PRES LUNAM - Ecole Doctorale STIM Sciences et Technologies de l'Information et Mathématiques Spécialité : Traitement du signal Nom du Laboratoire : LISA

Equipe: Signal, image et sciences du vivant

# Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et 2001. Etude portant sur 120 sujets.

Tanguy Maurice Mél: mtanguy@gmail.com

**Résumé :** Le but de cette étude était de connaître la trajectoire institutionnelle et le devenir de jeunes enfants en protection de l'enfance passés par la pouponnière Saint-Exupéry.

#### Matériel et méthodes

Une étude catamnestique des dossiers archivés de 1994 à 2001 a été menée par un pédopsychiatre et une psychologue clinicienne. Elle a porté sur l'évolution clinique des enfants admis dans une structure d'aide sociale à l'enfance (ASE) du Maine et Loire.

Des données administratives médicales, judiciaires et éducatives ont été recueillies et analysées à l'aune de leur évolution au sein de la structure, en débutant par les enfants sortis en premier afin d'obtenir le recul maximal possible.

#### Résultats

Cent vingt enfants ont été inclus. Plus d'un tiers des enfants présentaient un retard de croissance à l'admission, avec récupération dans la moitié des cas.

La durée du parcours au sein du dispositif ASE était en moyenne de 13 années. Des troubles psychiatriques étaient notés chez 94 enfants à l'entrée et 69 à la sortie. L'échelle CGAS – évaluant le fonctionnement social et scolaire de l'enfant – montrait une progression significative (de 40,8 à 54,9).

#### Conclusion

Les situations cliniques des enfants pris en charge à l'ASE et leur évolution à long terme confirment les hypothèses de départ sur la non prise en compte de ce grave problème de santé publique qui touche ces enfants provenant dans leur grande majorité de familles connues et suivies par les services sociaux.

Si le placement permet majoritairement une amélioration de leur état physique et psychique; ces éléments reste limités puisque à l'issue de la prise en charge seul un tiers d'entre eux ne présentent pas de troubles repérables et sont bien insérés socialement avec une efficience scolaire.

**Mots clés :** Placement familial, devenir, carence de soins, catamnèse, protection de l'enfance; devenir à long terme, protection de l'enfance.

Collaborations: Observatoire national de l'enfance en danger (ONED).

## 1 - INTRODUCTION

Depuis 40 ans en France, la prise en charge des enfants considérés comme en danger a fait d'indéniables progrès. On peut citer les « opérations pouponnières » à l'initiative de Simone Veil avec l'émergence du concept de bientraitance, la levée du tabou sur les abus sexuels, la création des unités médico-judiciaires ainsi que l'information du public concernant le syndrome du bébé secoué. Cependant, ces progrès et efforts législatifs ne semblent pas à la hauteur du problème de santé publique constitué par l'enfance en danger.

Si l'ampleur exacte du problème reste mal mesurée en France, des études récentes menées dans des pays à haut niveau de revenus ont montré qu'en moyenne chaque année, de 4 à 16% des enfants étaient concernés par une situation de danger (maltraitance, négligences, exposition à des risques majeurs, violences psychologiques, carences éducatives...) [1,2].

# 2 - MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude catamnestique – méthode consistant a sélectionner la population à étudier dans le passé (admission au FdE) et la réévaluer à la sortie du FdE ou à l'âge de la majorité [3] – décrivant le parcours des enfants avec recherche de facteurs individuels et collectifs, environnementaux, familiaux ayant pu influer sur la

prise en charge des enfants, leur devenir et la qualité de leur évolution.

L'étude porte sur les enfants accueillis au sein du FdE. Les données sont recueillies à partir des éléments d'archive des dossiers médicaux, administratifs, judiciaires et éducatifs des enfants éligibles.

Les dossiers papiers étaient archivés au Foyer de l'Enfance et au service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance pour les données se rapportant à l'évolution des enfants après leur séjour au Foyer de l'Enfance. Une mise à plat de tous les dossiers institutionnels archivés de 1994 à 2001 ainsi qu'une analyse des rapports relatifs à l'évolution clinique des enfants au cours de leur parcours à l'aide sociale à l'enfance a été effectuée par un pédopsychiatre exerçant au sein de la structure ainsi qu'une psychologue clinicienne.

L'enquête s'est déroulée de septembre 2010 à mars 2013.

## Critères d'inclusion

- Sujets ayant fait l'objet d'un placement au sein de la structure FdE.
- Enfants placés entre 1994 et 2001 (soit la totalité des enfants placés à la pouponnière sur cette période).

Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne ± déviation standard (médiane et intervalle inter quartiles si l'hypothèse de normalité n'est pas vérifiée). Les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et les pourcentages correspondants.

Pour les analyses univariées, le test statistique utilisé est le test du Chi-deux de Pearson pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, les tests statistiques utilisés sont le test t exact de Fisher pour la comparaison de 2 groupes et une ANOVA pour la comparaison de 3 groupes ou plus. L'association entre deux variables quantitatives est estimée par le coefficient de corrélation de Pearson (ou le coefficient de corrélation des rangs de Spearman selon les variables). Le seuil de significativité est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Pour chacun des paramètres d'intérêt, une analyse univariée est complétée par une analyse multi variée adaptée au critère à expliquer pour explorer les associations potentielles (au seuil de 0,20)

### 3 - RESULTATS

Sur les 146 dossiers saisis au 22/02/2013; 26 sujets présentaient des critères d'exclusion : dans 13 cas (50%) de bébés nés sous X en attente d'adoption (4 filles et 9 garçons) et de 11 placements courts et uniques à l'ASE (moins de 3 mois). (Tableau I)

L'étude a donc porté sur 120 sujets avec un sex-ratio de 1,1 (56 filles et 64 garçons) de moyenne d'âge 21,7 mois à l'admission (SD: 15,8 mois). Le délai entre la première identification d'un risque nommé et le placement à la pouponnière était de 12,6 mois en moyenne (SD: 13,4 mois).

Parmi les 120 enfants placés, 69 (57%) avaient été identifiés par les services médicaux ou sociaux (maternité, PMI, AEMO, secteur) comme bébés à risque et 97 (81%) avaient été suivis avec une certaine régularité par ces mêmes services.

Au moment du placement, 27 enfants étaient enfants uniques et 93 faisaient partie de 67 fratries. Pour ces derniers; la fratrie était constitué de 2 à 11 enfants (moyenne :  $4,2\pm1,9$ ) parmi lesquels de 1 à 9 enfants (moyenne :  $3,6\pm1,7$ ) étaient placés.

Pour 62 des 67 familles avec fratrie (92%), celle-ci était déjà connue des services sociaux – avec des enfants placés; simultanément dans 43 cas et/ou auparavant dans 40 cas – indice d'un placement très fréquemment familial. Globalement, 86% des enfants des fratries (230 enfants sur 266) ont été placés.

Il est à noter que pour 42 enfants (35 % des cas); le placement ne découlait pas de la situation personnelle de l'enfant mais d'un événement intercurrent concernant la famille ou la fratrie: dans un tiers des cas il s'agissait du contexte familial avec des violences physiques conjugales, dans 20% des cas de l'hospitalisation d'un parent, dans 15% des cas de l'incarcération du (ou des) parent(s) et dans 15% d'abus sexuel sur la fratrie.

Parmi les 94 enfants placés présentant des troubles psychiatriques à l'admission (T1) – soixante en présentaient toujours au moment de la fin de l'intervention en protection de l'enfance (T2) (en moyenne  $14 \square 4,5$  années plus tard).

Parmi les 26 enfants chez qui des troubles psychiatriques n'avaient pas étés diagnostiqués initialement, 9 en présentaient de novo à T2.

En considérant les troubles selon la CIM-10; on énumère quatre grands groupes diagnostiques: les troubles psychotiques, anxieux, des conduites et post-traumatiques.

La répartition des troubles psychiatriques entre troubles psychotiques, anxieux et des conduites montraient une prépondérance des troubles des conduites (30/94) et anxieux (27/94) à l'entrée (T1) et des troubles des conduites (44/69) à la sortie (T2). Les troubles psychotiques étaient au nombre de 9 (9,6%) à T1 et de 9 (13%) à T2.

Le fonctionnement social et scolaire de l'enfant – évalué par la version française de l'échelle CGAS à T1 puis T2 – notait une progression significative : de  $41\pm15$  en moyenne au début à  $55\pm17$  à la fin de la prise en charge (p<10-3).

Quand on comparait l'évolution des 69 enfants identifiés initialement comme "bébé à risque" par les services médicaux ou sociaux aux 48 non identifiés comme tels ; on ne retrouvait pas de différence significative de score CGAS initial ; en revanche le score CGAS à la sortie de l'ASE était, en moyenne, significativement plus élevé chez les enfants ayant été initialement identifié comme bébés « à risque » (58±18 vs 51±13,5 ; p<10-3).

### 4 - DISCUSSION

Nous avons pu analyser 120 dossiers complets sur 146 recueillis. Les enfants n'ayant, pas bénéficié d'un passage initial à la pouponnière n'ont pas été retenus en raison d'une non informatisation de leur dossier

D'une situation familiale initiale défavorable avec précarisation; mauvais suivi voire déni de grossesse avec prématurité, hypotrophie et troubles psychiatriques; l'évolution clinico psychologique des enfants placés montre une évolution fréquemment défavorable avec persistance dans la majorité des cas de troubles psychiatriques après la fin de leur prise en charge et nécessité fréquente de mise en place de mesure de protection à l'âge adulte.

Bien que l'étude ait été faite rétrospectivement sur "dossiers" ; la psychologue et le pédopsychiatre qui ont recueilli les informations se sont efforcés de collecter des données fidèles au parcours des enfants placés; interrogeant notamment les référents « ASE » quand cela s'avérait nécessaire pour préciser certains éléments, par exemple en rapport avec une déscolarisation; et contactaient les familles d'accueil : c'est ainsi que la majorité des dossiers a bénéficié d'un complément d'informations sur ces enfants.

La prépondérance des troubles psychotiques et anxieux retrouvés dans notre étude au détriment des troubles psychotiques ne concorde pas avec les données de l'enquête de G Bronsard [4] qui retrouve une prédominance des troubles psychotiques (28% contre de 9 à 13% dans notre étude). Les limites nosographiques poreuses entre troubles graves de l'attachement (constituant l'essentiel des troubles de conduites) et troubles psychotiques peuvent aussi expliquer cette discordance. Le fait qu'une large part des enfants de l'étude ait été placée avant 4 ans peut expliquer l'absence dans notre série de troubles liés à l'hyperactivité, ce diagnostic étant porté après six ans;

Il est enfin un domaine que nous n'avons pas exploré et qui est la santé perçue par les enfants confiés en protection de l'enfance: une étude récente attire l'attention sur les facteurs explicatifs des inégalités de santé et confirme l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence et de la reconnaissance dans le rapport à la santé [5,6].

# 5 - CONCLUSION

La situation sanitaire, physique et psychique des enfants à l'admission (grossesses mal suivies, prématurité, poids de naissance plus faible, retard staturo-pondéral, troubles psychoaffectifs graves et précoces) et les retards dans la prise en charge - 12,6 mois entre la première alerte et le placement pour un âge moyen d'admission de 22 mois; environ 7% d'enfants présentant un syndrome de Silverman avéré - confirment les hypothèses de départ sur la non prise en compte de ce grave problème de santé publique qui touche ces enfants provenant dans leur grande majorité de familles connues et suivies.

Le placement, dans la grande majorité des cas, permet une amélioration de leur état physique et psychique. En témoignent la récupération staturo-pondérale probante et l'amélioration de leur score CGAS (40,8 en moyenne au début et 54,9 à la fin de la prise en charge).

Si on ne retrouvait pas de différence significative en terme de score CGAS ni de troubles psychiatriques entre les enfants identifiés ou non comme 'bébés à risque' à l'admission ; il était à noter que ceux identifiés comme 'bébés à risque' présentaient à la sortie un score CGAS significativement plus élevé.

Mais cette récupération reste limitée puisque à l'issue de la prise en charge (grande adolescence ou jeune adulte) un tiers d'entre eux présentent des troubles psychiques graves nécessitant l'AAH et/ou une curatelle, un tiers présentent des troubles psychiques mais parviennent à s'adapter, le dernier tiers ne présente pas de troubles repérables et sont bien insérés socialement avec une efficience scolaire.

Tableau I : Caractéristiques socio familiales des 120 enfants inclus A l'admission	N (%) ou moyenne (± DS)
Age (ans)	1,37 (± 1,23)
Genre Garçons Filles	64 (53,3%) 56 (46,7%)
Famille - Enfant unique - Fratries - Proportion d'enfants placés	94 27 67 230/266
Famille monoparentales - Dont « pères isolés »	46 (49%) 2 (2,1 %)
Enfant prématuré	18 (15%)
Déni de grossesse	9 (7,5%)
Bonne santé à l'admission	76 (63,3%)
Signes de souffrance psychique	89 (74,2%)
Présence de troubles psychiatriques	94 (78,3%)
Fin d'intervention en protection de l'enfance ou sortie du dispositif ASE Sortie avant 10 ans - si oui, âge à la sortie	16 5,06 (±3,49)
Enfant unique	10 (8,3%)
Dispositif ASE (protection de l'enfance) encore en cours	47 (39,2%)
Fin de mesure :  - Mainlevée  - Absence de motif de protection le justifiant  - Impossibilité d'exercer la mesure  - Majorité  - Autre/ ne sait pas  - Mesure arrivée à échéance	35 23 5 3 6 37
Age (théorique) de fin de mesure (ans)	15,2 (±4,6)

# Références

- [1] World Health Organization. Child maltreatment 2010. Retrieved February 16, 2012 from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html
- [2] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009; 373(9657):68-81
- [3] Manzano J, Lamunière MC, Peckova M. L'enfant psychotique devenu adulte, résultats d'une étude catamnestique de 20 années sur 100 cas. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1987; 35 (10): 429-43
- [4] Bronsard G, Lancon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Simeoni MC. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. Children and Youth Services Review 2011; 33:1886–90
- [5] Robin P. "La santé, c'est un peu de la vie": étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance. Santé Publique 2012, 24, 5: 417-28.
- [6] Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) Rhône-Alpes. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance : rapport final. Lyon : Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, octobre 2012, 135 p.