pas. Par contre le suivi dentaire s'avère moins satisfaisant, 56,8% avec un suivi régulier, et surtout il est moins connu (17,6% de ne sais pas, 21,9% en établissement).

Proportion d'enfants bénéficiant d'un suivi médical et dentaire régulier par âge et type d'accueil
Source : travailleurs sociaux



En ce qui concerne les autres suivis spécialisés, on relève :

- peu de 6-11 ans avec un suivi pédiatrique (16,4%),
- 20,2% des pré-adolescentes et adolescentes ont consulté un gynécologue, soit 0% des 12-14 ans et 29,8% des 15-18 ans. Peu de travailleurs sociaux sont au courant d'un tel suivi (34,5% de ne sais pas), surtout les assistants familiaux (48,6% versus 23,4% en établissement),
- 53,1% des 6-11 ans ont consulté un ophtalmologiste depuis 2 ans sans différence selon le type d'accueil mais cette information est moins bien renseignée en établissement (24,6% de ne sais pas). Un suivi ophtalmologique est jugé nécessaire par les travailleurs sociaux pour 10,0% des 6-11 ans.

Le point de vue des référents ASE

- Le suivi médical des enfants apparaît également comme assez bon selon les référents ASE, 80,6% ont un suivi régulier par un généraliste ou un spécialiste (hors psychiatre), plus rarement par un dentiste (35,3%). 26,6% ont un suivi assuré par un autre professionnel de santé.
- Le suivi médical est considéré comme plus régulier (53,9%) que le suivi dentaire (41,1%) avec beaucoup d'incertitudes (24,1% de ne sais pas pour le suivi médical et 41,7% pour le dentaire). Mais les suivis, médical (46,7%) et dentaire (59,4%), sont jugés corrects. Ils ne seraient à améliorer que pour seulement 5,0% des enfants.

Pour les médecins

- Le suivi médical apparaît assez régulier puisque 96,3% des enfants avaient été vus depuis moins de 1 an. 46,6% bénéficient d'un suivi médical systématique, en général tous les ans (les deux tiers) ou moins (autre tiers). Les enfants sont connus pour près de la moitié d'entre eux depuis plus de 3 ans (46,0%), un tiers depuis 2 à 3 ans et moins d'un quart depuis moins d'un an (20,5%).
- Le suivi dentaire est peu assuré puisque seulement 56,8% des enfants voient régulièrement un dentiste sans différence notable selon le type d'accueil, un peu meilleur pour les 6-14 ans mais peu satisfaisant, en tout cas, pour les 15-18 ans en établissement (30,2% de jeunes suivis versus 70,7% en famille d'accueil).
- 43,5% des enfants ont bénéficié depuis 2 ans d'un dépistage des troubles de la vision et 21,7% d'un dépistage auditif, plus fréquemment en famille d'accueil pour la vision (50,5% pour 33,8% en établissement). Mais ces informations ne sont pas toujours connues : 42,6% de "ne sais pas" pour la vision des enfants en établissement et 37,3% pour l'audition des enfants en famille d'accueil et en établissement.
- Certains enfants suivent des séances de rééducation : 3,1% en orthodontie⁷⁵ 1,2% en orthoptie, 2,5% en kinésithérapie.
- 7,5% des enfants mériteraient un suivi spécialisé.

⁷⁴78,7% des 14-17 ans dans le Maine et Loire pour 80,5% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2004)

⁷⁵4,0% dans le Maine et Loire pour 7,6% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 7-17 ans

Le point de vue des adolescents

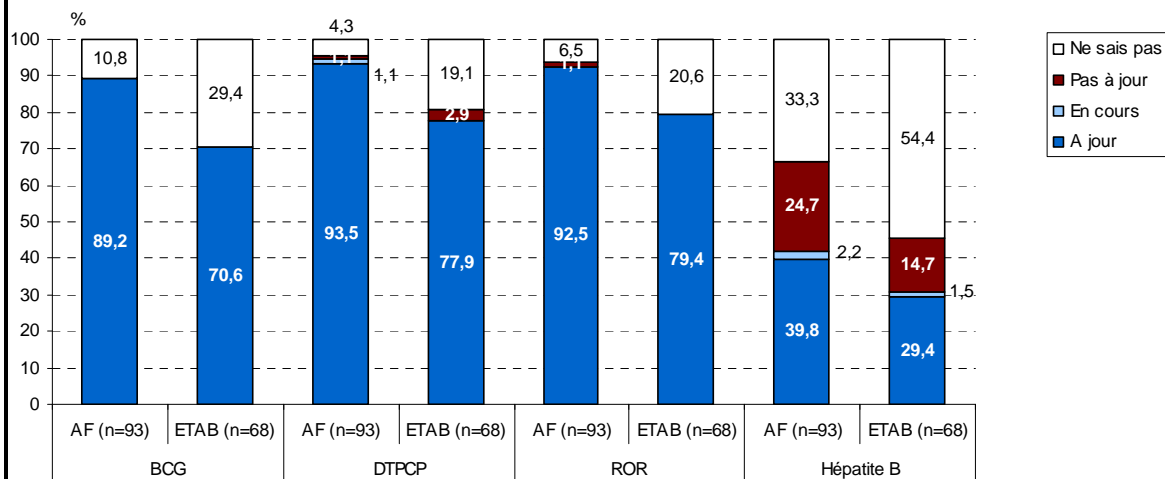
- Un suivi médical assez bon et comparable à celui connu par les professionnels, 87,7% ont consulté depuis 1 an un médecin généraliste, 34,4% un spécialiste. Peu ont été vus en santé scolaire (35,7%) et guère plus ont consulté un dentiste (55,2%^{76/77}) mais un peu plus ceux en placement familial (respectivement 41,9% et 62,2%). 19,5% ont visité un autre professionnel de santé.
- 53,9% des adolescents ont consulté un médecin et 37,0% un dentiste dans le cadre d'un suivi systématique (en l'absence de problème particulier); les jeunes en famille d'accueil sont plus souvent concernés (respectivement 59,5% et 61,5%) que ceux en établissement (48,8% et 52,0%).

Vaccination

- Une couverture vaccinale qui apparaît globalement bonne, *meilleure qu'en population générale*, pour le BCG (81,4%, le DTCP (87,0%), le ROR (87,0%), plus insuffisante pour l'hépatite B (35,4%). Mais les taux de couverture apparaissent systématiquement meilleurs pour les enfants en famille d'accueil que pour ceux en établissement avec toujours une différence importante de connaissance par type d'accueil.

Pour les médecins

Couverture vaccinale des enfants par type d'accueil



⁷⁶ 52,5% dans le Maine et Loire pour 84% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

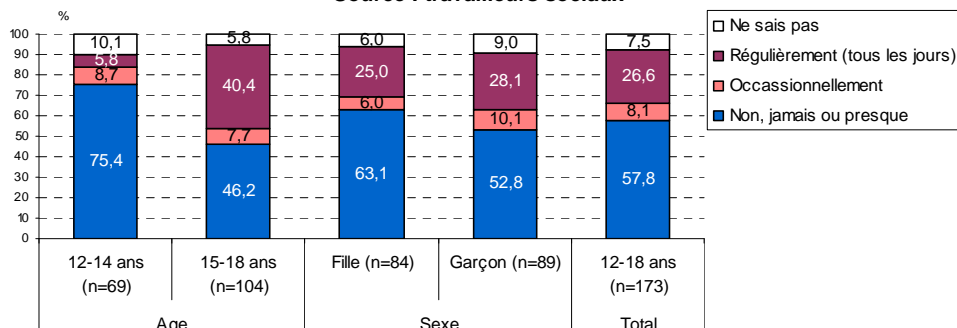
⁷⁷ 53,7% des 14-17 ans dans le Maine et Loire pour 62% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2004)

IV.4-Consommation de produits psycho-actifs, violences, mises en danger

Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis

Selon les travailleurs sociaux, 8,1% des 12-18 ans fument occasionnellement et 26,6% tous les jours. La proportion de jeunes ayant un usage quotidien atteint 40,4% chez les 15-18 ans, plus fréquent en établissement (39,4% pour 11,4% en famille d'accueil).

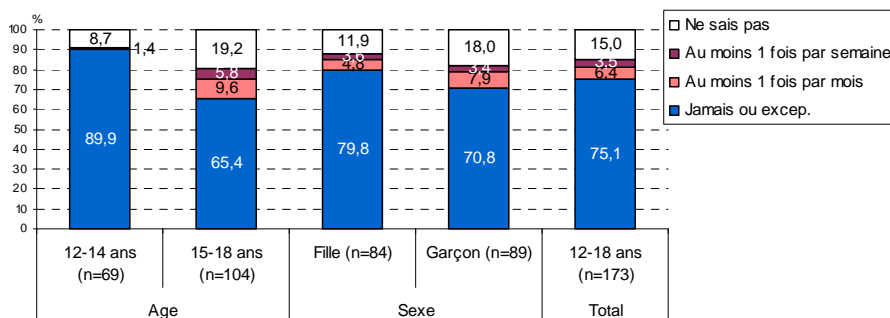
Fréquence de l'usage de tabac par âge chez les adolescents (12-18 ans) et par sexe
Source : travailleurs sociaux



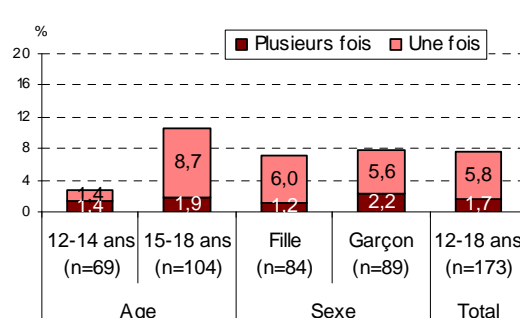
75,1% des adolescents sont considérés comme ne buvant jamais ou exceptionnellement de l'alcool, 6,4% en buvant 1 fois par mois et 3,5%, 1 fois par semaine. 7,5% ont déjà été vu ivres, en grande majorité une seule fois (77% des cas).

Fréquence de l'usage d'alcool par les adolescents (12-18 ans) par âge et par sexe

Fréquence des consommations d'alcool
Source : travailleurs sociaux

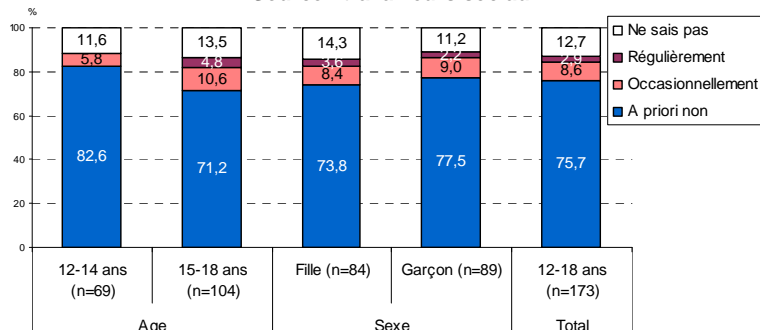


Fréquence des ivresses
Source : travailleurs sociaux



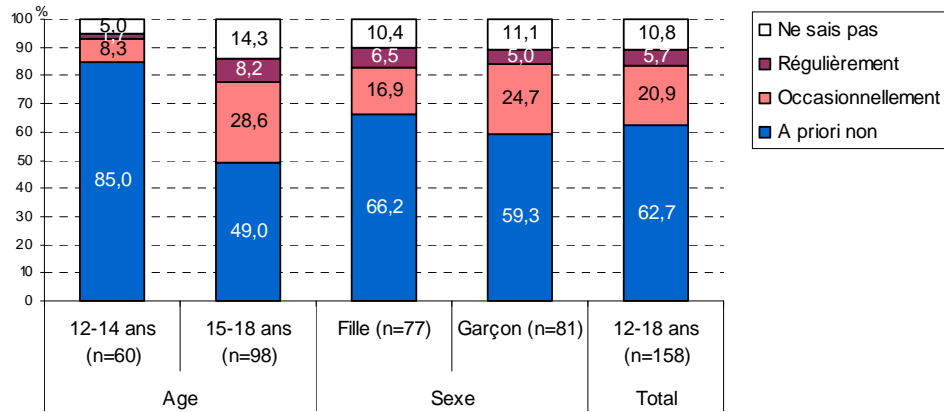
11,5% des 12-18 ans ont consommé du cannabis surtout des expérimentations (1 à 2 fois, 4,0%) ou des expériences renouvelées mais non régulières (plusieurs fois, 4,6%). 2,6% sont connus pour en prendre de manière plus régulière. 5,2% utilisent des médicaments détournés de leur usage ou d'autres substances (1,2%). 4,0% des jeunes auraient un usage régulier d'au moins un produit utilisé comme une drogue.

Usage de cannabis chez les 12-18 ans par âge et par sexe
Source : travailleurs sociaux

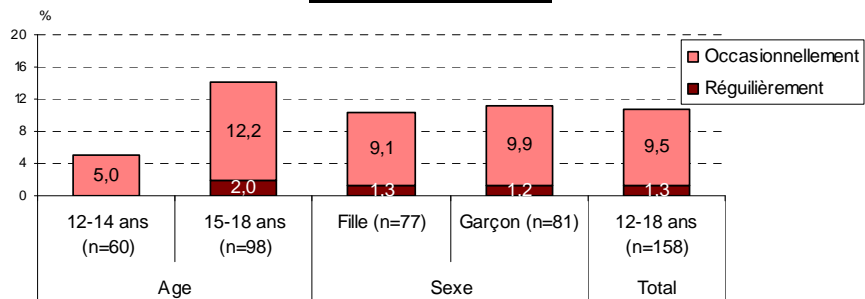


- Le tabagisme des jeunes est assez bien connu (9,5% de ne sais pas) avec des estimations moins élevées des niveaux d'usage, 8,9% pour un tabagisme occasionnel et 22,8% quotidien (32,9% en établissement).
- 26,6% boiraient de l'alcool, la plupart du temps occasionnellement (28,3%), avec 5,7% d'adolescents en consommant plus régulièrement. L'usage plus fréquent s'observerait essentiellement chez les 15-18 ans, 8,2% et pour ceux en établissement (11,7%).

Usage d'alcool des 12-18 ans par âge et par sexe
Consommation d'alcool

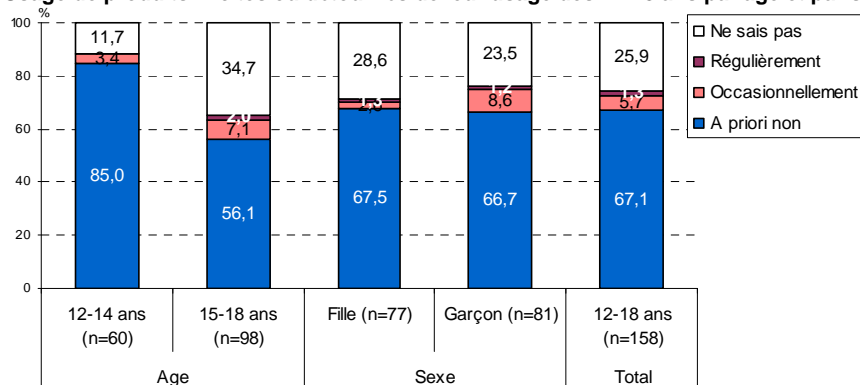


Fréquence des ivresses



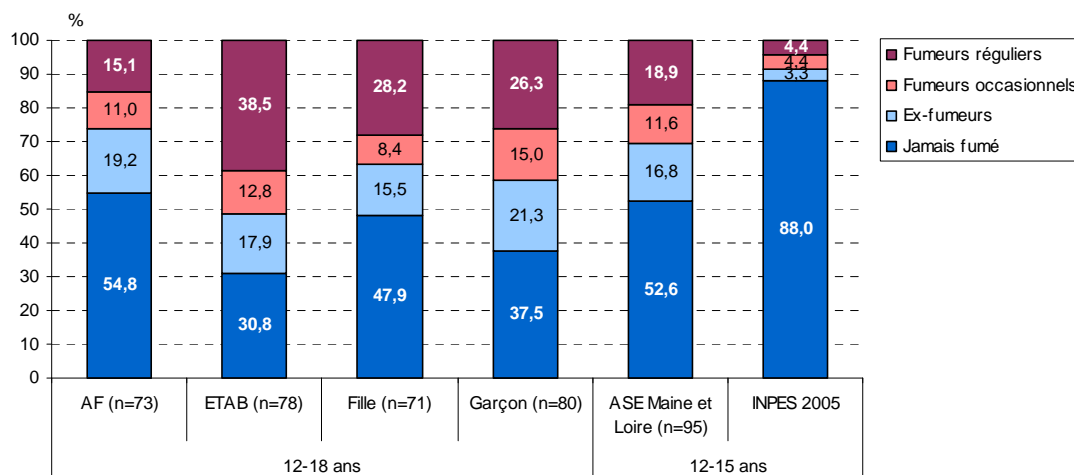
- 11,5% auraient consommé du cannabis, plutôt des expérimentations (1 à 2 fois, 4,0%) ou plusieurs fois (4,6%). 2,6% en consommeraient actuellement régulièrement. 5,2% prennent des médicaments détournés de leur usage ou d'autres substances (1,2%). 1,9% des jeunes sont connus pour avoir une consommation régulière d'au moins un produit utilisé comme une drogue.

Usage de produits illicites ou détournés de leur usage des 12-18 ans par âge et par sexe



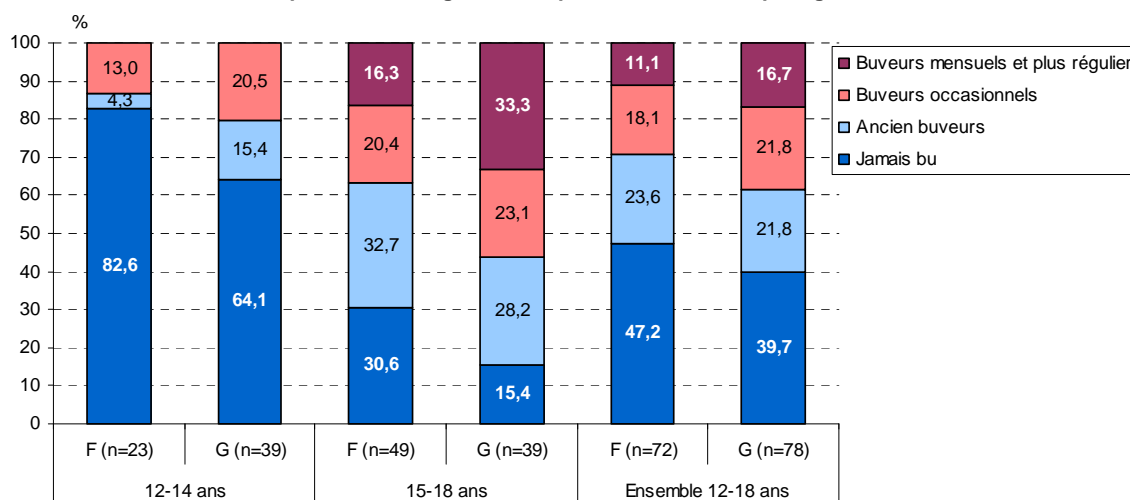
- 56,5% ont déjà fumé du tabac, 44,6% en famille d'accueil et 67,5% établissement, notamment les garçons (61,7% pour 50,7% des filles). La première expérimentation débute en moyenne à 12 ans et demi. Actuellement 39,1% des jeunes fument, 14,3% des 12-14 ans et 56,8% des 15-18 ans surtout ceux en établissement, 51,3% pour 26,0% en famille d'accueil. L'usage est la plupart du temps quotidien (69,5% des fumeurs ou 27,2%⁷⁸ des 12-18 ans) et important avec une moyenne de 10 cigarettes par jour. *La consommation de tabac est beaucoup plus fréquente qu'en population générale, 20,5% des 12-15 ans pour 8,7% à l'échelle nationale, à peine inférieure à celle observée dans l'enquête PJJ de 2004⁷⁹ si on tient compte de la tranche d'âge plus large (14-20 ans pour 14-17 ans en Maine et Loire).*

Fréquence de l'usage de tabac par âge chez les 12-18 ans en comparaison à la situation nationale (Baromètre santé 2005-INPES)



- 42,2% des 12-18 ans disent n'avoir jamais bu de l'alcool plus souvent ceux en placement familial (54%) qu'en établissement (31%).

Fréquence de l'usage d'alcool par les adolescents par âge et sexe



14%⁸⁰ boivent de l'alcool chaque mois, le plus souvent 1 à 2 fois (10%), et 20% ont une consommation plus occasionnelle. L'âge moyen à la première expérimentation est de 13,8 ans. La consommation est plutôt moins répandue qu'en population générale. *La fréquence de la consommation est observée comme moins élevée notamment pour les 12-14 ans par rapport à la population générale mais aussi pour les plus grands en comparaison à la consommation des jeunes pris en charge par la PJJ⁸¹, par exemple.*

⁷⁸ 40,0% des 16-17 dans le Maine et Loire pour 33,0% des 17 ans dans l'enquête ESCAPAD (2005)

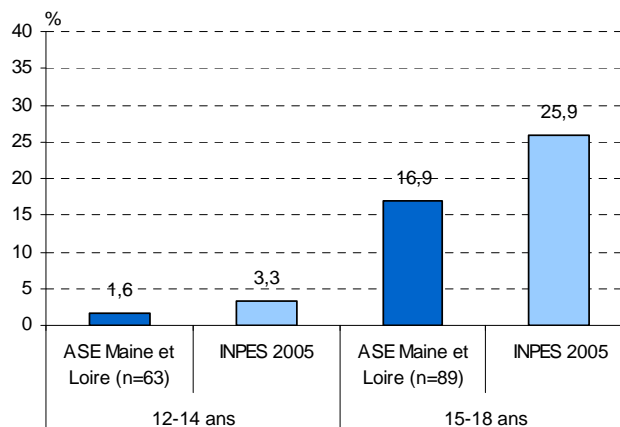
⁷⁹ 48,6% de fumeurs actuels chez les 14-17 ans dans le Maine et Loire pour 69,6% chez les 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2004)

⁸⁰ 30,9% des 16-17 ans dans le Maine et Loire pour 78,7% des 17 ans dans l'enquête ESCAPAD (2005)

⁸¹ 2,7% dans le Maine et Loire pour 10,9% dans l'enquête PJJ (2005) chez les 14-17 ans

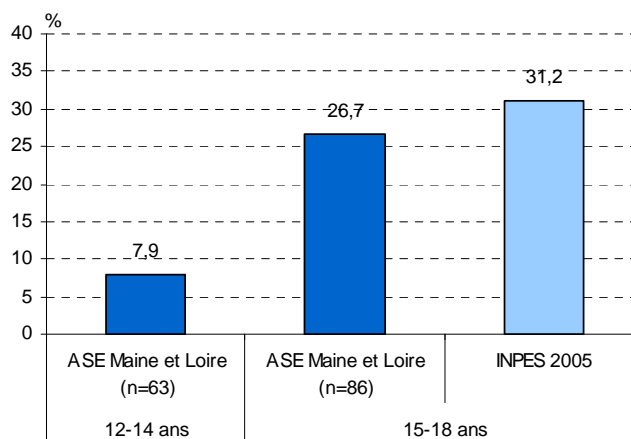
49,4% des jeunes disent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie, 21,1% des 12-14 ans et 32,7% des 15-18 ans. 35,0% l'ont été 1 à 2 fois dans leur vie, 12,5%, 1 à 2 fois par an, et 15,0% plus régulièrement⁸². Les 15-18 ans ont connu plus souvent plusieurs ivresses, 10,3%, 1 à 2 fois par an et 11,7% plus fréquemment. Une différence est observée en fonction du sexe, plus de jeunes filles ont déjà été ivres (57,9% versus 42,9% des garçons) mais elles se sont plus limitées à 1 ou 2 expérimentations, plus de garçons renouvelant l'expérience.

Fréquence de jeunes ayant été ivre au cours des 12 derniers mois par âge en comparaison à la situation nationale



- 18,2% des jeunes ont expérimenté l'usage de cannabis, sans différence selon le sexe, 7,7% des 12-14 ans et 25,8% des 15-18 ans. L'expérimentation est beaucoup plus fréquente pour les jeunes en établissement, 26,3% versus 9,5% en placement familial, *mais s'observe comme bien inférieure à ce qui est observé à l'échelle nationale ou dans d'autres études*^{83/84}. L'âge moyen au 1^{er} essai est de 14 ans. 4,7% sont actuellement des consommateurs, occasionnels (2,0%) ou mensuels (2,7%). Aucun usage régulier (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) n'est observé. Un jeune déclare consommer d'autres drogues, cocaïne et héroïne.

Fréquence de l'usage de cannabis au cours de la vie des adolescents par âge et par sexe en comparaison à la situation nationale



⁸² 21,4% des 16-17 ans dans le Maine et Loire pour 49,3% dans l'enquête ESCAPAD (2005) chez les 17 ans

⁸³ 64,0% d'expérimentateurs dans l'enquête PJJ (2004) chez les 14-20 ans

⁸⁴ 37,5% d'expérimentateurs chez les 16-17 ans dans le Maine et Loire pour 49,4% dans l'enquête ESCAPAD (2005) chez les 17 ans

Violences agies

Selon les travailleurs sociaux, les violences les plus fréquentes concernent les insultes et les menaces, à peine plus envers les pairs (52,2% de souvent et plusieurs fois), qu'à l'encontre d'adultes (43,9%), sans différence significative selon le sexe mais plus souvent citées par les 11-14 ans (63,2% envers d'autres enfants et 53,6% envers des adultes). Celles-ci concernent donc près d'un enfant sur deux et sont plus présentes en établissement. Les agressions physiques occupent aussi une place importante, plutôt "plusieurs fois" (21,6%) que souvent (5,3%) émanant plus de garçons. Les violences physiques sont trois fois plus fréquentes en établissement (31,8% versus 10,0% en famille d'accueil). L'absence de connaissance de ces comportements se rapporte surtout aux violences verbales et plutôt, cette fois, exprimée par les assistants familiaux. Un cas de violences sexuelles est cité.

Le point de vue des référents ASE

- Les référents ASE situent les violences comme moins fréquentes que les travailleurs sociaux avec la même hiérarchie selon leur nature, d'abord les violences verbales autant en direction des pairs (29,8% de souvent et plusieurs fois) que des adultes (28,8%), sans différence significative selon l'âge ou le genre. La différence de comportement selon le type d'accueil est tout aussi marquée, la violence verbale serait de l'ordre de deux fois plus présente en établissement. L'appréhension des faits de violences physiques est un peu moindre que celle discernée par les travailleurs sociaux, plutôt plusieurs fois (14,0%) que souvent (3,6%) surtout de la part de garçons sans différence selon le type d'accueil. On relève beaucoup d'items non renseignés sur ce sujet, entre 11,5% et 16,2% notamment dans les établissements (jusqu'à 19,9% de ne sais pas). Les violences sexuelles sont rares (1,7%) et sont citées pour des enfants en famille d'accueil et en établissement.

Le point de vue des adolescents

- Du côté des jeunes, les violences verbales préférées apparaissent comme moins fréquentes que celles perçues par les travailleurs sociaux, 32,5% envers d'autres jeunes et 22,0% à l'encontre d'adultes (souvent ou plusieurs fois). Par contre, les estimations sont plutôt du même ordre pour les violences physiques (22,7% par les 12-18 ans pour 19,2% par les travailleurs sociaux). Les jeunes en établissement déclarent beaucoup plus de violences verbales sans différence notable selon le sexe ou l'âge alors que les violences physiques émanent elles plus de garçons (27,1% pour 17,8% des filles) et des plus jeunes (30,8% chez les 12-14 ans pour 16,9% chez les 15-18 ans). Enfin, 14,9% déclarent avoir commis des vols, des racketts ou cassé volontairement des choses sans différence selon le type d'accueil, mais plus souvent perpétrés par des garçons (21,0%).

Violences subies

Selon les travailleurs sociaux, la part des enfants victimes de violences dans l'année écoulée est importante, 45,5% pour les violences verbales et 20,9%^{85/86} pour les violences physiques, deux fois plus fréquentes en établissement qu'en famille d'accueil (respectivement 60,9% pour les violences verbales et 31,8% pour les physiques contre 30,0% et 10,0% en famille d'accueil). 5,3% des enfants sont connus pour avoir subi des sévices sexuels.

Le point de vue des référents ASE

- Comme pour les violences agies, la perception de l'importance des violences subies en fréquence durant les 12 derniers mois apparaît moindre que celle appréhendée par les travailleurs sociaux : 29,5% pour les violences verbales et 9,7% pour les violences physiques (souvent ou plusieurs fois) avec beaucoup d'incertitudes à ce sujet (30,9% de "ne sais pas").

Le point de vue des adolescents

- 18,8% des adolescents⁸⁷ déclarent avoir été, au cours des 12 derniers mois, victimes de violences physiques (souvent ou plusieurs fois), 34,4% de violences verbales (souvent ou plusieurs fois) émanant d'autres jeunes et 22,0% d'adultes (souvent ou plusieurs fois), 15,6% ont été volés ou rackettés (au moins une fois)^{88,89}. Le vécu de ces jeunes est assez proche de celui perçu par les travailleurs sociaux. Près d'un enfant sur dix a le sentiment d'être un souffre douleur (souvent ou très souvent) et 17,5%, quelquefois, sans différence selon le sexe ou le type d'accueil.
- Une part importante d'adolescents a vécu des violences physiques graves (20,8%), des violences psychologiques (16,2%) ou des violences sexuelles (17,5%)⁹⁰.

⁸⁵ 29,6% dans le Maine et Loire pour 23,9% dans l'enquête PJJ (2004) des 14-17 ans ayant été victimes de coups au moins une fois au cours des 12 derniers mois

⁸⁶ 45,4% dans le Maine et Loire pour 35,8% dans l'enquête PJJ (2004) des 14-17 ans ayant été victimes de violences verbales au moins une fois au cours des 12 derniers mois

⁸⁷ 39,1% des 12-15 ans ont été frappés par d'autres jeunes au moins une fois au cours des 12 derniers mois dans le Maine et Loire pour environ 12% des 11-15 ans déclarant avoir déjà été frappé dans l'enquête sur les enfants scolarisés HBSC (2002)

⁸⁸ 19,6% des 12-15 ans dans le Maine et Loire pour 1,4% des 11-15 ans dans l'enquête sur les enfants scolarisés HBSC (2002)

⁸⁹ 13,9% ayant subi des vols ou du racket dans le Maine et Loire pour 16,4% ayant subi du racket et 7% des vols dans l'enquête PJJ (2004) chez les 14-17 ans

⁹⁰ 20,8% chez les 14-17 ans pour 11,5% des 14-20 ans dans l'enquête PJJ (2004) (différence qui peut s'expliquer par le sexe-ratio (SR=5,0) dans l'enquête PJJ (40,9% des filles pour 5,7% chez les garçons)

Les ruptures et mises en danger

Selon les travailleurs sociaux, 15,9%⁹¹ des enfants ou des jeunes ont déjà fait une fugue depuis leur arrivée dans le placement actuel dont plus de la moitié à plusieurs reprises. Ces comportements ne diffèrent pas selon le sexe mais concernent près d'un enfant sur cinq et plus au-delà de 11 ans, 19,0% des 11-14 ans et 26,9% des 15-18 ans. Les enfants en établissement ont plus souvent fait (4 fois plus) des fugues (25,9%) que ceux en famille d'accueil (6,0%).

Le point de vue des référents ASE

- Les comportements de fugue sont connus des référents ASE avec des constats similaires à ceux faits par les familles d'accueil et les éducateurs d'établissement. 17,0% des enfants ont fait une fugue depuis leur arrivée dans le placement actuel, 27,9% en établissement et 6,3% en placement familial.

Le point de vue des adolescents

- Beaucoup d'adolescents (43,5%^{92/93}) déclarent avoir fugué au moins une fois. Un tiers des jeunes concernés l'ont fait, une seule fois, et deux autres tiers, deux fois ou plus. Près de deux jeunes sur trois en établissement ont fugué (58,8% pour 27,1% en famille d'accueil) dont 76% au moins deux fois. Il n'est pas relevé d'autre différence significative selon le sexe ou l'âge.
- 10,4% ont eu un accident ayant nécessité une hospitalisation d'au moins 24H durant les 12 derniers mois, pouvant aussi renvoyer à des comportements de "mise en danger".

⁹¹ 17,2% en Maine et Loire pour 12,1% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

⁹² 50,8% en Maine et Loire pour 25,3% dans l'enquête ASE Paris (1998) chez les 13-17 ans

⁹³ 51,8% en Maine et Loire pour 30,6% dans l'enquête PJJ (2004) chez les 14-17 ans

V - APPROCHE QUALITATIVE

V.1- La méthodologie des entretiens de groupe

Trois séries d'entretiens de groupe ont été menées durant le premier semestre 2009.

1. La participation aux entretiens de groupe

a) **Les référents ASE des circonscriptions participant à l'enquête**

Ces entretiens se sont déroulés le 27 janvier matin et après-midi. 17 professionnels des circonscriptions enquêtées ont participé à ces interviews de groupe (6 le matin et 11 l'après-midi).

b) **Les assistants (es) familiaux et les éducateurs d'établissements participant à l'enquête**

Ces entretiens se sont déroulés le 3 février 2009, le matin et l'après-midi. 20 professionnels ont participé à ces interviews de groupe (10 assistants familiaux, 8 éducateurs, 1 infirmière, 1 responsable d'établissement).

c) **Les entretiens menés auprès des psychologues de l'ASE.**

L'interview de groupe des psychologues s'est déroulée le 8 juin 2009, à l'occasion d'une de leur réunion périodique et a duré 1h. 12 psychologues étaient présents venant de toutes les circonscriptions de l'ASE du Maine et Loire.

2. Les objectifs des entretiens de groupe

Les entretiens menés auprès des professionnels des circonscriptions participant à l'enquête et celle menée auprès des psychologues de l'ASE n'avaient pas les mêmes objectifs.

La durée des entretiens menés auprès des professionnels des circonscriptions était de 1h30 à 2h. Ces entretiens étaient semi-dirigés. Les trois principaux objectifs étaient les suivants :

- apprécier les conditions du déroulement de l'enquête par questionnaire,
- recueillir le point de vue des participants sur les questions posées dans ce questionnaire (compréhension, pertinence, accessibilité de l'information, impact sur leur activité),
- identifier les interrelations entre les différentes personnes intervenant auprès des enfants et des jeunes.

Les deux premiers objectifs ont pour finalité d'apporter un éclairage qualitatif à l'enquête quantitative menée par questionnaire. Le 3^{ème} objectif a pour finalité de comprendre le positionnement de chaque acteur de la protection de l'enfance dans la circulation des informations utiles pour le suivi de l'état de santé somatique et psychologique des enfants accueillis.

L'entretien de groupe mené auprès des psychologues n'avait qu'un seul objectif : identifier leur positionnement par rapport aux autres acteurs de la protection de l'enfance, notamment dans la circulation de l'information relative à l'état de santé des enfants accueillis.

V. 2- Les aspects qualitatifs du déroulement de l'enquête

Le déroulement de l'enquête et le point de vue des professionnels sur les thématiques abordées par le questionnaire

Le déroulement de l'enquête

Seuls les professionnels des circonscriptions enquêtées, référents ASE et renforts, se sont réellement prononcés sur les conditions de déroulement de l'enquête.

Les conditions dans lesquelles l'autorisation parentale a été demandée ont fait l'objet de nombreuses remarques :

- courrier adressé aux parents trop dense et trop compliqué,
- parents déchus de l'autorité parentale contactés,
- sollicitations itératives des parents alors que le courrier laissait à penser que l'absence de réponse équivalait un refus.

Certains professionnels de l'ASE des circonscriptions enquêtées se sont également interrogés sur l'aptitude de parents, n'ayant plus ou très peu de contacts avec leurs enfants, à remplir le questionnaire. D'autres ont suggéré que les adultes vivant auprès du jeune enfant, et qui ne sont ni leurs parents ni une assistante familiale, soient également interrogés.

Pour un professionnel de renfort, ayant réalisé des relances téléphoniques, certains refus des parents étaient des refus de principe et d'autres étaient motivés par le questionnaire lui-même.

Enfin tous ont souligné l'intérêt de renforts pour l'enquête et l'importance d'une bonne coordination entre le référent ASE, ou l'adjointe de la circonscription, et ce professionnel de renfort pour un déroulement optimum de l'étude.

Le questionnaire

Pour les référents ASE, les parties du questionnaire portant sur l'évolution de la situation de l'enfant, "*avant le placement*" et "*depuis le placement*", étaient les plus difficiles à remplir. En effet, de nombreux référents ASE interrogés étaient en poste depuis moins d'un an.

Les assistants familiaux et les éducateurs d'établissement n'ont pas été surpris par les questions posées : "*ce sont des questions que nous nous posons*".

Les référents ASE se sont interrogés sur la capacité de nombreux parents à remplir le questionnaire du fait de leur situation de "grande précarité" ou de répondre à certaines questions très sensibles en raison de leur vécu douloureux notamment celles relatives à un suivi psychiatrique ou aux addictions. Les professionnels de renfort ont indiqué avoir "parfois" réalisé de véritables interviews téléphoniques afin d'aider certains parents à remplir leur questionnaire.

Les jeunes ont rempli leurs questionnaires seuls la plupart du temps selon les professionnels de renfort. Certains ont cependant sollicité leur aide pour reformuler certaines questions. Un professionnel de renfort a précisé :

- que certaines questions étaient difficiles, comme celle sur l'opinion des parents par rapport au placement de l'enfant ;
- qu'il était difficile d'aider et le risque d'induire les réponses était grand notamment pour la partie relative aux addictions ou à la sexualité ;
- qu'il avait bien souvent l'impression que les enfants répondaient de façon à "*être conforme aux réponses que l'on pouvait attendre d'eux*" ;

Les référents ASE ont été très peu interpellés par les différentes personnes concernées par l'étude. Celle-ci a eu peu d'impact sur les relations qu'ils avaient avec les jeunes, leurs parents ou les assistants familiaux. Il est vrai que l'interview de groupe est peut-être intervenue un peu tôt dans le calendrier de déploiement de l'étude.

Il n'en n'est pas de même pour les assistants familiaux et les éducateurs référents. Pour ceux-ci, le questionnaire jeune "*n'était pas neutre pour les ados*". Il a provoqué des questionnements partagés avec l'adulte qui était près de lui (l'éducateur, l'assistant familial ou le parent) :

"Les jeunes ont trouvé le questionnaire plus intrusif que nous ; c'était intéressant ; nous en avons discuté ; ils ont pris cela très au sérieux".

"Un jeune m'a dit avoir aidé son parent à remplir son questionnaire et que cela leur avait permis d'échanger ; lui, par contre, a souhaité remplir son questionnaire seul ; il l'a cacheté et l'a envoyé".

Pour ces professionnels les questions relatives "au psy" ou à la sexualité étaient les plus sensibles. Mais le questionnaire leur a permis bien souvent d'engager un échange avec le jeune accueilli sur des questions rarement abordées comme celles relatives aux conduites à risques qui n'étaient pas perçues comme telles par le jeune.

Un référent ASE rapporte les réactions d'une mère qui avait été très ennuyée de ne pas savoir répondre à une question concernant son enfant et ajoute que "*cela l'a fait réfléchir, j'ai trouvé intéressant de pouvoir en discuter ensemble*". Un autre référent ASE rapporte la surprise et l'inquiétude d'une famille d'accueil dont l'enfant accueilli leur avait dit "*avoir déjà pensé au suicide*" à l'occasion de l'enquête. Pour le référent ASE cela a été l'occasion d'un échange avec la famille d'accueil qu'il a perçu comme "*intéressant, constructif*".

Les thématiques du questionnaire

a) La vie relationnelle et affective de l'enfant

↳ La vie quotidienne

Il est difficile pour les référents ASE de répondre à ces questions car ils ne suivent pas au quotidien l'enfant ; selon eux, cela est plus du domaine de l'assistante familiale, du lieu d'accueil.

Pour plusieurs référents ASE *"les questions d'ordre relationnel, cela se joue à l'intérieur des familles, ce n'est pas notre rôle"* et pour l'un d'eux, les questions dans ce domaine sont susceptibles de devenir intrusives car elles peuvent concerner la vie privée de l'assistante familiale.

A contrario, ces questions n'ont posé aucune difficulté aux assistantes familiales (ou assistants familiaux) ou aux éducateurs des établissements. Un éducateur a toutefois fait remarquer qu'ayant en charge des enfants "autistiques", les questions sur le relationnel de l'enfant étaient difficiles à remplir.

Educateurs et assistants ou assistantes familiales ont témoigné de leur grande attention au relationnel avec l'enfant accueilli :

"La difficulté pour nous c'est de combler ses silences ; j'en discute avec la directrice de l'IME ou avec l'éducateur de la DISS" - un assistant familial.

"La vie quotidienne cela dépend de l'âge ; avec le groupe des "6- 11 ans" nous travaillons beaucoup en "référence" à leur propre famille ; avec le groupe des "13-18 ans" c'est plus compliqué ; l'accompagnement est collectif ; nous avons des réunions de groupes mais aussi des rencontres individuelles" - un éducateur.

Une assistante familiale a relaté la stigmatisation dont avait fait l'objet un enfant de l'ASE dans une collectivité scolaire et l'importance de la vigilance des adultes :

"Les enfants se moquaient de lui ; il rentrait en pleurant. L'institutrice m'a aidé ; elle a convoqué toute l'école [petit village] pour expliquer la situation. Depuis les enfants l'entourent et l'aident beaucoup".

L'ensemble du groupe des assistants et assistantes familiales a insisté sur cette vigilance nécessaire pour éviter la stigmatisation envers l'enfant accueilli :

"Oui, la difficulté pour nous c'est l'entourage ; il faut protéger l'enfant ... ne pas mettre d'étiquette".

A l'occasion d'une reformulation de la question sur les relations avec l'entourage, le groupe des assistants et assistantes familiales a évoqué spontanément leurs relations avec leurs entourages personnels. L'arrivée d'un enfant de l'ASE n'est pas neutre pour une famille :

"C'est vrai on perd des amis ; des très anciens amis par exemple nous invitent mais ne viennent plus chez nous ; ils nous ont dit que c'était trop compliqué chez nous".

↳ Les comportements violents et les violences subies

Les référents ASE disent n'être interpellés que lorsque l'enfant accueilli est auteur de violence. Pour ce qui concerne les violences subies, verbales ou physiques, ils éprouvent un certain embarras. Elles leur semblent difficiles à caractériser. Les réponses *"ne sais pas"* dans le questionnaire d'enquête seront à interpréter dans ce sens. Pour eux, c'est la famille d'accueil qui est la mieux placée pour introduire auprès de l'enfant un questionnement sur la violence subie.

"Il est difficile de s'autoriser à poser des questions [sur la violence subie] à l'enfant".

"Il y a un climat, mais on n'arrive pas à caractériser".

A propos des violences sexuelles, les réponses *"ne sais pas"* du questionnaire d'enquête seront également à interpréter dans le sens d'un *"peut-être"* ou de l'existence d'un doute tant leurs révélations sont délicates, difficiles à accompagner et lourdes de conséquences.

Les assistantes, assistants familiaux et des éducateurs ont eu plus de difficulté pour exprimer leurs opinions sur la partie du questionnaire portant sur les comportements violents.

Une assistante familiale dira que *"la situation est en dents de scie"* ; un autre que le questionnaire ne lui semblait pas bien adapté en ce qui concerne les violences verbales, les insultes et les menaces envers un adulte n'étant pas du même ordre. Pour un éducateur, il existe une auto-régulation des comportements violents au sein des groupes de garçons, la violence étant plus présente dans les groupes de filles.

Le climat semble plutôt apaisé au sein des familles d'accueil aux dires des personnes présentes et les comportements violents "gérés" collectivement dans les établissements, ou avec le soutien d'un psychologue dans un établissement accueillant spécifiquement des enfants présentant d'importants troubles du comportement.

Pour ce qui concerne les violences subies par les jeunes accueillis, physiques ou verbales, plusieurs assistants ou assistantes familiaux ont regretté la non réactivité ou le silence des collectivités ou des CMP fréquentées par l'enfant.

"Non, je ne suis pas interpellée ; c'est moi qui interpelle l'école ; c'est l'enfant qui me raconte ; il rentre avec les vêtements déchirés, les lunettes cassées. L'établissement ne réagit pas comme j'attendrai ; je suis déçue que personne ne s'interpose !" - une assistante familiale.

"Sur la violence subie ou auteur, les échanges avec l'école sont plus ou moins faciles ; c'est avec les lieux de soins que c'est le plus souvent difficile, les lieux de soins comme les CMP" - un éducateur.

Les assistants, assistantes familiaux et éducateurs, se sont très peu exprimés sur la question relative aux violences sexuelles (subies ou auteurs) posée dans le questionnaire. Tous ont finalement souligné la grande difficulté à détecter si l'enfant avait pu être victime de violences sexuelles et ont exprimé leur embarras face à ce questionnement. Beaucoup, et notamment les éducateurs, ont évoqué l'importance des techniques non verbales utilisées par une équipe de CMP pour permettre l'expression d'un enfant dans ce domaine. Une assistante familiale a témoigné du soutien de l'institution "ASE" lors d'un signalement pour abus sexuel et du procès qui a suivi :

"Je me suis sentie entourée, soutenue, bien accompagnée par l'ASE" - une assistante familiale.

Enfin tous, assistants familiaux et éducateurs, ont regretté très vivement le glissement des rôles des professionnels "psy" vers le lieu d'accueil, un accompagnement psychologique leur étant de plus en plus souvent demandé.

↳ Les comportements à risque

Ces questions n'ont pas suscité d'observations particulières de la part des référents ASE. Selon l'un d'eux, ces questions se posent beaucoup moins précocement et de façon moins aigüe que dans les grandes villes.

Les assistants familiaux et les éducateurs n'ont été ni surpris, ni gênés par les questions sur les comportements à risque. Celles-ci ont souvent suscité des échanges entre les jeunes accueillis et l'assistant / assistante familiale ou l'éducateur.

"Ce qui était intéressant, c'est que ces questions étaient regroupées sous le thème "des comportements à risques" ; il [le jeune] ne comprenait pas en quoi cela était à risques [alcool] ; il m'a questionné et nous avons pu en discuter ; nous avons discuté de la question du "prendre soin de soi" ; j'ai trouvé intéressant que cela vienne de lui" - une éducatrice.

Un assistant familial expérimenté a ajouté qu'il aurait souhaité remplir ce type de questionnaire avec les précédents enfants accueillis (5) notamment à l'adolescence.

↳ Les comportements sexuels

Spontanément, les deux groupes, du matin et de l'après-midi, des assistants/ assistantes familiaux et des éducateurs ont abordé les questions des comportements sexuels et de la sexualité. Les éducateurs souhaitaient connaître comment les assistants/assistantes familiaux abordaient ces questions et vice-versa.

Les comportements sexuels

"Et vous, comment faites-vous avec les comportements sexuels ?" - un éducateur.

"J'ai demandé à un psychologue de l'ASE d'aborder ces questions avec l'enfant" - une assistante familiale.

"Oui déjà par rapport à nous ; comment réagir - par exemple j'ai eu à faire avec des attouchements de la part de l'enfant (10 ans) que j'accueillais ... comment réagir ? J'avais conscience qu'il reproduisait ce qu'il avait déjà vécu ; j'en ai parlé avec le référent ASE ; mais ce n'est pas simple" - une assistante familiale.

"Oui, c'est pas simple – comment réagir, notamment par rapport aux autres enfants de la famille" - une assistante familiale.

La contraception, la prévention des IST et le "gardasil".

"Mon établissement est mixte ; aujourd'hui mes collègues se réunissent autour de la question de la contraception et de la mise à disposition de préservatifs ; nous ne sommes pas tous d'accord. Et vous comment faites-vous ?" - une éducatrice.

"Il faut être très au clair sur la question de la contraception ou du préservatif avec les jeunes et leurs parents" - un assistant familial.

"C'est mon épouse qui a abordé les questions relatives à la sexualité et à la contraception avec la jeune fille que nous accueillons car le référent ASE est un homme et cela ce serait mal passé" - un assistant familial.

Les conditions de prescription de la contraception dans certains centres de planification ont été vivement mises en cause par plusieurs personnes présentes. Des assistantes familiales et des éducateurs reprochent à un centre l'absence de véritable information du jeune et l'absence d'examen gynécologique préalable lors de la prescription de contraceptifs ou lors de la pose d'implants contraceptifs.

"Ça veut dire quoi de prendre la pilule si auparavant aucune information et aucun travail éducatif n'a été fait sur la physiologie de son corps et sur la sexualité ?" - un éducateur.

Les conditions de prescription du "gardasil" ont également fait l'objet de nombreuses interventions parfois très véhémentes des éducateurs et des assistants/tes familiaux. Plusieurs se sont élevés contre une prescription du "gardasil" qui leur semble systématique et réalisée sans concertation ni information préalable du jeune ou de ses parents.

"Nous associons la famille à la question de l'argent de poche, je ne vois pas pourquoi nous ne le ferions par sur celle du gardasil !" - une assistante familiale.

"Il faut d'abord poser la question à la maman du jeune et lui expliquer pourquoi on envisage de prescrire le gardasil; pour cela nous nous coordonnons avec le référent ASE" - une assistante familiale.

Tous ont souhaité qu'un travail soit réalisé au sein de l'ASE autour de la question des comportements sexués, de la sexualité et de la contraception.

b) La scolarité et l'insertion scolaire

Les référents ASE semblent avoir rencontré des difficultés pour remplir cette partie du questionnaire. D'une part, les questions notamment sur le niveau scolaire, comportaient trop d'items et les réponses à cocher leur semblaient trop subjectives. D'autre part, les pratiques des référents ASE et des circonscriptions semblent très hétérogènes dans ce domaine :

- certains affirment qu'il est de leur rôle de s'informer et de suivre la scolarité de l'enfant ; ils demandent à recevoir les bulletins scolaires ;
- d'autres précisent qu'ils ne les reçoivent pas toujours, "*parfois seulement*" ;
- et d'autres encore estiment que le suivi de la scolarité est l'affaire des parents ou des familles d'accueil.

Les opinions des assistant(e)s familiaux(les) et des éducateurs/trices étaient également très partagées. Pour certains les questions sur la classe fréquentée et le niveau scolaire n'étaient pas adaptées à la diversité des modes de scolarisation notamment à celles des enfants ayant des troubles importants.

Pour d'autres, les questions relatives à la scolarité n'ont posé aucune difficulté car elles correspondaient à leur procédure d'accueil.

Enfin, l'attitude à avoir vis-à-vis de la scolarité de l'enfant accueilli a fait l'objet de débat dans les groupes :

"La réussite scolaire, il ne faut pas en faire une fixation ; le plus important c'est que l'enfant aille bien" - un assistant familial.

"L'école c'est quand même important ; bien sûr, il ne faut pas mettre la pression ; il faut connaître et reconnaître les limites de l'enfant" - un assistant familial.

Par ailleurs, les accueillants n'ont pas toujours connaissance du bulletin scolaire ; ainsi le matin sur 8 accueillants seuls 2 recevaient le bulletin scolaire.

A l'inverse des référents ASE, une grande partie des assistant(e)s familiaux(les) et une partie des éducateurs s'accordaient pour dire que "*c'est le référent ASE qui règle les questions relatives à la scolarité*".

c) L'état de santé psychologique et le suivi psychologique

Pour les référents ASE, il est très difficile de se prononcer sur l'état de santé psychologique de l'enfant et sur son évolution, faute souvent de recul suffisant, ou sur les "changements psychologiques", la situation pouvant être très variable d'une période à l'autre.

"C'est quand il y a une montée d'angoisse que l'on est interpellé par l'assistant familial ou les parents".

Les assistant(e)s familiaux(les) et les éducateurs(trices), comme nous l'avons dit précédemment, déplore le glissement des rôles qui fait porter sur le lieu d'accueil la responsabilité du soutien psychologique de l'enfant accueilli. Ceci est d'autant plus mal ressenti, notamment par les assistant(e)s familiaux(les), que leurs échanges avec les professionnels de la psychiatrie semblent difficiles et limités. Les psychologues de l'ASE apparaissent alors comme leur principal recours, pour l'enfant et pour eux-mêmes.

"L'enfant est en attente de prise en charge ; alors c'est l'ASE (le psychologue) qui m'aide" - une assistante familiale.

"Avec les psychologues de circonscription, c'est parfait ; je peux l'interpeller ; c'est un vrai soutien pour l'enfant et moi-même ; le CMP voudrait que je voie un autre psychologue que celui de l'enfant....je comprends mais pour l'instant cela va bien avec celui-là alors je reste avec lui" - une assistante familiale.

La situation dans les établissements est sensiblement différente, soit ils disposent en interne de ressources en professionnels "psy", soit ils ont pu nouer des partenariats avec les professionnels de la psychiatrie publique ou libérale.

d) L'état de santé physique ou somatique

Les difficultés rencontrées par les référents ASE pour remplir cette partie du questionnaire étaient de deux ordres, la non accessibilité de l'information détenue par le lieu d'accueil ou par les parents et une absence ressentie de légitimité sur ces questions.

"Les assistantes maternelles ne pensent pas forcément à nous parler des problèmes de santé de l'enfant, par exemple qu'il a des problèmes d'énurésie".

"Je ne me sens ni légitime ni compétente sur ces questions de santé".

Plusieurs ont regretté le désengagement de la PMI sur les questions de santé de l'enfant de l'ASE et ont constaté que depuis, celles-ci n'étaient plus (ou peu ?) abordées au sein de l'ASE.

Les assistant(e)s familiaux(les) et les éducateurs ont été très disert sur la question de la santé somatique des enfants accueillis. Plusieurs ont déploré l'état de santé très dégradé ("*effarant*") d'un enfant venant de l'établissement C.B, sans qu'ils en aient été avertis ou informés au préalable. Par contre plusieurs assistant(e)s familiaux(les) ou éducateurs apprécient les rencontres programmées avec le médecin du "Village St Exupéry" lors du transfert de l'enfant : "*cela nous aide bien*".

Les assistant(e)s familiaux(les) et les éducateurs(trices) des établissements ont constitué leur réseau personnel de professionnels auxquels ils adressent les enfants qu'ils accueillent, les professionnels de santé n'étant pas également "ouverts". Pour les assistants familiaux, il s'agit de leur médecin de famille. Mais l'une d'elle a dû changer de médecin de famille à l'occasion d'un accueil d'un enfant de l'ASE.

Ce sont pour les soins dentaires que l'accès aux soins semble le plus problématique. Et cela est d'autant plus préjudiciable aux enfants que plusieurs accueillants ont souligné leur très mauvais état dentaire. Il faut rechercher un dentiste qui accepte la CMU mais également qui ait un relationnel adapté à l'enfant :

"Ce n'est pas tous les dentistes qui acceptent de recevoir nos enfants. Souvent il faut attendre un quart d'heure pour qu'un enfant accepte seulement d'ouvrir la bouche"- un éducateur.

"Pour les soins dentaires c'est plus compliqué ; certains soins se font sous anesthésie générale. Notre souci, c'est la carte vitale qui est stigmatisante pour les enfants dans l'accès aux soins ; les professionnels de santé ne comprennent pas et certains refusent. Il faut expliquer pour quoi 99 sur la carte vitale" - une éducatrice.

L'accès aux soins ophtalmologistes et au dépistage des troubles visuels, plus rarement nécessaire, ne semble pas toujours optimum. Deux assistantes familiales ont mentionné le refus de la prise en charge financière des lunettes quand celles-ci doivent être renouvelées à plusieurs reprises, l'enfant étant enclin à les casser ou à les perdre plus souvent qu'un autre.

La prise en charge des troubles du langage et l'accès à une orthophoniste est très variable selon les lieux géographiques. Dans les circonscriptions des référents ASE présents lors de l'interview, il n'y avait pas de difficultés d'accès à une orthophoniste, même en milieu rural. Une assistante familiale a toutefois indiqué que l'enfant qu'elle accueillait était en attente de prise en charge depuis plusieurs mois.

Un éducateur a posé la question de l'accès au carnet de santé qui "théoriquement" est confidentiel, n'est accessible qu'au personnel de santé et reste la propriété des parents de l'enfant. Plusieurs

assistants familiaux ont le carnet de santé de l'enfant qu'ils accueillent. De façon unanime, moins une voix, ils soulignent qu'ils seraient très embarrassés pour assurer le suivi de l'état de santé de l'enfant accueilli s'ils ne l'avaient pas à disposition. Dans les établissements ce n'est pas toujours le cas.

Au village Saint-Exupéry, l'infirmière fait le lien sur les questions de santé avec les équipes éducatives, notamment en l'absence du carnet de santé. Celle-ci souligne le fait que *"les enfants ne connaissent pas leur corps ; il faut leur apprendre à se le réapproprier ; c'est une manière de leur permettre de retrouver leur dignité ; les enfants sont pris en charge par les éducateurs qui leur réapprennent l'hygiène"*. Plusieurs éducateurs et assistants familiaux approuvent l'importance souvent de réapprendre l'hygiène du corps aux enfants accueillis.

Tous les accueillants, familles d'accueil et éducateurs, font remarquer l'importance que revêt pour les parents la santé de leur enfant : *"en fait, les parents nous interpellent beaucoup sur la santé de leur enfant"*.

Le positionnement des professionnels de l'ASE

↳ Et les professionnels de l'Education Nationale

Les référents ASE sont impliqués essentiellement au moment des orientations scolaires. Sinon, ils ont peu de relations avec les professionnels de l'Education Nationale. Selon eux, les échanges d'information transitent essentiellement par les assistantes sociales de l'éducation nationale et de la circonscription d'action sociale. Toutefois, les liens sont plus faciles à établir dans le primaire, surtout en milieu rural, également lorsqu'un Sessad est sollicité.

Selon un référent ASE, les enseignants sont mal à l'aise face à la situation des enfants accueillis :

"Une information par l'ASE a été faite à l'ensemble des enseignants de la circonscription avec peu de résultats ; mais elle serait peut-être à refaire".

Les assistants familiaux et les éducateurs ont qualifié leurs relations avec le monde enseignant de *"compliquées"* d'autant que les positionnements respectifs (le leur, celui des parents, celui du référent ASE) ne sont pas clairement définis :

"Cette question gêne les enseignants, gêne les jeunes et nous, nous sommes aussi gênés" - un éducateur.

Qui reçoit les bulletins scolaires ? Qui va aux réunions "parents-profs" ? Ces questions ne sont apparues évidentes pour personne. Toutefois, les familles d'accueil sont celles qui semblent avoir le plus de contacts avec les enseignants des enfants accueillis, peut-être parce que la majorité d'entre elles vivent en milieu rural.

Il ne semble y avoir aucun contact avec la santé scolaire. Deux familles d'accueil ont toutefois regretté que l'enquête n'ait pas touché les infirmières scolaires des collèges : *"nos enfants sont souvent à l'infirmerie"*.

Les relations et les échanges d'informations sont plus faciles pour tous quand le jeune est en apprentissage.

Enfin tous, référents ASE et accueillants, craignent la stigmatisation de l'enfant de l'ASE en milieu scolaire, par le fait des autres enfants mais également par le fait des enseignants.

↳ Et les professionnels de la psychiatrie

Selon les référents ASE, les relations avec la pédopsychiatrie se sont améliorées. Certaines équipes participent aux synthèses en circonscriptions. D'autres invitent l'ASE à leurs réunions de synthèse. Cela reste très dépendant des personnes. Par contre, il y a très peu de liens avec la psychiatrie publique adulte. Les échanges d'information passent par les psychologues de l'ASE et l'assistante sociale de la psychiatrie. Quelques signes positifs sont cependant à noter :

- une circonscription a participé une fois à une synthèse organisée par un secteur de psychiatrie adulte et a trouvé très constructif cette expérience ;
- une visite médiatisée avec une mère "très malade" a pu être organisée par l'ASE et la psychiatrie adulte.

Pour les éducateurs des établissements, les échanges d'informations avec les professionnels de la psychiatrie sont moins évidents. Plusieurs éducateurs ont qualifié les *"CMP de lieu très fermés"*. Cependant, certaines équipes ont des *"relations fluides"* avec la pédopsychiatrie ; celles-ci sont très

dépendantes des personnes. Les psychologues de l'établissement ou de l'ASE facilitent les échanges.

Selon les familles d'accueil, les professionnels de la psychiatrie, adulte ou infanto-juvénile, ne tiennent aucun compte de leur proximité avec l'enfant accueilli. Et pourtant elles vivent au quotidien près de l'enfant, assurent son soutien psychologique quand une prise en charge spécialisée ne peut pas être mise en place. Les psychologues de l'ASE font alors office de relais ou d'intermédiaire.

↳ Et les parents

Les référents ASE et les éducateurs ne se sont pas prononcés sur leurs relations avec les parents des enfants accueillis.

Par contre, le positionnement des familles d'accueil par rapport aux parents reste délicat. Celles-ci s'accordent pour dire qu'elles doivent rester en dehors, que c'est le domaine du référent ASE :

"Il y a un conflit de loyauté pour les enfants, on essaie de ne pas les mettre en porte à faux".

Mais les relations parents-enfants impactent inévitablement l'attitude de l'enfant au sein de la famille d'accueil, *"il faut décrypter ce qui se passe"*. Alors, le groupe des assistants familiaux dit *"se protéger"*, *"en parler avec les autres familles d'accueil"*.

↳ Les psychologues de l'ASE

Les psychologues participent systématiquement aux révisions annuelles de situations et une partie de leurs interventions se fait dans un cadre "collectif". Cette action sur le collectif leur semble particulièrement importante :

"Notre rôle, c'est de permettre aux professionnels de penser, de se déprendre de l'imaginaire, des enjeux inconscients".

"Nous aidons l'institution à réfléchir, à faire que les choses soient moins confuses par rapport à l'accueil de l'enfant, aux problématiques familiales ; il y a beaucoup de confusion sur les rôles de chacun, de glissement de tâches dans l'institution".

Leurs interventions se déroulent, pour une autre part, à l'occasion d'une relation individuelle. Il leur apparaît alors particulièrement important de travailler sur la demande, celle du professionnel ou de l'enfant. Les psychologues sont sollicités directement par les référents ASE, les assistant(e)s familiaux(les) afin d'apporter, par exemple, un éclairage sur le suivi d'un enfant.

Pour plusieurs psychologues présents leurs interventions auprès des familles d'accueil sont essentielles et ils regrettent de ne pouvoir y consacrer suffisamment de temps ; *"cela permet de dénouer des relations tendues, notamment entre le référent ASE et la famille d'accueil"*. L'intervention du psychologue peut également être importante pour l'épanouissement des familles d'accueil : *"votre accompagnement m'a ouvert beaucoup d'horizons dans la vie"*.

Un autre psychologue a souligné l'importance de l'accompagnement des "fins de placement" qui requiert un temps institutionnel avec le référent ASE, l'assistant familial et l'enfant ; et parfois également des temps individuels.

Il semble que les psychologues interviennent peu auprès des parents de l'ASE qui, selon eux, ne sont pas suffisamment accompagnés.

"Les référents ASE courent tout le temps... alors comme la demande des parents passe par eux On voit moins les parents, c'est dommage".

Enfin une très grande partie du temps des psychologues est consacrée à l'établissement de liens entre tous les professionnels qui interviennent dans la prise en charge de l'enfant. Un psychologue de l'ASE serait ainsi en contacts réguliers avec près d'une cinquantaine d'intervenants. Parmi ceux-ci, il y a les professionnels de la psychiatrie publique, infanto-juvénile et adulte. Les échanges sont le plus souvent faciles.

"Je sens la porte ouverte".

"Nous essayons de ré-initialiser des rencontres avec le secteur de psychiatrie de C, même si on les sent très proches du burn-out".

La faible disponibilité des équipes de psychiatrie publique reste un obstacle à des échanges plus conséquents notamment avec la psychiatrie adulte ; *"nous échangeons par téléphone ou surtout par e-mail ; mais pour discuter il faudrait se déplacer et cela est plus compliqué"* Mais on note une évolution

favorable significative sur un secteur où une rencontre "parents-enfants" a pu se réaliser avec la psychiatrie.

Il est à noter, qu'étonnamment, une seule psychologue semblait avoir conscience de la grande fréquence des suivis psychiatriques ou des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie parmi les parents des enfants accueillis ; d'où l'importance d'une synergie entre la psychiatrie adulte et l'ASE.

Plusieurs psychologues ont fait remarquer que les professionnels de la psychiatrie étaient souvent "très agressants" à l'égard des familles d'accueil, ce qui confirme les propos des assistants familiaux sur leurs relations avec la psychiatrie publique.

Les psychologues de l'ASE n'ont pas (ou très peu) de relations avec les psychologues scolaires.

"C'est le référent ASE qui est en première ligne sur les questions scolaires".

Ils ne sont que très rarement (voire jamais) sollicités par les référents ASE, ou les adjoints de circonscription, dans les situations de difficultés d'intégration ou d'orientation scolaires.

↳ Le référent ASE

Institutionnellement le référent ASE est le "garant" du suivi de la mesure de protection de l'enfance. A ce titre, on pourrait penser qu'il est une personne ressource pour les autres professionnels intervenant dans la prise en charge de l'enfant.

Dans les faits, il ne dispose que de très peu d'information sur le quotidien de l'enfant (son bien-être psychologique, sa santé somatique, son insertion scolaire,...). Et souvent, il est bien trop récent dans le poste pour avoir suffisamment de connaissances et de recul sur la situation de l'enfant.

"Le temps d'appropriation d'un dossier est court et c'est compliqué"

"Ce sont les collègues qui transmettent l'information [au nouvel arrivant]"

Aussi le référent ASE n'est que très rarement une personne ressource pour les adultes qui interviennent dans la prise en charge de l'enfant. Les interviews de groupe ont montré qu'il n'était une personne ressource que lorsque des difficultés importantes se présentaient (à l'école, dans le lieu d'accueil, avec les parents...).

"On est dans la gestion de l'évènementiel au quotidien ; alors on peut dire que l'apprentissage se fait par la méthode "empirique" - un référent ASE.

Devant la difficulté énoncée par les référents ASE pour accéder aux informations relatives à la santé, à la scolarité et au quotidien des enfants, l'animateur les a interrogés sur leur opinion par rapport au secret professionnel ou au secret de mission :

"Cette question reste encore assez présente ; tout le monde a-t-il besoin de tout savoir ?"

"Je ne suis pas d'accord et je suis assez mal à l'aise ; parfois il faut dire les choses et les partager [pour avancer, éclaircir une situation]"

"Un travail a été fait il y a 8 ans environ et serait peut-être à refaire".

"À l'intérieur de nos équipes la question du secret ne se pose pas".

"Mais oui, la question du secret se pose notamment avec l'école".

"La question du secret se pose à l'intérieur de nos équipes (ou s'est posée ?); les assistantes familiales ne participent au RAS que depuis 4 ou 5 ans".

Un travail au niveau départemental sur les "informations à partager" entre tous les professionnels de l'ASE serait à notre sens de nature à éclaircir le positionnement des référents ASE.

Conclusions

La réalité de la prise en charge des enfants accueillis de l'ASE repose en très grande part sur les éducateurs des établissements et sur les assistants familiaux. Ce sont ces professionnels qui disposent de la majorité des informations utiles pour le suivi de l'enfant. Ils sont également les mieux placés pour alerter sur la plupart des thématiques.

La maturité et le grand "professionnalisme" des assistants et assistantes familiales rencontrées sont à souligner. Toutes les thématiques et toutes les questions ont été abordées de front, sans détours ni faux-semblants.

Mais qui alerter en cas de doutes, de difficultés ? Les relations entre les accueillants et les référents ASE ne sont pas suffisamment "familiales". Le turn-over trop rapide des référents ASE est à cet égard un handicap. Les référents ASE ont souligné l'intérêt qu'il y aurait, pour l'ensemble du dispositif, à assurer un temps suffisant de doublure entre le référent arrivant et celui en partance.

Le psychologue de l'ASE, souvent plus permanent sur la circonscription, est LA personne ressource pour les accueillants, parfois l'adjoint de la circonscription.

Les questions relatives au suivi de la scolarité et aux relations avec l'institution scolaire sont encore dans le flou pour tous les professionnels de l'ASE, référents et accueillants. Qui fait quoi ? Cette question n'est pas réglée.

Les accueillants sont sensibles aux questions relatives à la santé des enfants et ils s'accordent pour dire que la plupart de leurs parents y sont également très attachés. Mais la plupart des professionnels pensent également que les questions de santé ne sont pas suffisamment présentes au sein de l'ASE.

Quelles que soient les problématiques, lorsque survient une difficulté dans l'accueil ou le suivi de l'enfant, il est fait appel aux référents ASE ou aux psychologues de l'ASE. Ceux-ci sont les pierres angulaires du dispositif de l'ASE.

Mais si les psychologues semblent tout à fait à l'aise dans cette fonction, bien qu'ils se décrivent plutôt comme ceux qui font "le lien" entre les différents intervenants de l'ASE, il n'en n'est pas de même de la majorité des référents ASE rencontrés. Trop récent dans leurs postes, ne disposant pas d'informations suffisantes sur la vie quotidienne de l'enfant ou ne se sentant pas légitimes pour les acquérir, ils ont témoigné d'un malaise certain dans leurs fonctions.

Les échanges et les contacts entre les différentes institutions, Education Nationale –Psychiatrie – Action Sociale du département, passent très souvent par les assistantes sociales.

Les enseignants, et encore plus les professionnels de santé, à l'exception notable des orthophonistes, semblent absents ou très peu présents dans les relations interprofessionnelles "directes". Celles-ci passent par un psychologue de l'ASE ou par une assistante sociale.

Mais qu'en est-il des relations avec les parents des enfants accueillis ? Leur place apparaît "en creux" dans les différents entretiens de groupes :

- doute sur l'aptitude des parents à remplir le questionnaire, n'ayant que peu de contacts avec leur enfant ou en situation de trop grande fragilité pour les référents ASE,
- constat du peu de contacts avec les parents et souhait d'un soutien plus important pour quelques psychologues,
- volonté de ne pas interférer dans la relation parentale pour les assistants familiaux.

Toutefois des assistants familiaux ont noué de véritables échanges et une relation d'aide et de soutien avec le parent de l'enfant qu'ils accueillent.

Annexes

Les interviews de groupe des professionnels de la protection de l'enfance des circonscriptions. Janvier 2009.

Circonscription	Qualité	Ancienneté dans le poste
Matin		
Saumur <i>(plutôt urbain)</i>	Référent ASE	Moins d'un an
	<i>Renfort</i>	<i>Vient d'un centre maternel</i>
Doué La Fontaine <i>(rural)</i>	Adjointe	Depuis octobre 2002
	Référent ASE	Depuis 1 ^{er} juin 2006
	<i>Renfort (renfort sur Cholet Est également)</i>	<i>Ancien Educateur spécialisé dans un internat</i>
Cholet Est	Référent ASE	Depuis mai 2001
Après-midi		
Angers ouest	Référent ASE	3 ans
	Référent ASE	Depuis 1991
	Adjointe	Avril 2007
Angers Centre	Référent ASE	Août 2000 (Educateur spécialisé – vient d'une autre circonscription)
	Secrétaire	Août 2000
Couronne Sud <i>(semi urbain semi rural)</i>	Référent ASE	Août 2007
	Référent ASE	Juillet 2008
	<i>Renfort couronne Sud et Angers ouest</i>	<i>Assistante sociale autre département</i>
Les Mauges <i>(plutôt rural)</i>	Référent ASE	Depuis 1996
	secrétaire	Avril 2008
	Responsable ou adjointe ?	3 mois (8 ans sur Baugé)

Les interviews de groupe des assistants (-es) familiaux (-iales) et des professionnels des établissements de la protection de l'enfance– Février 2009

Qualité	Suivi ASE	Commentaires
Matin		
Assistant familial	2 enfants (7ans, 5 mois) (Cholet Est)	Famille d'accueil depuis 11 ans
Assistant familial	4 enfants (20 ans, 18 ans, 13 ans, 12 ans, 3 ans) Couronne Sud (semi urbain semi rural)	Famille d'accueil depuis 20 ans
Assistant familial	2 enfants (9ans et 7ans) Les Mauges (plutôt rural)	Famille d'accueil depuis 9 ans
Assistant familial	1 enfant (9 ans) Hors département	Famille d'accueil depuis 6 ans
Assistant familial	2 enfants (9 ans, 12 ans)	Famille d'accueil depuis 6 ans
Educateur	Etablissement "les rives bleues" (Angers)	En poste depuis 11 ans
Responsable établissement	"Les écureuils" 2 enfants tirés au sort mais non inclus (1 refus, 1 départ)	
Educateur	établissement "Le logis" (enfants avec troubles autistiques) 2 enfants inclus (15 ans et 9 ans)	Un enfant suivi depuis 2003 Un enfant suivi depuis 2006
Infirmière	établissement "Village Saint Exupéry" - 4 enfants inclus	
Après-midi		
Assistant familial	3 enfants accueillis (12ans, 13 ans et 14 ans) – un enfant tiré au sort. (Saumur)	Famille d'accueil depuis 15 ans
Assistant familial	3 enfants (20 ans, 19 ans et 16 ans) – Doué la Fontaine	Famille d'accueil depuis 1987
Assistant familial	2 enfants (18 ans et 11 ans)	Famille d'accueil depuis 9 ans
Assistant familial	2 enfants (17 et 18 ans) - Angers	Famille d'accueil depuis 20 ans
Assistants familiaux (couple)	A accueilli 4 enfants, le dernier âgé de 17 ans est arrivé à l'âge de 9 mois	Famille d'accueil depuis 22 ans (depuis 1987)
Educateur	Structure d'insertion de jeunes âgés de 14ans à 21 ans – 2 enfants tirés au sort	Un enfant suivi depuis septembre 2008 Un autre enfant suivi depuis mai 2008
Référent pour étude "Careps" - responsable	Etablissement "les Tourelles" accueille des adolescents	En poste depuis 1991
Educateur	Etablissement "La pêche" - 3 enfants tirés au sort	En poste depuis juillet 2007 (ancienne éducatrice de rue)
Educateur	Etablissement "DESPA" (jeunes majeurs)	
Educateur	Etablissement "Aladin" - Angers	MECS n'accueillant que des garçons âgés de 15 ans à 18 ans
Educateur	Lieu de vie accueillant des enfants âgés de 13 ans à 21 ans	En poste depuis 2 ans (2007)

Bibliographie

- Adolescents (14-21 ans) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et leur santé, INSERM, Ministère de la Justice, 1998
- Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé, INPES
- Drogues à l'adolescence en 2005, Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPD, OFDT (Mai 2007)
- Enfants et adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'enfance et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en Ile de France : regards pluriels d'un département à l'autre, Colloque Ile de France - MIPES / ASE / PJJ, 12 janvier 2006
- Etude descriptive de l'état général des enfants et adolescents confiés au service d'Aide Sociale à l'Enfance de Paris, CAREPS, rapport N°223, avril 19 98
- Etude réalisée auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents, Département de Maine et Loire (2002-2004),
- Etude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris : contribution à l'analyse des relations entre l'état général actuel des enfants, les évolutions intervenues et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance, CAREPS, rapport N°395B, juillet 2003
- La santé des adolescents, Etudes et résultats, DREES, N°322 Juin 2004
- La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC, INPES, 2002
- La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats, Etudes et résultats, DRESS, N°632, avril 2008
- La santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Fondation MGEN, Université Paris V,
- Observer les situations de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance des Yvelines, Etude préparatoire au schéma d'organisation sociale seconde génération du département des Yvelines, CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile de France (janvier 2003)
- Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux sociaux-éducatifs, Etude de la population d'adolescents vivant en foyers sociaux dans les Bouches du Rhône, mai 2008
- Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur public), sept ans après, Marie Choquet, Christine Hassler, Delphine Morin, INSERM U 669, Ministère de la Justice, Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (2005)
- Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième, Etudes et résultats, DREES, N°283, Janvier 2004
- Troisième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire national de l'enfance en danger, GIP Enfance en danger, Décembre 2007