

Des considérations particulières pour la supervision médicale des enfants et des adolescents en famille d'accueil



INTRODUCTION

Plus de 76 000 enfants et adolescents sont en famille d'accueil au Canada, et leur nombre augmente tous les ans (1). Les enfants et les adolescents en famille d'accueil ont des besoins médicaux, affectifs, développementaux et éducationnels plus élevés que la moyenne (2). Ces besoins particuliers sont souvent chroniques, mal reconnus et négligés. On constate de nombreux obstacles aux soins de santé, y compris des dossiers médicaux inexistantes ou inadéquats, l'absence de soins continus ou de suivi en raison des placements temporaires et la difficulté d'accéder aux services. Il n'existe pas de lignes directrices pour répondre aux besoins de santé des enfants et des adolescents en famille d'accueil, même si la majorité des pédiatres verront de tels jeunes au sein de leur pratique.

Le présent document de principes souligne les enjeux en santé propres aux enfants et aux adolescents en famille d'accueil au Canada. Il n'aborde pas la prévention, la déclaration ou la prise en charge urgente des enfants maltraités.

Une recherche dans PubMed a permis d'extraire les articles pertinents à l'aide de termes de recherche comme *foster care* et *health*, limités aux titres et aux résumés, aux enfants et adolescents de zéro à 18 ans et à une période de dix ans (1997 à 2007). On a également fait des recherches dans les références des articles extraits. En outre, on a obtenu des ressources documentaires auprès de la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, les Centres d'excellence pour le bien-être de l'enfant, Santé Canada, Statistique Canada, le gouvernement du Canada et La Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada.

HISTORIQUE

La famille d'accueil dispense des soins et assure une supervision, mais ne compte aucun parent ou tuteur biologique de l'enfant. Elle est approuvée et sélectionnée par un bureau de protection de l'enfance (3). Parfois, le placement est temporaire et vise à réunir la famille après l'obtention de services de soutien pertinents comme une formation en compétences parentales, du counseling, des soins de répit, des services de garde, une formation sur la préparation à la vie ou des programmes de traitement spécialisés. Dans d'autres cas, c'est une transition vers l'adoption ou l'accueil à long terme dans le cadre d'une planification d'un projet de vie permanent, un processus qui assure la continuité de l'accompagnement et des liens tout au long de la vie.

Les enfants arrivent dans le système de protection de la jeunesse pour diverses raisons et selon diverses ententes de placement. Dans certains cas, des enfants ayant des besoins particuliers provenant de collectivités éloignées, souvent autochtones, sont placés en famille d'accueil pour leur faciliter l'accès à des services qui ne sont pas disponibles chez eux. Des enfants et des adolescents peuvent avoir un besoin immédiat de protection contre la maltraitance ou la négligence ou être vulnérables à un risque de maltraitance ou de négligence. Les facteurs de risque courants incluent l'accoutumance aux drogues et à l'alcool, l'extrême pauvreté, l'itinérance, la violence, la participation passée au système de protection de la jeunesse, l'exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool, des antécédents familiaux de troubles de santé mentale, des troubles comportementaux graves ou médicaux complexes et des déficiences cognitives ou fonctionnelles de parents disposant de peu de ressources ou de soutien.

Les services de protection de l'enfance sont régis par les compétences provinciales et territoriales. Chaque territoire dispose de sa propre législation, de ses propres définitions, politiques et services. La responsabilité fédérale se limite aux enfants ayant le statut de Première nation. Environ 40 % des enfants en famille d'accueil sont autochtones (jusqu'à 68 % au Manitoba), et 6 % des enfants autochtones sont en famille d'accueil. Étant donné la surreprésentation d'enfants autochtones en famille d'accueil, un nombre croissant d'agences de services à l'enfance et à la famille des Métis et des Premières nations ont été mises sur pied afin d'offrir des services fondés sur la culture en vertu des lois provinciales sur la protection de la jeunesse (4). Le principe de Jordan était une proposition présentée au gouvernement fédéral en vue de résoudre les conflits de compétence touchant les services aux enfants des Premières nations. Le 12 décembre 2007, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité une motion d'initiative parlementaire en appui au principe de Jordan. C'est un principe de l'enfant d'abord qui garantit le respect des besoins de l'enfant par le gouvernement de premier contact, jusqu'à ce que le conflit de compétence soit résolu (5). Il faudra poursuivre la défense d'intérêts pour s'assurer que cette orientation morale du gouvernement sera bel et bien appliquée aux échelons fédéral, provinciaux et territoriaux.

Les lois provinciales régissent les questions de consentement au traitement. Le Québec est la seule province à ne pas être régie par le Code criminel du Canada mais par le Code

TABLEAU 1
Le système canadien d'aide sociale

Ressource	Téléphone	Site Web
Centres d'excellence pour le bien-être de l'enfant	514-343-6111/7735 (Montréal), 416-978-1386/3255 (Toronto)	< www.cecw-cepb.ca >
Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada	613-235-4412	< www.cwlc.ca >
La Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada	613-230-5885	< www.fncaringociety.com >
Centre national d'information sur la violence dans la famille	1-800-267-1291	< www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index_html >
Ressources humaines et Développement social Canada Rapport sur les foyers d'accueil — Septembre 2006	613-957-9832	< www.rhdsc.gc.ca/fr/publications_ressources/politique_sociale/foyer_accueil/page01.shtml >

civil du Québec et la Loi sur la protection de la jeunesse pour les questions reliées à la maltraitance d'enfants (1). Pour obtenir plus d'information au sujet des organismes de protection de la jeunesse au Canada, consultez le tableau 1.

LA SUPERVISION MÉDICALE

Au premier contact avec un enfant ou un adolescent en famille d'accueil, le médecin doit collaborer avec le personnel à la protection de l'enfance. En général, le travailleur à la protection de la jeunesse devient le tuteur légal tandis que l'enfant est en famille d'accueil. Les parents d'accueil et les parents biologiques, ainsi que le personnel des maisons de groupe, peuvent également participer au contact initial. Souvent, l'historique médical complet n'est pas disponible au contact initial, et le médecin doit être prêt à dispenser des services même s'il ne sait pas grand-chose des antécédents de l'enfant. Il incombe au travailleur à la protection de la jeunesse de fournir les autorisations de transfert des dossiers médicaux et d'obtenir des documents complets, y compris les antécédents médicaux, les médicaments, les allergies et les dossiers d'immunisation.

La Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada demande un réaménagement des services afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des adolescents en famille d'accueil. Elle souligne la forte incidence d'enfants ayant des retards du développement, positifs au VIH ou exposés à l'abus d'alcool et de drogues (p. ex., l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale).

L'*American Academy of Pediatrics* (6) et la *Child Welfare League of America* (7) ont publié des lignes directrices sur la supervision médicale des enfants en famille d'accueil. Parmi les recommandations, soulignons une première visite médicale dans les 24 heures suivant le placement, une visite de suivi complète dans les 30 jours suivant le placement et le dépistage systématique des troubles du développement, des troubles de santé mentale, des troubles de santé orobuccale et des infections transmises sexuellement (6,8,9).

LES PROBLÈMES DE SANTÉ

Les besoins de santé des enfants en famille d'accueil sont tout aussi vastes et variés que ceux du reste de la population

pédiatrique. Cependant, les enfants qui arrivent en famille d'accueil sont souvent en mauvaise santé, non seulement en raison de facteurs de risque comme la pauvreté, l'exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool ou la maladie mentale d'un parent (10), mais également en raison d'une mauvaise supervision médicale avant l'arrivée en famille d'accueil. Certains problèmes courants surgissent à l'arrivée en famille d'accueil : mauvaise hygiène, sous-vaccination, négligence dentaire et besoins contraceptifs des adolescents. L'étude canadienne de 2003 sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (11) a établi que, dans 34 % des enquêtes vérifiées de maltraitance, on constatait au moins un trouble de santé physique, affectif ou cognitif. Par ailleurs, 15 % des enfants sous enquête étaient atteints d'un trouble d'apprentissage, 10 % accusaient un retard du développement, 3 % avaient une anomalie congénitale reliée à l'abus de drogues ou d'alcool et 2 % présentaient un handicap physique. L'étude a également établi que 40 % des enfants sous enquête souffraient d'au moins un problème de fonctionnement comportemental, 13 % des cas présentant de l'absentéisme scolaire, un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou des interactions négatives avec leurs camarades (11). Ces résultats sont comparés aux taux nationaux de TDAH de 8 % à 10 % chez les garçons et de 3 % à 4 % chez les filles de moins de 18 ans (12).

Une étude (13) auprès de 334 enfants en famille d'accueil vivant dans des régions urbaines du Canada a révélé des troubles respiratoires chez 19,6 % de ces enfants, des problèmes dermatologiques chez 16,3 % d'entre eux et des troubles ophtalmologiques chez 6,3 % d'entre eux. L'étude a également établi que 33,9 % des enfants en famille d'accueil souffraient d'un trouble chronique comme l'asthme, l'infirmité motrice cérébrale ou une anomalie congénitale, exigeant parfois des soins multidisciplinaires et un suivi médical plus étroit. On a constaté des troubles de santé mentale, y compris le TDAH et des troubles du comportement, chez 55 % des enfants de 18 mois à 12 ans (13).

Une autre étude (14) auprès de 248 enfants en famille d'accueil a révélé que 70 % d'entre eux avaient été traités pour des antécédents de troubles affectifs ou comportementaux, par rapport à 17 % à 22 % des échantillons de la collectivité.

La *Crown Ward Review* (2), effectuée en 2004 en Ontario, a fait état de forts taux de troubles du comportement, d'agression, de TDAH, de troubles affectifs et de retard du développement. Elle concluait que 82 % de cette population avaient des besoins particuliers.

À l'arrivée d'un enfant en famille d'accueil, on remarque souvent une négligence de la dentition ou l'omission de faire traiter les caries dentaires ou les maladies périodontiques. En outre, la moitié des enfants victimes de maltraitance ont subi des blessures crâniocervicales, cérébrales ou cervicales (15).

Des données des États-Unis (16,17) ont révélé que de 45 % à 92 % des enfants qui arrivent en famille d'accueil souffrent d'au moins un trouble de santé identifiable, les taux les plus élevés correspondant aux troubles respiratoires, de croissance, dermatologiques et hématologiques. On remarque également des taux plus élevés de troubles d'éducation, y compris les troubles d'apprentissage, la déficience intellectuelle et l'échec scolaire (18,19).

SOMMAIRE

Les enfants et les adolescents qui arrivent dans une famille d'accueil sont une population à haut risque, ont des besoins particuliers et affrontent de nombreux obstacles à des soins optimaux. Les pédiatres sont dans une position unique pour défendre ces enfants et leur dispenser des soins complets s'ils sont au courant des problèmes. Le présent document de principes donne un aperçu de certains problèmes et défis au sein de cette population pédiatrique et propose les recommandations suivantes en matière de supervision médicale :

RECOMMANDATIONS

- Les médecins doivent convenir que les enfants et les adolescents en famille d'accueil présentent une plus forte incidence de besoins particuliers, y compris des troubles médicaux chroniques, des troubles de santé mentale, des retards du développement et un retard scolaire.
- Les médecins doivent collaborer avec les professionnels à la protection de l'enfance, les parents d'accueil, le personnel des maisons de groupe et, s'il y a lieu, les parents et les membres de la famille, afin de déterminer l'urgence d'évaluer et de dispenser des soins de santé optimaux aux enfants et adolescents en famille d'accueil au Canada.
- À leur placement en famille d'accueil, les enfants et les adolescents doivent se présenter à une visite médicale initiale, y compris un examen physique, afin de dépister et de traiter les troubles de santé exigeant des soins médicaux immédiats, tels qu'une maladie aiguë, une infection, une grossesse ou une maladie chronique exigeant la prise de médicaments, un grave retard du développement ou des troubles de santé mentale. Il faut également soupeser le besoin d'évaluer la vision, l'audition et la dentition.
- Lors de la consultation initiale, les médecins doivent évaluer au cas par cas la nécessité de procéder à des tests de dépistage du nourrisson, de l'enfant ou de l'adolescent, tels qu'un hémogramme complet, la ferritine, le taux de plomb, le VIH, les titres d'hépatite B et C, β -hCG, les prélèvements du col de l'utérus ou de l'urètre afin de dépister des infections transmises sexuellement, et le test Papanicolaou. Il n'est pas recommandé de demander systématiquement des tests.
- Il faut prévoir une visite médicale de suivi pour revoir les antécédents médicaux, y compris le statut de vaccination, pour procéder à un examen physique complet, pour revoir ou effectuer les aiguillages en vue d'une évaluation en santé du développement ou en santé mentale, selon les besoins, et pour s'assurer d'un suivi dentaire. Il faut analyser les examens de laboratoire qui faisaient partie du dépistage initial.
- Les médecins doivent connaître les besoins culturels, affectifs, spirituels et physiques uniques des enfants et adolescents de tous les groupes ethniques, y compris les autochtones, et y être sensibles.
- Les médecins doivent soupeser la nécessité d'aiguiller les jeunes vers une évaluation psychopédagogique et d'offrir du soutien au début et tout au long de leur placement en famille d'accueil. Ce soutien peut inclure des communications avec les enseignants, la direction d'école, les éducateurs spécialisés et les tuteurs.
- Les médecins doivent s'associer aux travailleurs à la protection de l'enfance pour ouvrir et tenir à jour des dossiers médicaux détaillés afin d'assurer des soins continus et un suivi. Les dossiers de santé devraient suivre l'enfant ou l'adolescent tout au long de son placement en famille d'accueil et même après.
- Les enfants et les adolescents qui sont en famille d'accueil ou qui y ont déjà été placés doivent faire l'objet d'un suivi plus fréquent que le reste de la population pédiatrique.
- Les médecins doivent prôner la planification d'un projet de vie permanent, y compris la stabilité des placements et les plans d'intervention personnels qui établissent les objectifs de vie à long terme de l'enfant ou de l'adolescent.
- Les médecins doivent connaître les ressources communautaires pour aider les familles d'accueil à s'occuper de ces enfants et adolescents qui ont des besoins particuliers (tableau 1).

REMERCIEMENTS : Le comité de la santé de l'adolescent, le comité de la santé des Inuits, des Métis et des Premières nations, le comité de la pédiatrie psychosociale et la section de la prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document.

RÉFÉRENCES

- Ressources humaines et Développement social Canada et Information sur les services à l'enfance et à la famille. Bien-être de l'enfance au Canada 2000 : Le rôle des responsables provinciaux et territoriaux dans la prestation des services de protection de l'enfance. <www.rhdsc.gc.ca/fr/sm/ps/dsc/polsoc/publications/rapports/2000-000033/page00.shtml> (version à jour le 4 janvier 2008).
- Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse, Direction du soutien administratif. Child welfare review: Combined summary report 2000-2001-2002. Crown Ward Review, Child in Care Review, Adoption Probation Review. Gouvernement de l'Ontario, avril 2004.
- Farris-Manning C, Zandstra M; Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada. Children in care in Canada: A summary of current issues and trends with recommendations for future research. <www.nationalchildrensalliance.com/nca/pubs/2003/Children_in_Care_March_2003.pdf> (version à jour le 4 janvier 2008).
- Rassemblés autour d'un rêve : De nouvelles perspectives de la santé des enfants et adolescents inuits, métis et des Premières nations. <www.manyhandsonedream.ca/francais/index.html> (version à jour le 4 janvier 2008).
- La Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. <www.fncaringsociety.com> (version à jour le 4 janvier 2008).
- American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 2002;109:536-41.
- Schor EL, Aptekar RR, Scannell T; Child Welfare League of America Inc, American Academy of Pediatrics. The Health Care of Children in Out-of-Home Care: A White Paper. Washington: CWLA Publications, 1987.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care. Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics* 2000;106:1145-50.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS. Identification and care of HIV-exposed and HIV-infected infants, children and adolescents in foster care. *Pediatrics* 2000;106:149-53.
- Leschied AW, Whitehead PC, Hurley D, Chiodo D. Protecting children is everybody's business: Investigating the demand for service at the Children's Aid Society of London and Middlesex. <www.edu.uwo.ca/CAS/pdf/finalfull1.ppt> (version à jour le 4 janvier 2008).
- Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B et coll. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants-2003 : Données principales. <www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/index_f.html> (version à jour le 4 janvier 2008).
- Canadian ADHD Resource Alliance. <www.caddra.ca/english/educators.html> (version à jour le 4 janvier 2008).
- McKim J, Tadesse Y, Selk L. Examining the medical condition of children in the care of social agencies: A study by the London and Middlesex Children's Aid Society medical clinic. *Ont Med Rev* 1995;37-41.
- Stein E, Evans B, Mazumdar R, Rae-Grant N. The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Can J Psychiatry* 1996;41:385-91.
- Kellogg N; American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 2005;116:1565-8.
- Szilagy M. The pediatrician and the child in foster care. *Pediatr Rev* 1998;19:39-50.
- Simms MD, Dubowitz H, Szilagy MA. Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics* 2000;106:909-18.
- Evans LD, Scott SS, Schulz EG. The need for educational assessment of children entering foster care. *Child Welfare* 2004;83:565-80.
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Health for Children in Foster Care. *Fostering Health: Health Care for Children and Adolescents in Foster Care – 2nd edn.* New York: American Academy of Pediatrics, 2004.

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE

Membres : Docteurs Minoli Amit, *St Martha's Regional Hospital, Antigonish (Nouvelle-Écosse)*; Carl Cummings, *Montréal (Québec)*; Barbara Grueger, *Whitehorse General Hospital, Whitehorse (Yukon)*; Mark Feldman (président), *Toronto (Ontario)*; Mia Lang, *Royal Alexandra Hospital, Edmonton (Alberta)*; Michelle Ponti, *London-Middlesex Children's Aid Society, London (Ontario) (2002-2007)*; Janet Grabowski (représentante du conseil), *Winnipeg (Manitoba)*

Représentants : Docteurs Raphael Folman, *Mississauga (Ontario) (section de la pédiatrie générale, Société canadienne de pédiatrie) (2005-2007)*; David Wong, *Summerside (Île-du-Prince-Édouard) (section de la pédiatrie générale, Société canadienne de pédiatrie)*

Auteure principale : Docteure Michelle Ponti, *London-Middlesex Children's Aid Society, London (Ontario) (2002-2007)*