

« LA SANTÉ, C'EST UN PEU DE LA VIE » : ÉTUDE SUR LA SANTÉ
PERÇUE DES ENFANTS CONFIÉS EN PROTECTION DE L'ENFANCE
Pierrine Robin

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2012/5 Vol. 24 | pages 417 à 428

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-5-page-417.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« La santé, c'est un peu de la vie » : étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance

“Health is life”: Children's perceptions of health care

Pierrine Robin ⁽¹⁾

Résumé : Cet article s'intéresse à la santé perçue des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance dans le département de Haute-Savoie. À partir d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'enfants accueillis à l'Aide sociale à l'enfance, associés à la passation d'un questionnaire auto-administré sur la qualité de vie, cette recherche vise à interroger les enfants confiés sur les représentations de leur santé. Elle permet d'attirer l'attention sur les multiples dimensions de la qualité de vie affectées chez les enfants accueillis, en termes d'énergie, de sommeil, de douleurs et de mobilité et de réactions émotionnelles. Cette étude témoigne aussi des difficultés perçues des enfants confiés dans leur relation à leur famille ainsi que dans leur éducation et leur orientation. L'article donne à voir un rapport passif à la santé chez les enfants confiés avec une tendance à taire les difficultés, en lien avec un sentiment d'isolement social et un manque de confiance dans les liens sociaux et dans les institutions. Comme pour les autres publics vulnérables, le rapport à la santé des enfants confiés convoque des problématiques plus larges, liées à l'estime de soi, à la projection vers l'avenir, et au rapport aux institutions. Cet article attire l'attention sur les facteurs sociaux explicatifs des inégalités de santé et confirment l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence, et de la reconnaissance dans le rapport à la santé.

Mots-clés : Santé - jeune - adolescent - protection de l'enfance en danger - représentation de la santé - analyse qualitative.

Summary: The purpose of this study was to explore perceptions of health among children in the care of child protective services in Haute-Savoie (France). A qualitative study was conducted to explore children's perceptions of health care. The study involved interviews with children and a quality of life questionnaire. The results show that many aspects of the quality of life of children in care are adversely affected, including energy, sleep, pain, and emotional responses. The children interviewed also identified two main issues in their life: their relationship with their family and their education. The results show that children in care tend to have a passive view of health, which appears to be related to a lack of self-confidence and to a lack of trust in relationships and institutions. The results highlight the impact of social factors on health inequalities and confirm the importance of social relationships, the sense of control over one's life, and the feeling of recognition.

Keywords: Health - young people - adolescents - child protective services - representation of health - qualitative analysis.

(1) MCF en sciences de l'éducation - Université Paris Est Créteil - REV-OUIEP - 80, avenue du Général de Gaulle - 94010 Créteil cedex.

Introduction

Il existe peu de recherches sur la santé des enfants confiés à la protection de l'enfance en France [1]. Alors même qu'il s'agit d'un champ de recherche plus développé dans l'espace anglo-saxon et notamment en Angleterre [2], où la santé apparaît comme un indicateur de qualité du dispositif de protection de l'enfance [3]. Par ailleurs, les recherches en France comme en Angleterre se sont principalement centrées sur la santé mentale des enfants confiés [4].

S'il existe peu de données globales sur ce sujet, c'est que l'accès aux données médicales est particulièrement délicat dans ce champ d'action publique. Par ce dispositif, des enfants de 0 à 18 ans, estimés en danger dans leur famille peuvent faire l'objet d'une mesure d'aide éducative à domicile ou être soustraits à leur famille et placés en foyer ou famille d'accueil, pour une durée plus ou moins longue, afin de préserver leur développement. Ces missions sont exercées en France au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) en ce qui concerne le volet administratif de la prise en charge, et au titre de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), notamment pour les mineurs en conflit avec la loi. Mais au sein des établissements et services d'accueil, la constitution d'enquêtes épidémiologiques est rendue difficile par la très faible médicalisation des structures, l'hétérogénéité de la prise en charge médicale, l'absence de dossier systématique de suivi médical, et le manque de culture de démarche de santé publique [5].

Rares sont également les recherches permettant d'appréhender la santé perçue des enfants confiés. En effet, la parole des enfants [6] et *a fortiori* des enfants en situation d'usage des services sociaux [7] a longtemps été l'objet de suspicion dans l'action sociale. *A contrario* dans le champ médical, l'étude de la perception profane et quotidienne de la santé s'est développée de manière importante, sous l'angle principal des représentations sociales en France [8, 9] par l'approche des théories subjectives en Allemagne [10] ou encore par l'approche situationnelle et interactionniste du comportement de santé dans le monde anglo-saxon [11].

Ces approches ont connu un regain d'intérêt avec la diffusion récente de la notion de « qualité de vie », sous l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [12]. Cette dernière la définit comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent, en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations » [13]. C'est également par une appréhension quotidienne qu'est définie la santé, dans charte d'Ottawa (1986). Si elle peut être critiquée pour son flou et ses imprécisions, cette approche présente néanmoins l'intérêt d'appréhender la santé comme un processus global, dynamique, multidimensionnel en lien avec les capacités individuelles et les opportunités d'accès aux soins, pouvant être mesuré de manière objective ou subjective.

Mais qu'elles soient menées dans une approche objective ou subjective, les études sur la santé des enfants confiés à la protection de l'enfance donnent des résultats contradictoires sur l'ampleur des difficultés rencontrées. De plus, ces études posent des problèmes de comparabilité, du

fait de la différence des populations étudiées et des méthodes utilisées [14]. En raison de ces questions importantes et non résolues, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) a décidé de consacrer son appel d'offre 2010 à la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. C'est en réponse à cet appel d'offre que s'est inscrite notre recherche monographique sur la santé perçue des enfants confiés dans le département de Haute-Savoie. Ce département en Rhône-Alpes, limitrophe avec la Suisse, accueille en placement environ 800 enfants de 0 à 18 ans, dont 1/3 en famille d'accueil et 2/3 en établissement, avec 60 % de garçons pour 40 % de filles.

Dans sa dimension qualitative⁽²⁾, sur laquelle porte cet article, notre recherche visait à comprendre les représentations des enfants et adolescents confiés en Haute-Savoie de leur santé : quelles sont leurs préoccupations principales en termes de santé ? Quelles difficultés rencontrent-ils ? Dans cette étude, nous avons cherché à montrer que comme pour d'autres publics en situation de précarité, les logiques psychosociales qui sous-tendent le rapport des enfants et des jeunes confiés à leur santé soulèvent des problématiques plus larges, liées aux liens, à la projection dans l'avenir et aux rapports aux institutions.

Méthodes

Notre étude a été réalisée à partir d'une approche qualitative par entretiens semi-directifs, associée à la passation d'un questionnaire.

Étant donné son caractère restreint, l'échantillon élaboré (n = 16) ne se voulait pas représentatif de la population des enfants confiés en Haute-Savoie. Il visait plutôt à rendre compte de la diversité des situations en termes d'âge, de sexe, de lieu et temps de placement. Il comprenait 16 enfants en cours de mesure : 6 garçons et 10 filles, de 8 à 18,5 ans, avec un âge médian de 13 ans – 5 enfants étaient dans la tranche d'âge 8-12 ans, 5 dans la tranche 12-15 ans, et 6 dans la tranche d'âge 15-18,5 ans. Six enfants étaient en famille d'accueil, 6 étaient à la maison de l'enfance, 4 étaient accueillis en foyer associatif. Les temps de prises en charge variaient de 6 mois à 8 ans. Les parcours des jeunes rencontrés étaient illustratifs des différentes catégories de placement identifiées par Potin [15] à savoir les catégories « d'enfants placés » dans un lieu stable (n = 7), « d'enfants déplacés » dans de multiples lieux (n = 6) et « d'enfants re-placés » (n = 1), effectuant des allers-retours entre le placement et la famille d'origine. Les problématiques rencontrées étaient très variées : problèmes familiaux et sociaux, troubles abandonniques, troubles du comportement, difficultés dans les apprentissages, mise en danger du jeune par lui-même, conflits avec la loi... En ce sens, les enfants rencontrés ne représentaient pas

(2) L'étude qualitative présentée ici s'est insérée dans un projet multi-partenarial plus large réunissant le Département de Haute-Savoie, le CREAI (Centre régional étude animation et intervention), l'ORS (Observatoire régional de santé) et la FRAES en Rhône-Alpes (Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé) et une enseignante-chercheuse de l'Université Paris Est Créteil. Cette recherche visait à recueillir des données épidémiologiques sur la santé des enfants confiés en Haute-Savoie à partir d'un échantillon de 318 jeunes de 0 à 18 ans, de les croiser avec les données subjectives, en vue de construire *in fine*, avec les professionnels, des préconisations pour améliorer l'accès au soin et le suivi sanitaire.

un type de « patientèle » particulier mais plutôt la diversité des situations rencontrées à l'Aide sociale à l'enfance.

Pour rentrer en relation avec les enquêtés, nous nous sommes appuyés sur les établissements et services d'accueil. Si ce recours aux établissements et services facilite grandement la mise en contact avec les interviewés, il peut néanmoins constituer un biais, fréquent dans ce type d'étude, dans les choix opérés par les professionnels, ainsi que dans le profil des enquêtés acceptant de répondre à l'étude. Les professionnels ont effet tendance à diriger les chercheurs vers les enfants et les adolescents qu'ils jugent les plus à même d'élaborer et les moins en conflit avec l'institution. De plus, ce type de recrutement par le biais des institutions ne permet pas d'accéder aux enfants et aux adolescents connaissant les mêmes types de problématiques sociales et familiales mais n'ayant jamais fait l'objet d'une prise en charge. Ceci ne permet donc pas de comparer leur rapport à leur santé avec celui des enfants confiés et interdit toute supputation sur l'effet sanitaire spécifique du placement.

Une demande d'autorisation parentale était envoyée aux parents et nous nous assurons également que l'enfant ou l'adolescent soit volontaire. En effet, au-delà des exigences légales, il est nécessaire de tenir compte d'exigences éthiques dans le respect des droits des enfants enquêtés. Nous informons l'enfant ou l'adolescent de son droit de mettre fin à tout moment à l'entretien, de ne pas répondre à certaines questions et d'avoir accès aux résultats de la recherche. Mais nous n'avons pas été confrontés à des refus de réponses. Pour préserver leur anonymat, les prénoms des enfants ont été changés dans cet article.

La rencontre avec l'enfant se déroulait en deux temps avec la conduite d'un entretien et le passage du questionnaire auto-administré « indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (*Nottingham Health Profile* – NHP) ». Validé par l'INSERM, ce questionnaire permet d'établir un profil de santé perçue à partir de 38 questions fermées, représentant différentes dimensions de la qualité de vie : la mobilité, l'isolation sociale, la douleur, les réactions émotionnelles, l'énergie et le sommeil. Cette combinaison d'approches complémentaires s'est révélée très fructueuse, limitant les biais propres à chaque méthode [16]. Alors que l'entretien laissait une plus grande marge d'expression à l'enfant dans la mise en intrigue de son récit [17], le questionnaire auto-administré a permis de limiter les biais de désirabilité sociale de l'entretien. Les données qualitatives recueillies ont fait l'objet d'une première étude thématique, suivie d'une analyse compréhensive des préoccupations des enfants confiés pour leur santé et de leur définition de la santé.

Résultats

La santé comme synonyme de vie : « La santé, c'est un peu la vie, c'est ce qui permet que l'on soit encore en vie maintenant »

Lorsqu'on demande aux enfants confiés ce qu'évoque pour eux le terme « santé », les plus jeunes des 16 répondants opposent d'emblée cette notion

à la maladie. Pour eux (5/16), la santé serait un état marqué par l'absence de maladie : « *Dès que t'es en bonne santé, c'est que t'es pas malade. Dès que t'es en mauvaise santé, ça veut dire que t'es malade* » (Lise, 10,5 ans). Huit d'entre eux, les plus âgés, opèrent une distinction entre santé physique et santé mentale et mentionnent le handicap : « *Il y a la santé mentale et la santé physique, si on est bien dans sa peau, il y a aussi des déficiences* » (Manuela, 18 ans). Six des répondants ne réduisent pas la santé à l'absence de maladies ou de troubles, et introduisent la notion de bien-être : « *La santé, c'est un peu tout, le bien-être* » (Vincent, 17 ans). Ils font en ce sens écho à une définition de la santé au sens de l'OMS sous l'angle du bien-être et de la qualité de vie. Un des 16 répondants, un jeune garçon présenté comme autiste, insiste sur la perception subjective de la santé avec l'idée de se sentir bien : « *La santé, c'est si je me sens bien* » (Alain, 11 ans). Trois évoquent les ressources sociales et individuelles, nécessaires à la préservation de la santé, en évoquant le lien d'interaction circulaire entre le corps médical et l'intérêt individuel porté à sa propre santé : « *Dans la santé, y a nous, le médecin, le pharmacien. Nous on n'est pas médecin. On ne sait pas ce qu'on a. Mais si on ne s'occupait pas de notre santé, on s'en foutrait, si on a une grippe, qu'on ne la soigne pas, elle peut prendre plus de terrain que prévu* » (Jimmy, 16 ans). Une fait part d'un rapport négatif à sa santé et au corps médical : « *La santé, c'est comment on va, les maladies, notre corps, tout ce qui est médical, ce n'est pas trop ma tasse de thé* » (Alice, 18,5 ans). Les définitions proposées inscrivent la santé dans différentes temporalités. Dans une, la santé est présentée sur un temps long, sous l'angle de la recherche médicale : « *La santé, c'est un peu tout, toutes les sciences, le bien-être, cela parle de bactéries, de microbes, de virus, de médicaments, de recherche, de biologie, de chimie* » (Vincent, 17 ans). Une autre *a contrario* donne à voir un rapport à la santé, urgent et vital, avec une vision de la santé comme synonyme de vie, de ce qui permet de rester en vie, malgré la traversée de difficultés importantes : « *La santé, c'est un peu de la vie, c'est ce qui permet qu'on soit encore en vie maintenant. Il y a des choses que j'ai faites qui auraient pu me coûter la vie* » (Jimmy, 16 ans).

En quête de normalité : « C'est pas des problèmes intérieurs que j'ai, c'est des problèmes de vie »

Interrogés sur leur état de santé actuel, les enfants et adolescents rencontrés vont, en début d'entretien, chercher à le présenter, sous un jour positif : « *Je me sens bien, non, ça va, je suis en forme* » (Jimmy, 17 ans). Ils vont évoquer assez facilement leur santé physique mais plus difficilement leur santé mentale. Ils cherchent en ce sens à échapper à une lecture psychologisante de leurs problèmes, comme Vincent qui tient à souligner : « *Ce n'est pas des problèmes intérieurs, que j'ai, c'est des problèmes de vie* » (Vincent, 17 ans). Certains font toutefois état de pathologies physiques, du sentiment « *d'être un peu mal dans sa peau* » (Manuela, 18 ans). D'autres évoquent des accidents : « *Je suis tombé du balcon, j'ai eu deux traumatismes crâniens* » (Jimmy, 16 ans). Deux mentionnent des addictions passées : « *J'étais une droguée. J'ai fait des intraveineuses* » (Manuela, 18 ans) et une des troubles alimentaires : « *Je mangeais plus. Les éducateurs me forçaient à manger* » (Alice, 18,5 ans). Ils vont cependant chercher à

minimiser ou à nuancer durant l'entretien les difficultés rencontrées, en montrant qu'elles appartiennent à l'histoire passée : « *Quand j'étais petite j'étais malade. J'avais des angines, des otites, des fièvres violentes, de la transpiration, des hallucinations, des vomissements, la grippe, la gastro. Avec le temps quand on grandit, on fait attention à notre santé, ça passe* » (Stella, 17 ans) ; ou qu'elles sont de faible fréquence. Pourtant dans le questionnaire auto-administré, le rapport des enfants à leur santé apparaît beaucoup plus dégradé.

Une qualité de vie affectée

Dans les questionnaires, les répondants font d'abord état de problèmes liés à l'énergie avec pour presque la moitié « *le sentiment de se fatiguer vite* », pour 1/4 le sentiment que « *tout leur demande un effort* ». Viennent ensuite les difficultés liées à l'isolement social avec pour la 1/2 « *la difficulté de s'entendre avec les autres, de rentrer en contact avec les autres* », pour 1/4 « *le sentiment d'être seul* » et pour 3/16 « *le sentiment de n'avoir personne de proche à qui parler* ». Apparaissent ensuite les problèmes liés au sommeil, avec pour les 3/4 la mention « *de mettre beaucoup de temps à s'endormir* », pour la 1/2 « *de rester éveillé une grande partie de la nuit* », pour 1/4 d'avoir « *des soucis qui les empêchent de dormir* ». Viennent ensuite les douleurs et la mobilité, avec pour 1/4 l'évocation « *de douleurs quand ils changent de position* », et de « *difficultés à rester longtemps debout* ». Enfin dans les réactions émotionnelles, venant en dernière position, apparaissent pour les 3/4 « *le fait de se mettre facilement en colère* », et pour 1/4 « *la difficulté de faire face aux évènements* », « *le fait de se réveiller déprimé* », « *le sentiment d'être nerveux, tendu* ». Enfin, 3 ont coché l'item « *je trouve que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue* ».

« Mes soucis, c'est plutôt à cause de la famille »

Dans les récits, parmi les raisons de leur souci, de ce qui les empêche de dormir, les réveille la nuit, une grande partie des répondants évoquent leur famille. La famille est d'abord présentée sous la forme de l'absence et du manque : « *Je pense à mes frères, un qui est parti de la région, l'autre qui est en prison. Ils me manquent* » (Stella, 17 ans). Cette absence nourrit une inquiétude des enfants et des adolescents pour ce qui pourrait arriver à leur famille : « *Je pense à mes parents, à mes amis. Je me demande ce qu'ils font, s'il leur est rien arrivé, s'ils ont eu des accidents* » (Émilie, 14 ans). La difficulté de se représenter la vie de leurs parents en dehors et en l'absence de liens est également prégnante : « *Mes soucis c'est que ma maman, elle vient pas aux visites. Je me demande où elle est, si ça allait, ce qu'elle fait* » (Lena, 10,5 ans). Pour un nombre restreint d'enfants interrogés, en situation abandonnique, c'est l'incompréhension face à la rupture du lien qui prédomine : « *J'avais beaucoup de choses qui me travaillaient dans la tête, des questions par rapport à ma maman pourquoi elle a appelé et elle n'est pas venue, pourquoi elle veut plus donner de nouvelles. Pourquoi elle a fait ça* » (Aude, 14 ans). Pour ces enfants c'est le moment même du tissage du lien et du désir d'enfant de leurs parents à leur égard qui échappe, soit l'origine et la raison d'être de leur existence. Pour la plupart des autres, c'est

la difficulté de concilier des liens et des espaces de vie pluriels qui est la source principale de questionnements, comme pour Alex, tiraillé entre sa famille d'accueil et sa famille biologique : « *Mes soucis c'est plutôt à cause de la famille. Je ne les vois pas souvent. Ils veulent que je revienne absolument alors que je ne peux pas* » (Alex, 13 ans).

« Mon gros problème, c'est mon orientation »

Une deuxième source de préoccupation, évoquée par les enfants et les adolescents, est liée à la scolarité, l'orientation et la projection dans l'avenir. Pour les plus jeunes, les difficultés résident d'abord dans l'expérience scolaire avec la difficulté de s'intégrer à la classe, difficulté encore renforcée à la suite d'un changement d'école, souvent consécutif au placement. En effet, comme le placement implique un déplacement, il est fréquent qu'il s'en suive un changement d'école. Une des craintes des enfants est alors celle des moqueries et du stigmatisme lié au placement : « *À l'école, à peine on fait quelque chose, ils se moquent. (...) Il y a tout le collègue qui est au courant que je suis placée. Ils viennent tous me poser des questions* » (Émilie, 14 ans). Au-delà du rapport au stigmatisme [18], les enfants et adolescents évoquent également des difficultés à suivre les enseignements, en lien en partie avec le changement d'école. L'impression de buter sur les exercices, de ne pas savoir faire revient dans de nombreux récits. La difficulté de concentration apparaît également comme le sentiment de « découragement » : « *L'école ça me décourage. J'arrive plus à avoir de meilleures notes qu'au premier semestre. Je n'arrive pas à me concentrer et à dormir* » (Alex, 13 ans). Les évaluations apparaissent alors comme un couperet sur lequel ils restent « bloqués ». Le sentiment « d'ennui » se dessine vite, de même que la difficulté de tenir en classe ou plutôt pour « tenir la classe », pour reprendre les termes de Jérémy : « *Au début de l'année, je voulais arrêter l'école, j'en avais marre. Je n'arrivais pas à tenir la classe. Ça m'énervait. Je suis passé en justice. (...) Je me suis fait attraper, ça m'a calmé* » (Jérémy, 17 ans). Ces difficultés de « tenir en classe » ont pu conduire deux des jeunes rencontrés à la déscolarisation. Mais les réponses palliatives, comme l'école de la deuxième chance ou la mission locale, sont présentées sous la forme d'un pis-aller occupationnel, sans perspective, où se reproduisent les mêmes difficultés relationnelles [19]. Finalement, la crainte partagée par les plus âgés des répondants, et pas seulement par les jeunes en situation de déscolarisation, c'est « la peur de l'avenir », « la peur d'arriver à ne rien faire » (Manuela, 18 ans). Pour les deux jeunes scolarisés en Institut médico-éducatif, la peur de l'âge adulte est plus globale et massive, en lien avec une faible estime de soi et des difficultés dans la vie quotidienne : « *Je me demande comment je vais faire dans ma vie plus tard, avec mes difficultés. Ce qui m'inquiète le plus c'est de ne pas savoir faire les choses* » (Aude, 14 ans). L'ensemble des étapes du passage à l'âge adulte est également une forte préoccupation pour Jérémy (17 ans) : « *Je pensais beaucoup. J'avais du mal à m'endormir. Je suis préoccupé par des trucs de la journée, mon avenir, ce que je vais faire plus tard, si je vais avoir un appart, si je vais travailler, faire comme tout le monde. Des fois, j'y pense encore quand je vois les jeunes de l'IME qui, à 20 ans, sont toujours là-bas, y en a qui partent dans un ESAT. J'évite d'y penser, je me dis que j'ai pas encore 20 ans. Je vois mon*

frère qui va aller en CAP, on sait qu'il va avoir un bon travail, gagner sa vie normalement. » Ceci peut induire un rapport anxiogène à l'avenir d'autant plus que les jeunes interrogés apparaissent comme peu préparés et peu accompagnés dans ces étapes : *« Ils m'ont dit qu'on allait en parler de l'après mais en fait on en a jamais parlé »* (Jérémy, 17 ans). Dans leurs discours, ils font état d'un sentiment de solitude et d'isolement dans le traitement de ces questions.

« Dans ma tête, je suis un solitaire »

L'isolement social, qui est un des domaines importants de l'indicateur de santé perceptuelle, les enfants et adolescents rencontrés l'expérimentent dans différentes sphères de vie. Ils les vivent dans les relations entre pairs à l'école mais ils l'expérimentent aussi dans la famille d'accueil, et au sein de leur fratrie : *« Je me sens un peu seule, surtout à la maison »* (Lise, 10,5 ans). Le sentiment de solitude est une expérience ancienne et ancrée chez les enfants et adolescents rencontrés. C'est un vécu, depuis l'enfance, qui colore fortement et durablement les expériences à l'adolescence et l'âge adulte : *« C'est quelque chose que j'ai vécu depuis tout petit. Ça ne va pas changer. Dans ma tête je suis un solitaire. (...) J'ai grandi avec et je suis resté comme ça. Ça je peux pas changer. Peut-être plus tard »* (Vincent, 17 ans). C'est un vécu, lié à l'histoire d'attachement, comme le précise Vincent, qui a fait l'expérience de deux ruptures de liens : *« Je ne suis plus attaché, j'arrive plus à m'attacher. Je vis ma vie en quelque sorte. Ce n'est pas ma faute, avec les autres, je prends mes précautions. Ça va contre ma volonté mais je n'y peux rien. Ça finit toujours mal avec moi. Je suis tellement bizarre »*. Le lien avec les autres est perçu par Vincent comme un risque contre lequel il faudrait prendre « ses précautions », par l'anticipation irréversible et incontrôlable du fait *« que cela se finisse mal »*. Dans son récit, Vincent, qui se décrit comme « bizarre », souligne l'ambiguïté du lien qui oscille entre absence d'attachement ou absence de possibilité de se séparer : *« Je me suis attaché à une personne, ça arrive. Quand je m'attache, j'arrive plus à me séparer. Je ne peux plus m'en passer »*. Cette même idée apparaît dans le récit d'Aude sous la métaphore du « collage » et du décollement : *« Je n'ai pas trop envie de lui en parler à ma copine, elle va essayer de me décoller. Elle va essayer que je sois moins collée à elle. Je restais souvent collée à des gens »* (Aude, 14 ans).

« Tes problèmes, c'est tes problèmes, tu dois pas tout le temps en parler ! »

L'expérience de solitude et d'isolement a conduit les enfants et adolescents interrogés à *« garder pour eux leur problème »* (Manuela, 17 ans). Ainsi, Vincent, 17 ans, explique face à de trop nombreux problèmes avoir intégré l'idée de garder pour lui ses affects : *« J'en ai trop. J'ai tellement gardé. Je suis habitué à tout ça. C'est trop complexe à expliquer. Pour moi, c'est comme ça. Y'a pas de mots pour expliquer. »* De même, Sally (13 ans), qui fait par ailleurs mention de fortes douleurs physiques nous explique avoir l'habitude de *« garder tout dans son corps »* : *« La colère je la garde un peu tout dans mon corps. Je garde tout pour moi. »* Parfois, c'est même sous injonction des adultes référents qu'ils ont décidé de ne plus évoquer leurs

problèmes devant les autres : « *Tata (l'assistante familiale) m'a dit : "Tes problèmes, c'est tes problèmes, tu dois pas tout le temps en parler à ta sœur"* » (Lena, 10 ans). En cas de soucis liés à leur santé, les enfants et adolescents rencontrés ont intériorisé cette injonction « à taire les problèmes » et à attendre que le problème de santé « passe » de lui-même. Ceci est lié dans leur discours à une absence d'identification des supports disponibles : « *Je ne sais pas à qui demander. Quand j'ai demandé ça n'a pas donné grand chose* » (Manuela, 18 ans). Plus encore, les entretiens donnent à voir une méfiance vis-à-vis de l'aide. Une première défiance exprimée est la crainte de parler de ses problèmes de santé par peur que d'autres personnes puissent être mises au courant : « *Je me méfie surtout des gens qui y répètent à tout le monde que tout le monde sache* » (Aude, 14 ans). Une autre crainte partagée par les enfants et jeunes est la peur des questions auxquelles ils vont devoir répondre : « *J'ai peur que ça empire. Ils vont me poser 40 000 questions* » (Paul, 12 ans). Mais surtout cette défiance s'appuie sur un sentiment d'absence de réponses disponibles : « *Les médecins, ils m'ont dit qu'ils pouvaient rien faire. Les éducateurs ils m'ont encore rien proposé* » (Émilie, 14 ans) et sentiment d'absence d'amélioration de la situation suite à l'intervention : « *Quand on s'occupe de mes problèmes, ça ne m'aide pas à me sentir mieux* » (Paul, 12 ans). Cette méfiance vis-à-vis de l'aide peut alors venir renforcer le mutisme des enfants confiés qui vont chercher « à faire avec » leurs problèmes plus qu'à les traiter : « *Quand les éducateurs me prennent dans le bureau, j'ai du mal à parler. Avec la psychologue, elle pose des questions. Si je n'en parle pas, je vais mal. Si je suis mal, j'essaye de faire montrer aux autres que je vais bien. J'essaye de faire avec. J'ai un psychologue à l'IME, je ne lui en parle pas. Je n'arrive pas à lui en parler. J'essaye mais je n'y arrive pas* » (Aude, 14 ans).

Discussion

Les enfants et adolescents interrogés font état de problèmes nombreux et massifs dans leur quotidien, affectant leur qualité de vie, principalement en matière d'énergie, d'isolement social et de sommeil.

La complémentarité des méthodes de recueil utilisées, avec un entretien associé à la passation d'un questionnaire, permet d'avoir une appréhension fine des difficultés rencontrées. En effet si dans l'entretien, les enfants et adolescents confiés, en quête de normalité, cherchent à présenter leur santé sous un jour positif, il semblerait que le fait de remplir, par eux-mêmes, le questionnaire, indépendamment du regard du destinataire, les autoriserait à dresser un bilan beaucoup plus contrasté de leur état de santé et des difficultés perçues. *A contrario* les récits laissent plus libres les enfants et adolescents rencontrés de faire partager leurs préoccupations concernant leur famille, l'école ou leur avenir et de mettre en intrigue leur histoire. Dans ces récits, les difficultés ou les événements douloureux, sont racontés sur un ton oscillant entre une présentation « spectacle » et « une apparente banalité », sans que des réactions émotionnelles à ces événements ne transparaissent, comme dans l'exemple ci-dessous relatant des violences subies et la perte d'un enfant : « *J'en attendais deux. Je lui ai dit : "pourquoi vous me cherchez la merde ?" Ça tourne dans ma tête, je me dis : "je vais*

ignorer". Je savais me défendre. Elle m'a donné un violent coup sur le ventre. J'en ai perdu un. C'était des jumeaux. Il y a que l'autre qui est resté » (Alice, 18,5 ans). On peut voir ici une forme de récit que Lucchini [20] appelle « dialogué » où le locuteur met en scène l'événement dans une rhétorique du spectacle. En parlant, il revit l'événement et cherche à le faire comprendre à son interlocuteur dans une logique didactico-dialogique. Tout se passe comme si le fait de revivre au présent le passé remplaçait l'analyse sur l'événement. Ces récits laissent l'interlocuteur dans un même état de sidération que le locuteur ne sachant plus s'il doit souligner dans l'échange le caractère difficile de ces événements ou admettre leur présentation banalisée et normalisée.

Il reste que les récits donnent à voir une appréhension vitale de la santé, comme celle qui apparaissait également dans l'article de North [21], consacré à la santé des jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse. Mais comme ces derniers, le rapport des enfants et adolescents confiés à leur santé reste passif. En effet, les enfants et adolescents confiés ont plutôt tendance à taire les problèmes de santé et attendre qu'ils passent par eux-mêmes, comme ils ont attendu que les difficultés parentales de leur famille « passent », plutôt que d'en parler. Ceci peut être lié aux habitus sociaux de ces enfants et à l'intériorisation d'une culture familiale dans laquelle il n'est pas usuel de parler de ses problèmes [22]. Mais ceci peut aussi être lié à l'insécurité socio-affective dans laquelle ces enfants et adolescents sont placés. Que cette insécurité soit liée à des situations abandonniques ou à un tiraillement entre des espaces de vie et des liens pluriels, il en résulte une même difficulté pour les enfants confiés de trouver des liens fiables dans leur environnement sur lesquels ils pourraient s'appuyer pour préserver leur santé. Pour ceux qui se heurtent à la rupture du lien familial et à des situations abandonniques, l'énigme qui en résulte ne peut être que douloureuse, dans la mesure où les rapports de filiation sont des rapports de reconnaissance fondamentaux [23] où se joue une identification réciproque qui, pour l'enfant, est au principe de sa construction de soi, mais aussi du monde ⁽³⁾. Beaucoup souffrent de troubles de l'attachement avec un attachement insécure ambivalent ou évitant. Or ces types d'attachement et les modèles internes opérant auxquels ils concourent, construisent un rapport au monde et aux autres dans lequel le lien représente plus une menace qu'une aide. Tandis que ceux, qui maintiennent un lien avec la famille d'origine suite au placement, sont confrontés à la difficulté de concilier des liens et des espaces de vies pluriels. C'est ce difficile travail d'appréhension des lieux et des liens que Giraud [24] appelle « le travail psychosocial des enfants placés ». En quête de lieux et de liens, ces enfants apparaissent comme « obnubilés ou envoûtés » : « *Leur esprit est ailleurs ou plutôt les différents acteurs de cet ailleurs peuplent leur esprit d'une telle présence que rien d'autre ne peut y trouver place.* » Cette incertitude, liée aux lieux et aux liens, et aux origines de la séparation est destinée à persister tant qu'un travail de parole, avec une personne significative n'est pas effectué. En effet, les jeunes qui parviennent à avoir

(3) Dans le rapport avec les « autres significatifs », qui sont ceux qui ont pour tâche de socialiser l'enfant, se joue en effet l'installation de l'individu à l'intérieur du monde de la société, et du même coup, l'appropriation de son identité par l'enfant. Peter Berger & Thomas Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986.

une représentation apaisée de ces liens sont ceux qui ont pu trouver un espace de réflexivité durant le placement – ce qui nécessite un lien de confiance intense avec un « autrui significatif » – et un espace de dialogue entre les différents acteurs. Mais peu d'enfants et d'adolescents interrogés rencontrés ont pu expérimenter au cours de leur prise en charge la construction de ce lien de confiance. Au contraire, il semblerait que la prise en charge reproduise l'insécurité et les ruptures de liens par des déplacements fréquents au sein des lieux de placements, par des changements d'écoles, et par une absence de préparation au passage à l'âge adulte. Le sentiment de solitude et d'isolement qui en résulte concourt à l'absence d'identification par les enfants et adolescents confiés de supports disponibles pour leur santé et à une méfiance vis-à-vis de l'aide proposée. D'où la tentation de taire les problèmes plutôt que d'en parler. Pour Giraud [24], les enfants placés tentent par leur mutisme « de se mettre hors d'atteinte » : « *Leurs manières d'être, de dire et de taire, sont en fait les produits logiques de leur incertitude d'être à autrui, à l'espace, au monde social.* »

Conclusion

Cette analyse qualitative sur la santé perçue montre une atteinte massive des différentes dimensions de la qualité de vie chez les enfants confiés, avec des problèmes liés à l'énergie, à l'isolement social, au sommeil, à la mobilité, aux réactions émotionnelles. Elle permet de rendre compte de deux préoccupations majeures chez les enfants confiés pour leur famille et leur avenir et d'un grand sentiment de solitude. Elle montre un rapport passif des enfants confiés à leur santé, en lien avec l'absence d'identification de liens de confiance et de ressources disponibles pour leur santé, associé d'une méfiance vis-à-vis de l'aide proposée. Comme pour bien d'autres populations en situation de précarité, le rapport des enfants confiés à leur santé convoque donc des problématiques plus larges, liées à l'estime de soi, à la projection vers l'avenir, et au rapport aux institutions [25]. Plus globalement notre étude attire l'attention sur les facteurs sociaux explicatifs des inégalités de santé [26] et confirment l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence et de la reconnaissance dans le rapport à la santé.

Les limites de notre recherche restent cependant dans le caractère restreint de l'échantillon interrogé, qui plus est très divers en termes de type de situations et d'âges des répondants. Néanmoins, la complémentarité des approches peut venir accréditer la qualité des données recueillies.

Dans les perspectives de suite, nous souhaiterions poursuivre l'analyse des données qualitatives recueillies pour donner à comprendre les stratégies d'ajustement, le réseau social et des soutiens mobilisés par les enfants et adolescents confiés dans le traitement de leurs problèmes de santé.

Certains résultats de cette étude qualitative pourraient être utilisés pour définir des indicateurs à intégrer dans des études plus larges auprès de jeunes confiés comme les liens identifiés, le sentiment d'isolement et la méfiance vis-à-vis de l'aide. Il serait également intéressant de reproduire

cette approche en ciblant mieux les populations étudiées (enfants en situation abandonnique, enfants avec troubles de l'attachement...) afin d'affiner l'étude des attitudes de ces enfants vis-à-vis des institutions.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

BIBLIOGRAPHIE

1. Sanson B. Les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, Vingt ans après. *Médecine et enfance* 2009;29(3):146-9.
2. Mather M. The statutory medical and health needs of looked after children: Time for a radical review? London : College Hill Press; 1997:36-40.
3. Every child matters. Presented to Parliament by the Chief Secretary to the Treasury by Command of Her Majesty. 2003:14.
4. Stein M, Dumaret AC. The Mental Health of Young People Ageing out of Care and Entering Adulthood : Exploring the Evidence from England and France. *Children and Youth Services Review* 2011(33-12):2504-11.
5. CHU d'Angers. Enquête épidémiologique sur les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents. Département du Maine-et-Loire ; 2006:69.
6. Robin P. Comment les adolescents appréhendent-ils l'évaluation de leur situation familiale en protection de l'enfance. L'enfant au cœur des politiques sociales. *Informations sociales*. 2010(160):134-40.
7. Danic I, Delalande J, Rayou P. Enquêter auprès d'enfants et de jeunes, objets, méthodes et terrains. Rennes : Presses universitaires de rennes ; 2006:215.
8. Moscovi S. Préface. *In* : Herzlich C. Analyse d'une représentation sociale. 4^e éd. Paris: EHESS; 2005:210.
9. Galand C, Sales-Wuillemin E. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés* 2009(3-105):35-44.
10. Flick U (dir.). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit subjektive Theorien und Soziale Repräsentation. La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales. Paris: L'Harmattan ; 1993:399.
11. Freidson E. Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge. *Revue française de sociologie* 1988(29-1):205-8.
12. Gautier A, Pin S, Cournouve L. Perception de la santé et qualité de vie. *In* : P Guilbert, A Gautier (dir.). Baromètre santé. Saint-Denis : Inpes ; 2005:169.
13. Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe ; 1999:36. en ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf [Dernière consultation le 17/12/2011]
14. Frechon I, Dumaret AC. Bilan critique de 50 d'études sur le devenir des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 56:135-42.
15. Potin E. Enfants en Danger. Enfants protégés. Enfants sécurisés ? Parcours de (dé)placement(s) des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, Thèse de doctorat en sociologie. Brest : Université de Bretagne occidentale ; 2009:451.
16. Olson WK. Triangulation in social research: Qualitative and quantitative methods can really be mixed. *Developments in Sociology* 2004(20):103-21.
17. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil ; 1990:424.
18. Goffman E. La présentation de soi. Paris : Édition de Minuit, Collection le sens commun ; 1973:256.
19. Robin P, Andreas O. L'accompagnement à l'âge adulte des jeunes vulnérables. Dispositifs publics et construction de la jeunesse en Europe. *Politiques sociales et familiales* 2010(102):9-22
20. Lucchini R. *Enfant de la rue, Identité, sociabilité, drogue*. Genève : Droz ; 1993:272.
21. North S. Intérêt de l'examen périodique de santé dans le parcours des jeunes protégés par l'institution judiciaire. *Santé Publique* 2003(4-15):465-78.
22. Lecaplain P. « Jeunesse à risques et dysfonctionnement des services de la protection de l'enfance : comment penser les pratiques d'accompagnement de jeunes désignés comme violents ? ». *Sociétés et Jeunes en difficulté* (en ligne), n° 7, Printemps 2009, mis en ligne le 9 octobre 2009, consulté le 20 mai 2012. Url <http://sejed.revues.org/index6166.html>
23. Honneth A. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris, Cerf, 2000.
24. Giraud M. Le travail psycho-social des enfants placés. *Médecine & Hygiène. Déviance et Société* 2005(4-29):463-85.
25. Dany L. *Jeunes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Rapport final*, ORS PACA ; 2003:97.
26. Fassin D. Avant propos. *In* : *Inégalités et santé. Problèmes politiques et sociaux*. Paris : La Documentation française. 2009(960):136.