



HAL
open science

Handicaps psychosociaux dans l'enfance et adaptation à long terme

Annick-Camille Dumaret

► **To cite this version:**

Annick-Camille Dumaret. Handicaps psychosociaux dans l'enfance et adaptation à long terme. *Prevenir*, 2000, 39, pp.139-144. inserm-00353935

HAL Id: inserm-00353935

<https://inserm.hal.science/inserm-00353935>

Submitted on 16 Jan 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Handicaps psychosociaux dans l'enfance et adaptation à long terme

Annick-Camille DUMARET

Psychologue, ingénieur de recherche à l'INSERM, CERMES-INSERM. U.502

« La constitution biologique de l'enfant à sa naissance ne sera pas la loi unique de son destin ultérieur. Ses effets peuvent être amplement transformés par les circonstances sociales de son existence, d'où le choix personnel n'est pas absent ». Henri Wallon, 1954

Résumé :

Les études sur les handicaps psychosociaux vécus dans l'enfance et leurs retentissements ont montré que c'est surtout le cumul de ces risques qui entravent les différentes fonctions développementales. Aucun facteur spécifique de risque ne permet de prédire la psychopathologie ultérieure. Ce sont les études sur les modifications environnementales ayant réduit de façon importante ces handicaps qui ont montré les grandes possibilités de récupération du développement. Nous présenterons ainsi quelques résultats de travaux sur le devenir à long terme de populations d'enfants ayant vécu de graves carences socio-relationnelles et qui cumulaient ce type de handicaps.

Les recherches sur les conditions de vie, les variations dans l'environnement et l'analyse des situations psychosociales « hors normes » vécues par les enfants et adolescents ont permis d'affiner les connaissances sur la psychopathologie. L'identification des facteurs dommageables sur le plan cognitif et dans le domaine de la santé mentale fait partie de la prévention dont l'un des objectifs est d'en réduire les effets déficitaires et/ou d'agir sur l'entourage des personnes concernées.

Environnement et développement

Les études, d'abord axées sur les risques biologiques et médicaux (prématurité, détresse respiratoire, petit poids de naissance...) se sont ensuite portées sur les facteurs socio-économiques et familiaux. Ni les facteurs constitutionnels, ni les complications péri et néonatales et les facteurs environnementaux pris séparément n'ont de valeur prédictive sûre, les derniers pouvant amplifier ou diminuer l'influence des premiers (Werner et Smith, 1982). Le passage méthodologique d'études rétrospectives à des recherches prospectives et longitudinales a montré la relativité du poids des facteurs de risque biologiques ou médicaux sur le développement et l'importance croissante du milieu pour les enfants entre 18 et 36 mois. Le terme "environnement" fait référence à une multiplicité de milieux, comme l'avait souligné Wallon (1954) et décrit Bronfenbrenner (1979) dans une perspective socio-écologique. C'est le statut socio-économique du chef de famille qui a été le plus utilisé parmi les facteurs environnementaux ; cette mesure reste cependant assez hétérogène pour certains milieux de vie et on y a très vite adjoint le niveau d'études de la mère. Puis, l'aspect multidimensionnel a été privilégié, et depuis plusieurs années, il est tenu compte de certains aspects organisationnels et matériels et au sein des familles (espace, jeux éducatifs...), du climat socio-familial, des valeurs éducatives et culturelles, caractéristiques éducatives parentales, et enfin des événements de vie stressants.

Effets du handicap psychosocial dans l'enfance et l'adolescence

Ce concept est défini de façon plus ou moins large dans les travaux anglo-saxons et les divers termes utilisés sont tous en lien avec de multiples obstacles au développement : « *social disadvantage, psychosocial risk, chronic adversities* »... On se retrouve face à une grande variété d'expériences pouvant aller de désavantages biologiques (avec des effets partagés avec des facteurs génétiques), à des handicaps physiques et aux problèmes familiaux sévères. La classification internationale des maladies CIM10 et le DSM-IV utilisent un système multi-axial, détaillant les problèmes psychosociaux et environnementaux en lien avec les pathologies. Etant donné que ces facteurs de risque sont généralement associés entre eux – par exemple, les familles défavorisées sur le plan socio-économique le sont également dans le domaine de la santé – c'est essentiellement la synergie des effets de cet ensemble d'adversités que l'on mesure sur le devenir. Dans toutes ces associations, comme dans le cas de la schizophrénie maternelle ou la dépression parentale, il devient alors difficile d'attribuer tel comportement déficitaire ou déviant à tel risque, c'est-à-dire d'identifier les causes de chaque désordre ou inadaptation (corrélation n'est pas cause). Les répercussions sur les enfants doivent tenir compte de

l'âge de l'enfant (existence de périodes sensibles dans l'acquisition de certaines compétences) et du développement : certaines adversités affecteront plus les aspects perceptivo-moteurs, le langage, d'autres les facultés cognitives générales, les compétences sociales, les troubles intrapsychiques, etc.

Plusieurs programmes de recherche ont montré les effets cumulatifs et interactifs des handicaps psychosociaux sur le devenir des enfants et des adolescents (QI, troubles affectifs, troubles émotionnels, comportements déviants et criminels...). Il y a plus de vingt ans, Rutter et Quinton (1977) construisaient l'indice d'adversité familiale faisant suite au *psychosocial stress adversity index* de Schaffer et composé de six facteurs de risque : CSP basse du chef de famille, logement surpeuplé ou famille nombreuse, conflits parentaux ou violence conjugale, criminalité paternelle, dépression maternelle, enfant placé à l'Aide sociale à l'enfance. Les troubles de comportement des enfants à 10-11 ans étaient multipliés par dix entre les familles sans risque et celles cumulant au moins quatre risques. Plusieurs modifications ont été apportées, intégrant également des données sur la santé mentale des deux parents, les capacités maternelles, les attitudes éducatives, l'absence de support social... Le score de Sameroff et Seifer (1983) comporte dix facteurs de risques et ces auteurs retrouvent les mêmes effets multiplicateurs sur les troubles comportementaux des enfants « à risque » (mères malades mentales). A 4 ans, si on ajoute ce score à la CSP, c'est la moitié de la variance du QI verbal qui est ainsi expliquée ; de plus, 20 points de QI séparent ceux de familles sans risque de ceux de familles avec de nombreux handicaps psychosociaux. A l'âge de 13 ans, la continuité des désavantages familiaux et environnementaux limite les compétences cognitives et sociales des jeunes. Les études épidémiologiques réalisées à partir de cohortes d'enfants « à risque » utilisent des indices de risque psychosocial et familial plus ou moins sophistiqués, la plupart des études indiquent que c'est le nombre de risques et le degré de sévérité plutôt que le type lui-même de risque qui exercent des effets négatifs sur le développement (Fergusson et col. 1989, Laucht et col. 1997).

Il existe toutefois des patterns de plus ou moins grande vulnérabilité en fonction des variabilités individuelles constitutionnelles, tempéramentales...et des potentiels d'adaptation qui permettent à certains individus d'échapper à un sombre destin malgré l'exposition aux risques. C'est ainsi que s'est développé le courant de recherches sur les facteurs de protection et la résilience.

Effets des modifications environnementales à des âges jeunes

Il y a un quart de siècle, l'équipe d'épidémiologie psychiatrique anglaise de Rutter soulignait que les effets des facteurs de risque dépendent amplement du fait qu'ils se

pérennisent. Il existe aussi une certaine continuité dans le taux de troubles ou difficultés des jeunes, même si les problèmes changent de nature. Des enfants ayant des troubles comportementaux et émotionnels à dix ans sont deux fois nombreux à vivre des événements stressants vers 25 ans (Champion et al. 1995). Ce constat de continuité chez les jeunes eux-mêmes ou de répétition intergénérationnelle, en l'absence de tout changement fondamental sur le plan des conditions de vie, va de pair avec le sentiment d'impuissance de certaines équipes sociales. Le principe de multicausalité et la complexité des interactions qui entrent en jeu dans le développement expliquent, en partie, le manque d'efficacité de prises en charge thérapeutiques et éducatives compensatoires qui ne portent pas sur l'ensemble de ces handicaps psychosociaux. Pour éviter ces circuits pathologiques de reproduction de comportements inadaptés dans les familles dites "à risque" et permettre aux enfants un développement normal, d'importantes modifications de l'environnement sont nécessaires. Les changements sur l'ensemble des chaînes interactives d'inadaptation (parents/enfants/entourage) devraient produire une reprise du développement des compétences cognitives, sociales et une amélioration des conduites. Seule une minorité de personnes expérimentent des changements radicaux de milieu, comme les enfants dans le cas de l'adoption. Plus nombreux sont ceux qui peuvent subir des modifications environnementales partielles comme dans le cas de certaines prises en charge thérapeutiques de longue durée et/ou de placements permanents en milieu familial ou institutionnel. L'étude de leur trajectoire et de leur adaptation vérifiant l'hypothèse de la réversibilité (et de la plasticité) nécessite cependant des évaluations précises avant (rarement réalisées) et après changement de milieu.

Les restructurations développementales dues aux changements des conditions de vie ont été analysées à partir de cas cliniques ou de travaux sur les populations d'enfants très carencés. (Clarke and Clarke, 1976, Skuse 1984). Non distribués normalement dans la population, les handicaps psychosociaux s'observent particulièrement parmi ces enfants dont les familles ne peuvent répondre aux besoins fondamentaux. Les études démontrent leurs effets positifs sur les récupérations à l'adolescence chez les jeunes placés mais également chez des enfants adoptés entre 4 et 6 ans avec de faibles niveaux de QI (Duyne M et al, 1999). Avant l'adoption, nous avons souligné les effets différentiels des handicaps et stress vécus par ces enfants, effets négatifs sur le QI comme les facteurs de risque graves à la naissance (maladies de la mère pendant la grossesse), les lésions cérébrales ultérieures et le cumul des problèmes de santé, effets négatifs sur le comportement comme l'âge tardif au premier placement et les maltraitements. Le QI moyen s'est élevé de 14 points QI après environ 8 ans d'adoption. La seule variable - CSP du chef de famille - a un impact important sur l'élévation des notes de QI : le gain

moyen de QI est de 19 points pour ceux élevés en milieu favorisé par des cadres supérieurs et de 8 points de QI pour ceux élevés en milieu ouvrier. Il reste encore à savoir quelle sera le poids de certains facteurs de risque avant adoption. En effet, malgré le temps passé dans le nouveau milieu de vie, le devenir reste fonction du comportement psychosocial antérieur. Si les troubles affectifs et comportementaux sont plus difficilement réversibles parmi les enfants placés (M. David, 1989), les adaptations ultérieures s'effectuent selon des modes différents en fonction : 1) de facteurs liés au sujet lui-même et à sa capacité d'interagir dans ses différents lieux de vie : son âge, son vécu antérieur, les pathologies parentales, et 2) des caractéristiques du nouveau milieu de vie. Ainsi, par exemple en ce qui concerne les troubles de comportements socio-scolaires des enfants élevés en placement familial, le taux est plus élevé en fonction de la taille des fratries élevées ensemble.

D'autres études, encore trop peu nombreuses, répondent à la question des effets à très long terme des handicaps psychosociaux vécus dans l'enfance c'est-à-dire à la force des continuités générationnelles de ces désavantages sociaux et de leur cortège d'inadaptations. Elles indiquent que les situations observées chez des adultes de 20 à 30 ans ne sont pas aussi critiques que de nombreux écrits de type clinique et social le suggéraient jusque récemment (Corbillon et col. 1988, Bauer et col. 1993).

Placement familial à long terme et devenir adulte

Nous avons mené une recherche auprès de jeunes adultes élevés pendant une durée moyenne de huit ans dans le cadre d'un placement familial PF auquel ils avaient été confiés après avoir été retirés de leur famille (Dumaret et Coppel-Batsch, 1996). Cette population de jeunes "anciens placés" avait été exposée à de nombreux facteurs de risque : la déviance parentale était nettement plus fréquente que dans la population générale : 4 fois plus d'alcoolisme chez les pères, 10 fois plus chez les mères, 4 fois plus de troubles psychiatriques... D'autres handicaps psychosociaux, dont la tuberculose parentale pour certains, s'ajoutaient aux motifs de placement : carences graves, maltraitance... Les familles de 4 enfants et plus représentaient 71% et avant leur admission en PF, une large majorité des enfants avaient déjà été placés ou multiplacés, le tiers des familles avaient d'autres enfants placés à l'ASE. Les prises en charge thérapeutiques et éducatives ont été importantes puisque les quatre cinquièmes des enfants accueillis dans ce PF en ont bénéficié. Les jeunes avaient près de 30 ans au moment de l'enquête 1990-92. Les portraits qu'ils donnent d'eux-mêmes à l'âge adulte ne se distinguent pas fondamentalement des portraits des citoyens de leur âge et de milieux sociaux relativement identiques.

C'est leur insertion générale que nous avons évaluée. Celle-ci, à l'âge adulte, implique traditionnellement une certaine autonomie de la personne, le fait d'avoir une activité professionnelle, des relations avec l'entourage, la capacité d'établir des liens durables... Un score global a été établi, synthétisant les informations recueillies pour les 59 adultes anciens placés dans les domaines suivants : santé, vie personnelle et familiale, vie professionnelle, relations avec l'entourage, suivi par des équipes sociales. L'échelle ainsi construite a permis classer les sujets : 33 personnes sont bien insérées sur le plan socio-relationnel et professionnel (plus de la moitié), 7 ont une insertion moyenne (un sur dix), 12 adultes ont une insertion relative ou fragile (un sur cinq) et pour 7 d'entre eux, l'insertion est très mauvaise.

Ce score d'insertion a été mis en relation avec les variables socio-démographiques et familiales et des facteurs de risque d'inadaptation : a) séparation et placement des parents dans l'enfance FR1, b) pathologies familiales sociales et/ou psychiatriques FR2, c) carences graves et maltraitements vécus par les jeunes eux-mêmes FR3. L'âge d'admission dans le placement, le nombre de familles d'accueil, les antécédents parentaux pris séparément ne sont pas des facteurs déterminants dans l'insertion. Les difficultés d'adaptation à l'âge adulte sont liées au cumul des difficultés familiales (suivi de la famille par les travailleurs sociaux et autres enfants placés, FR2 et FR3). Parmi les adultes qui connaissent une insertion fragile ou de graves difficultés d'adaptation, un peu moins de la moitié ne cumulent pas d'importants FR à la différence des autres qui ont d'importants problèmes de santé mentale.

L'histoire transgénérationnelle de ces familles est marquée par les ruptures, les maladies, l'absence d'enracinement social et la reproduction de comportements de placement. L'analyse prospective faite à partir des 34 jeunes adultes qui ont des enfants montre qu'au moment de l'enquête le processus de reproduction des comportements de placements a été stoppé : aucun n'a d'enfant placé dans les circuits de l'ASE, même s'il existe quelques risques de dysfonctionnement dans certaines familles.

L'intégration sociale et professionnelle satisfaisante, le bon état de santé générale de la majorité des adultes rencontrés, sont à mettre en relation à la fois avec la stabilité du lieu de vie, les rencontres et l'ensemble des aides mises en place au sein du PF. Ce placement ayant permis de réduire les handicaps psychosociaux les a protégés d'événements graves, sauf peut-être ceux qui ont toujours fait l'objet de relations difficiles voire de rejet de la

part de leurs parents. Les continuités de comportements inadaptés et surtout de placement, fortes dans les générations précédentes (grands-parents et parents) ont très fortement diminué parmi cette génération. Nombreux sont ceux qui ont acquis la capacité de faire face à l'adversité. Leur devenir réfute le pessimisme qui transparaissait dans les dossiers institutionnels. Si l'adaptation, évaluée à travers le score d'insertion adulte, reste liée à une plus faible exposition aux pathologies et adversités familiales, elle concerne également des jeunes arrivés tardivement, après de nombreux placements antérieurs et ayant subi de nombreux handicaps psychosociaux..

Références

- Bauer D, Dubechot P, Legros M. (1993) Le temps de l'établissement: des difficultés de l'adolescence aux insertions du jeune adulte. Paris, *CREDOC*, coll. des Rapports.
- Champion LA, Goodall G, Rutter M. (1995) Behaviour problems in childhood and stressors in early adult life. I. A 20 year follow-up of London school children. *Psychol. Med.*, 25, 231-46.
- Bronfenbrenner U. (1979) *The ecology of human development*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Clarke AM, Clarke ADB. (1976) *Early experience: Myth and evidence*. London, Open Books.
- Corbillon M, Assailly JP, Duyme M (1988) L'aide sociale à l'Enfance: descendance et devenir adulte. *Population*, 2, 473-79.
- David M. (1989) *Le placement familial*. Paris, ESF.
- Dumaret AC, Duyme M, Tomkiewicz S. Enfants carencés placés après 4 ans en familles adoptives avec un QI inférieur à la moyenne. Etude des facteurs de vulnérabilité. *Neuropsych Enf Adolesc*, 1991, 39(7):265-283.
- Dumaret AC, Coppel-Batsch M. Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1996, XXXIX, (2):613-671.
- Duyme M., Dumaret AC. Tomkiewicz S. (1999) How can we boost IQ's of dull children: A late adoption study. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 96, 8790-94.
- Fergusson DM, Horwood L.J., Lynskey M. (1994) The childhoods of multiple problem adolescents: a 15-year longitudinal study. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 35, 6, 1123-40.
- Laucht M; Esser G, Schmidt MH. (1997) Developmental outcome of infants born with biological and psychological risks. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 38, 7, 843-53.
- Rutter M, Quinton D. (1977) Psychiatric disorder: ecological factors and concepts of causation. In McGurk Eds. *Ecological factors in human development*. Amsterdam.
- Sameroff AJ, Seifer R. (1983) Family risk and child competence. *Child Dev.*, 54, 1254-68.
- Skuse D. (1984) Extreme deprivation in early childhood: II. Theoretical issues and a comparative review. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 25, 543-72.
- Wallon H. (1954) Les milieux, les groupes et la psychogénèse de l'enfant. *Cahiers Internationaux de Sociologie*.
- Werner EE, Smith RS. (1982) *Vulnerable but invincible*. New York, Mac Graw Hill Ed.

Fombonne E. (1993) La contribution de l'épidémiologie à la recherche étiologique en psychiatrie : des facteurs de risque aux mécanismes du risque. *Re. Epidém. Santé Pub.*, 41, 4, 263-273.

11 facteurs de la cohorte d'enfants « à risque » de Mannheim utilisé conjointement avec celui de risques biologiques (Laucht, Esser et Schmidt, 1997) et celui de Fergusson et col. sur l'enfant et sa famille, dans la cohorte de naissance de Nouvelle Zélande (1989 et suiv.).

de Mannheim et de Nouvelle On citera aussi les de 11 facteurs de la cohorte d'enfants « à risque » utilisé conjointement avec celui de risques biologiques (Laucht, Esser et Schmidt, 1997) et celui de Fergusson et col. sur l'enfant et sa famille, dans la cohorte de naissance de Nouvelle Zélande (1989 et suiv.).

Rutter M, Madge N. (1976) *Cycles of disadvantages: a review of research*. London, Heineman.

Bradley RH, Caldwell BM, Elardo R. (1977) Home environment, social status and mental test performance. *J. Educat.Psychol.*, 69, 697-701.

Robins LN. (1979) Sturdy childhood predictors of adult outcome: replications from longitudinal studies. In *Stress and mental disorder*, JE Barrett, RM Rose, GL Kler am Eds. New York, Raven Press.

Downey G, Coyne JC (1990) Children of depressed parent: an integrative review. *Psychol. Bulletin*, 108, 50.76.