



---

**Master 2 Mention santé publique  
Parcours « Enfance, jeunesse :  
politiques**

**et accompagnements »**

Promotion : **2021-2022**

---

**Difficultés rencontrées par les structures  
d'accueil collectif de l'ASE dans l'accès aux  
soins et à la santé des enfants protégés**

ALICE GARES

Septembre 2022

*Sous la direction de Virginie Muniglia*



---

## R e m e r c i e m e n t s

---

### **A Madame Virginie Muniglia**

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser le Master 2 ENJEU. Cette année de master a été d'une extrême richesse. Elle m'a permis d'approfondir mes connaissances au sujet de l'enfance et de la jeunesse mais aussi de m'ouvrir à des domaines différents mais complémentaires à ma formation initiale. Cela a conforté mon idée de changer de spécialité médicale, changement sans lequel je n'aurais pu être aussi épanouie aujourd'hui.

Merci pour votre gentillesse, votre accessibilité et vos précieux conseils. Merci pour votre encadrement durant l'année de master puis de votre soutien et de la poursuite de votre suivi pour mon travail de mémoire durant les années suivantes. Merci pour votre compréhension et pour le temps que vous m'avez accordé pour que je puisse aboutir ce travail.

### **A Madame Marie-Renée Guével**

Je vous remercie de votre intérêt pour mon travail et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à **l'ensemble des enseignants du master 2 ENJEU** pour les cours de grande qualité que vous nous avez dispensés et les connaissances que vous nous avez transmises tout au long de l'année.

Merci à toute **l'équipe ENJEU**, vous avez rendue cette année merveilleuse et enjouée. Je regrette qu'elle se soit terminée en distanciel à cause de la Covid-19. Tous vous rencontrer m'a nourrie et grandie. Une pensée particulière à mes colocs Sandra, Diane et Tanguy, à nos discussions endiablées et à nos folles soirées !



---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>I. La santé des enfants protégés, un enjeu de santé publique .....</b>	<b>1</b>
1. Garantir la santé des enfants, une des missions de la protection de l'enfance .....	1
2. Ecart de santé entre la population des enfants protégés et la population générale ....	2
3. La santé des enfants protégés, au cœur des politiques publiques .....	3
4. Deux expérimentations récentes de parcours de soins coordonnés des enfants protégés.....	4
<b>II. Construction de l'objet d'étude .....</b>	<b>6</b>
1. Stage au sein de la Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé publique du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône .....	6
2. Problématique et hypothèses .....	7
<b>III. Cadre théorique .....</b>	<b>9</b>
1. Le développement de l'enfant, déterminant majeur de la santé de l'individu .....	9
2. L'Exposition précoce à l'adversité, facteur de vulnérabilité du développement .....	10
3. L'attachement, facteur protecteur du développement .....	11
4. Le « méta-besoin » de sécurité de l'enfant .....	13
5. Les besoins en santé spécifiques et particuliers des enfants protégés .....	15
<b>IV. Méthodologie.....</b>	<b>17</b>
1. Description générale de l'étude : recherche-action en 3 étapes.....	17
2. Population cible et description des publics interrogés .....	17
3. Déroulement d'un plan d'action en 3 étapes .....	23
4. Traitement et analyse des données .....	26
5. Forces, limites et biais de l'étude.....	28
<b>V. Plan de l'étude .....</b>	<b>31</b>
<b>Chapitre 1 : Accès primaire aux soins des enfants confiés à l'entrée dans une structure d'accueil .....</b>	<b>33</b>
<b>I. Ouverture des droits et accessibilité financière aux soins .....</b>	<b>35</b>
1. Difficultés administratives d'ouverture des droits à l'assurance maladie .....	35
2. Refus de soins et discrimination en santé des professionnels de santé .....	37
3. Conséquences des difficultés d'ouverture des droits sur les structures d'accueil....	40
<b>II. Entrée dans un parcours de soins coordonnés .....</b>	<b>43</b>
1. Déclaration d'un médecin traitant à l'arrivée dans la structure .....	43
2. Réalisation d'un bilan médical à l'entrée de l'enfant dans la structure.....	44

<b>Conclusion du chapitre 1 .....</b>	<b>48</b>
<b>Chapitre 2 : Accès secondaire aux soins des enfants confiés au cours de leur placement dans une structure d'accueil.....</b>	<b>51</b>
<b>I. Organisation des structures autour des besoins en santé des enfants.....</b>	<b>53</b>
1. Présence non systématisée de professionnels de santé dans les structures.....	53
2. Difficultés d'organisation par manque de temps et de ressources humaines .....	56
<b>II. Offre de soins insuffisante et inadaptée aux besoins en santé des enfants .....</b>	<b>59</b>
1. Offre de soins insuffisante sur le territoire .....	59
2. Offre de soins inadaptée aux besoins spécifiques et particuliers en santé des enfants .....	62
<b>III. Frontières interprofessionnelles entre le monde éducatif et le monde sanitaire</b>	<b>66</b>
1. Frontières interprofessionnelles « intra-structures » .....	66
2. Frontières interprofessionnelles entre les structures et les professionnels libéraux.	70
<b>Conclusion du chapitre 2 .....</b>	<b>74</b>
<b>Chapitre 3 : Le défi de rendre les parents et les enfants acteurs de leur santé.....</b>	<b>77</b>
<b>I. Place des parents dans la santé de leurs enfants.....</b>	<b>79</b>
1. Non-investissement de la santé des enfants avant le placement .....	79
2. Difficultés liées aux demandes d'autorisations parentales .....	80
3. La santé des enfants, un enjeu pour leurs parents .....	83
<b>II. Le rapport des enfants protégés à leur santé .....</b>	<b>87</b>
1. Désintérêt des enfants pour leur santé .....	87
2. Difficultés d'adhésion aux soins des enfants .....	89
3. Prendre soin des enfants et leur apprendre à prendre soin d'eux-mêmes.....	90
<b>Conclusion du chapitre 3 .....</b>	<b>92</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>95</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>103</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACE : Adverse Childhood Experiences

AME : Aide Médicale d'Etat

ANS : Agence du Numérique en Santé

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASQ : Ages and Stages Questionnaire

BDR : Bouches-Du-Rhône

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CD : Conseil départemental

CD13 : Conseil départemental des Bouches-Du-Rhône

CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CESAM 13 : Centre d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie des Bouches du Rhône

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-PsychoPédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Compétences Psycho-Sociales

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRIP : Cellules de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DDD : Défenseur Des Droits

DEF : Direction Enfance-Famille

DGAS : Direction Générale Adjointe de la Solidarité

DIM : Département d'Information Médicale

DIMEF : Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille

DITAS : Direction des Territoires et de l'Action Sociale

DPMISP : Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé Publique

DPO : Délégué de la Protection des Données

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EMI-ECO : Equipe Mobile Intersectorielle à destination des Enfants CONfiés

EPIPAGE : Etude EPIdémiologique sur les Petits Ages GEstationnels

EPP : Entretien Pérénatal Précoce

ESMS : Etablissements Sociaux ou Médico-Sociaux

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat



IEF : Inspecteur Enfance-Famille

IMDPE : Instrument de Mesure du Développement de la Petite Enfance

IME : Institut Medico-Educatif

IP : Information Préoccupante

ISS : Inégalités Sociales de Santé

ISST : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

LFSS : Loi de Financement du Système de Santé

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDS : Maisons Départementales de la Solidarité

MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social

MNA : Mineurs Non Accompagnés

MRPE : Médecin Référent Protection de l'Enfance

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

MT : Médecin Traitant

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PEGASE : Programme d'Expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'enfance

PIEF : Pôle Inspecteur Enfance-Famille

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Projet Pour l'Enfant

PRS : Projet Régional de Santé

PRS2 : Projet Régional de Santé de 2ème génération

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PUMa : Protection Universelle Maladie

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile

SFPEADA : Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées

SNS : Stratégie Nationale de la Santé

SPF : Santé Publique France

SSSIAT : Service de Soutien de Soins d'Intervention et d'Accueil Temporaire

T2A : Tarification A l'Activité

UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique pour Enfance en Danger

---

## A v a n t - p r o p o s

---

Réaliser mon travail de mémoire de recherche ainsi que ma thèse d'exercice en Santé publique et médecine sociale au sujet de la santé des enfants en protection de l'enfance est un véritable aboutissement. Ces deux travaux complémentaires s'inscrivent dans la logique de mon parcours professionnel de formation et de réflexion.

En 2018, j'ai commencé mon parcours d'interne dans la spécialité de médecine générale. J'ai eu l'occasion, lors de mon premier semestre d'internat, de passer deux mois dans un service de pédiatrie d'un centre hospitalier périphérique de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Ce centre hospitalier bénéficiait d'une maternité et le service de pédiatrie comprenait ainsi une petite unité de néonatalogie. Au cours de ce stage, j'ai été témoin des difficultés de prise en charge d'une situation de maltraitance infantile ayant eu lieu dans l'unité de néonatalogie.

La situation de maltraitance portant atteinte à l'intégrité d'un nouveau-né correspondait à des violences pouvant être caractérisées de sexuelles. Ces actes de violences étaient récurrents et avaient été rapportés à plusieurs reprises par différents membres de l'équipe médicale aux pédiatres du service. D'après les connaissances que j'avais pu acquérir durant mon cursus médical il me semblait justifié de réaliser d'emblée un signalement au vu de la gravité de la situation et de la vulnérabilité de la victime. D'autant plus que les autres enfants du parent bénéficiaient de mesures éducatives de protection de l'enfance. Cependant l'équipe médicale en question ne faisait pas la distinction entre une information préoccupante et un signalement et ne connaissait pas la procédure à suivre. De plus, au sein de cet hôpital périphérique il n'y avait pas de médecin référent violences faites aux enfants. En tant que jeune médecin, je me suis retrouvée particulièrement démunie face à cette situation, d'autant plus que les pédiatres de l'équipe médicale restaient indécis quant au signalement, en partie car le parent commettant les actes de maltraitance était un ancien médecin du centre hospitalier. Après plus d'une semaine de discussion avec l'équipe, le signalement a finalement été effectué et le Procureur de la République a ordonné un placement provisoire.

Cette situation m'a profondément marquée. A travers elle, j'ai pris conscience de la complexité de la prise en charge, en pratique, des situations de maltraitance. Elle a marqué un tournant dans ma vie professionnelle car il a été pour moi évident à partir de ce moment-là que je voulais œuvrer pour le bien des enfants, de leurs parents, pour prévenir et mieux repérer ces

situations d'une extrême gravité. Pour cela j'ai choisi de modifier mon parcours et de me diriger vers la spécialité de santé publique et médecine sociale, afin de participer à l'amélioration de la santé des enfants et notamment à la prévention et promotion de leur santé dans le but plus lointain d'améliorer la qualité de vie des adultes et tendre vers une société plus saine.

Ainsi, je me suis tournée vers la Santé publique tout en gardant un pied dans le domaine de l'enfance, en réalisant le DESU de pédopsychiatrie du Professeur Poinso ainsi que le Master 2 de santé publique ENJEU, à l'EHESP, à Rennes : « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnements ». Dès mon premier semestre de stage en Santé publique, j'ai pu m'intéresser à la promotion de la santé des enfants grâce au Docteur Lagouanelle-Simeoni qui m'a permis de travailler sur le programme PRODAS, programme de développement affectif et social des enfants d'âge scolaire mis en place par le planning familial des Bouches-du-Rhône dans les quartiers prioritaires de la ville de Marseille. Le PRODAS est un programme de prévention et de promotion de la santé mentale, précoce, visant le développement des compétences psychosociales des enfants.

En mai 2021, j'ai débuté un stage à la Direction de la PMI et de la Santé publique au Conseil départemental des Bouches-du-Rhône et cela m'a paru évident d'accepter la proposition du docteur Marie-Ange Einaudi, médecin référent protection de l'enfance, de réaliser mon travail de thèse sur le sujet important du parcours de soins des enfants confiés à l'ASE. De plus, cela m'a semblé être enrichissant et intéressant d'aborder cette problématique sous un autre angle en réalisant en parallèle mon mémoire de master 2 ENJEU sur le même sujet.

Ces deux travaux représentent ainsi l'achèvement symbolique de la raison pour laquelle je me suis orientée vers la santé publique, en commençant par le master 2 ENJEU.

Toutes mes expériences m'ont permis d'atteindre les objectifs que je m'étais fixés et d'arriver là où j'en suis aujourd'hui, au carrefour entre la protection de l'enfance et la prévention en périnatalité. Le service de pédopsychiatrie du Professeur Poinso dans lequel j'étais pendant la réalisation de mon travail de thèse m'a permis de faire la transition entre ces deux domaines. En effet durant ce stage j'ai été impliquée dans l'équipe mobile intersectorielle à destination des enfants confiés à l'ASE (EMI-ECO) et j'ai pu aussi m'intéresser à la prévention en périnatalité et plus particulièrement en psypérinatalité. Je poursuis ce parcours en travaillant sur la politique des 1000 premiers jours de l'enfant actuellement à l'ARS PACA puis à Santé Publique France, expérience qui clôturera mon DES de santé publique en mai 2023.

---

# I n t r o d u c t i o n

---

## **I. La santé des enfants protégés, un enjeu de santé publique**

### **1. Garantir la santé des enfants, une des missions de la protection de l'enfance**

*« Rien n'est plus important que de bâtir un monde dans lequel tous nos enfants auront la possibilité de réaliser pleinement leur potentiel et de grandir en bonne santé, dans la paix et dans la dignité. »* – Kofi A. Annan, secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Le 20 novembre 2017, lors de la Journée Internationale des Droits de l'Enfant marquant le jour de l'adoption par l'Assemblée de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), signée en 1989., Kofi A. Annan rappelait l'importance d'apporter à chaque enfant les ressources nécessaires pour qu'il puisse être en bonne santé et se réaliser tout au long de son existence.

En effet, selon la Déclaration des droits de l'enfant, *« l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance. »*

Plus précisément, l'Article 24 de la CIDE précise que chaque enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et qu'aucun enfant ne doit être privé du droit d'avoir accès aux services médicaux.

Garantir une bonne santé aux enfants confiés est une des missions de la protection de l'enfance comme cela est précisé dans la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. En effet, cette dernière donne une définition de la protection de l'enfance centrée sur la santé et sur les besoins fondamentaux des enfants : *« La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »*<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Article L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. ([JORF n°0063 du 15 mars 2016](#)).

## 2. Ecart de santé entre la population des enfants protégés et la population générale

Cependant un écart de santé important est observé dans la population des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Dans son rapport annuel datant de 2021, le Défenseur des droits rappelle que les études épidémiologiques nationales et internationales s'accordent sur les constats alarmants concernant l'état de santé de la population des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).<sup>2</sup> En effet dans cette population spécifique la prévalence des troubles psychiques est estimée à 50%, soit près de 5 fois supérieure à celle observée en population générale<sup>3</sup> et qu'environ 17% des enfants confiés à l'ASE bénéficient d'une reconnaissance de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), notamment pour des pathologies psychiques ou comportementales, ainsi la prévalence du handicap est 8 fois supérieure à celle observée en population générale.<sup>4</sup> Ces résultats sont corroborés par deux études sur la santé des enfants confiés à l'ASE menées ultérieurement dans les Bouches-du-Rhône (BDR).<sup>5 6</sup>

De plus, de nombreuses études mettent en exergue les conséquences sur le devenir et la qualité de vie des enfants confiés à l'ASE. Notamment en ce qui concerne l'émergence de troubles psychiques, une étude réalisée en France retrouve chez les jeunes 11% de troubles internalisés (anxiété, dépression, plaintes somatiques et retrait social), 20% de troubles externalisés (conduites délinquantes et agressives), 15% de conduites addictives.<sup>7</sup>

Aussi, ces enfants rencontrent plus tard des difficultés d'insertion socio-professionnelle puisqu'il est établi que 70% des jeunes de l'ASE n'ont aucun diplôme, 15,8% de ces jeunes ne sont plus scolarisés à 16 ans, une personne sans domicile fixe sur quatre vient de la protection de l'enfance. Ainsi, les conséquences sur la santé des enfants à l'âge adulte entraînent de profondes répercussions au niveau sociétal et économique.

---

<sup>2</sup> Rapport annuel publié en 2021, le Défenseur des droits

<sup>3</sup> Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., et al. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the Child welfare System : A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7):e2622. <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002622>

<sup>4</sup> Défenseur des droits. (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*.

[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21\\_01access.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf)

<sup>5</sup> Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L. & Jego, M. (2018). L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique*, 30, 349-359. <https://doi.org/10.3917/spub.183.0349>

<sup>6</sup> De Montaigne, L., Bernard, O., Da Fonseca, D., Gaudart, J., Richardson, A., Soffer, M., Chabrol, B., Dubus, J-C. & Bosdure, E. (2014). Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône : regard social et médical sur les orientations à la Maison Départementale des Personnes Handicapées. [Thèse de Médecine]. Université d'Aix-Marseille (France).

<sup>7</sup> Dumaret, A., et al. (2011). Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5):289-298. DOI:[10.1016/j.neurenf.2011.01.003](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.01.003)

L'ensemble de ces données démontre que l'écart de santé observé dans la population des enfants confiés à l'ASE concerne l'ensemble des dimensions de la santé telle que définie par l'OMS. En effet, en 1946 dans sa Constitution, l'OMS introduit une perception holistique et globale de la santé en la définissant comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.* »

Parallèlement à cet écart de santé observé, de nombreuses études mettent en exergue les difficultés dans la prise en charge des besoins en santé de ces enfants durant leur placement. Plus particulièrement, en 2016 une étude du Défenseur des droits<sup>8</sup> a souligné le fait que seulement un tiers des enfants bénéficient d'un bilan médical et psychologique d'entrée dans un parcours en protection de l'enfance. De plus, le Défenseur des droits a insisté sur le fait que « *de manière générale, la santé est insuffisamment prise en compte dans les parcours des enfants confiés à l'ASE que ce soit lors de l'évaluation de leur situation, lorsqu'ils sont confiés à l'ASE ou pendant leur prise en charge.* »<sup>9</sup>

Ainsi, la prise en charge de la santé de la population spécifique que constitue les enfants confiés à l'ASE représente un enjeu de santé publique au cœur des préoccupations politiques nationales actuelles.

### **3. La santé des enfants protégés, au cœur des politiques publiques**

Il existe actuellement une volonté nationale d'amélioration de la santé des enfants protégés. Le 14 octobre 2019, M. Adrien Taquet le Secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance a présenté la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022<sup>10</sup> qui constitue l'un des 3 piliers du Pacte pour l'enfance (dont les deux autres piliers sont le plan de lutte contre les violences faites aux enfants et le rapport de la commission des 1000 premiers jours).

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 vise à améliorer la situation des enfants confiés à l'ASE et à garantir leurs droits (à la santé, à l'éducation, à la

---

<sup>8</sup> Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche\\_acces\\_sante\\_et\\_sens\\_du\\_soins\\_rapport\\_final\\_juin2016.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soins_rapport_final_juin2016.pdf)

<sup>9</sup> Défenseur des droits. (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21\\_01access.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf)

<sup>10</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_de\\_prevention\\_et\\_protection\\_de\\_l\\_enfance\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf)

sécurité affective, à l'autonomie après 18 ans). Dans son deuxième engagement concernant le parcours des enfants confiés, elle réaffirme l'importance de la prise en charge de la santé de l'enfant et prévoit de « *systematiser le bilan complet de santé (médical et psychologique) des enfants et des adolescents dans les 3 mois à leur entrée dans les dispositifs de protection et leur accès à un parcours de soins coordonnés* ». Cela avait été antérieurement préconisé par la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance dans le cadre de la réalisation du Projet Pour l'Enfant (PPE)<sup>11</sup>. Dans son deuxième engagement, la Stratégie nationale prévoit également de créer des dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et du handicap.

Plus récemment, la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance réinsiste sur le bilan de santé à l'entrée du dispositif, sur le parcours coordonné ainsi que sur les missions de la protection maternelle et infantile (PMI) dans la prise en charge médicale des enfants confiés à l'ASE. Elle vise le renforcement des services de PMI dans leur rôle d'acteur pivot en matière de santé publique en lien avec le rapport intitulé « Pour sauver la PMI, agissons maintenant », publié en 2019.

Dans le même sens, en juillet 2022, l'Observatoire National de Protection de l'Enfance a publié un rapport qui porte spécifiquement sur la santé des enfants protégés. Ce dernier dresse l'état actuel des connaissances et des pratiques autour de cette problématique et confirme ainsi qu'elle constitue actuellement en France un problème public au centre des débats scientifiques et politiques. En effet, selon Joseph Gusfield, « *on peut dire qu'un problème devient public quand il est l'objet d'un traitement public associatif ou institutionnel qui a pour but de le résoudre ou d'en atténuer les effets.* »<sup>12</sup>

#### **4. Deux expérimentations récentes de parcours de soins coordonnés des enfants protégés**

Dans le cadre de l'Article 51 de la loi de financement du système de santé (LFSS) 2018<sup>13</sup> qui vise le développement d'expérimentations innovantes reposant sur des modes de financement inédits, deux expérimentations en lien avec la santé des enfants confiés à l'ASE

---

<sup>11</sup> Le PPE a été instauré par la loi relative à la protection de l'enfance de 2007. Il prévoit de réaliser pour chaque enfant un projet adapté visant à répondre spécifiquement à ses besoins

<sup>12</sup> Rinaudo, C. (1995). Qu'est-ce qu'un problème social ? Les apports théoriques de la sociologie anglo-saxonne. Cahiers de l'URMIS, 1, 72-87., p82

<sup>13</sup> Article 51 de la [LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018](#). (JORF n°0305 du 31 décembre 2017).



ont été entreprises : PEGASE<sup>14, 15</sup> et Santé Protégée<sup>16, 17</sup>. Elles visent l'amélioration de la prise en charge de leur santé grâce à un parcours de soins coordonnés.

PEGASE concerne le parcours de soins des enfants placés avant l'âge de 5 ans en pouponnière (de 0 à 7 ans) tandis que Santé Protégée concerne tous les enfants confiés, quel que soit leur âge et lieu de vie. Plusieurs départements participent à ces expérimentations, et notamment la pouponnière du département des Bouches-du-Rhône participe à PEGASE.

Ces deux expérimentations ont le même préambule, toutes deux sont inspirées de l'étude EPIPAGE concernant le suivi de la santé des enfants prématurés. Elles se basent ainsi sur le suivi des enfants prématurés qui prévoit un réseau de suivi adapté ainsi qu'une prise en charge précoce. Elles ont voulu transposer ce modèle aux enfants confiés en élaborant un suivi coordonné des enfants, basé sur un repérage précoce visant l'amélioration de leur devenir.

Leur objectif commun est de structurer un suivi médical régulier des enfants confiés, dans le cadre d'une contractualisation entre l'État, le département, la CPAM et le CHU, et cela à travers différents axes d'actions :

- Utilisation d'**échelles d'évaluation adaptées aux différentes tranches d'âge** afin que la prise en charge soit systématisée, harmonisée et adaptée aux besoins des enfants.
- **Revalorisation de la rémunération des professionnels de santé**, en accord avec la CPAM, pour la réalisation des consultations médicales dans le cadre du bilan d'entrée qui sont considérées comme étant des consultations complexes ou très complexes.<sup>18</sup>
- **Forfait annuel pour la santé de chaque enfant** confié permettant la prise en charge de séances de psychomotricité et de psychothérapie, ainsi que le coût supplémentaire des consultations médicales.
- Utilisation d'un **outil de coordination** afin de permettre aux différents acteurs de la prise en charge de l'enfant d'échanger et afin que les informations concernant l'enfant soient centralisées.
- Mise en place d'une **cellule de coordination**.

---

<sup>14</sup> Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance. ([JORF n°0179 du 3 août 2019](#)).

<sup>15</sup> L'expérimentation, nommée PEGASE est portée par le docteur Daniel Rousseau à Angers en Loire-Atlantique.

<sup>16</sup> Arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. ([JORF n°0300 du 26 décembre 2021](#)).

<sup>17</sup> L'expérimentation « Santé Protégée » a été impulsée par le docteur Nathalie Vabres, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes en 2019. Elle est portée par le CHU est plus précisément par l'UAPED en collaboration étroite avec le Conseil départemental et le service de suivi des enfants confiés.

<sup>18</sup> Mesure généralisée durant printemps 2022 (décret septembre 2021)

## II. Construction de l'objet d'étude

### 1. Stage au sein de la Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé publique du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône

La protection de l'enfance a un triple cadre.<sup>19</sup> Elle est encadrée au niveau international par la CIDE, au niveau national par la politique générale de protection de l'enfance à la charge du ministère des Solidarités et de la Santé et au niveau départemental par le président du Conseil départemental (CD) qui est l'institution décisionnaire et exécutive en matière de protection de l'enfance depuis les lois de décentralisation de 1982 et 1983.<sup>20</sup>

Le CD est le « chef de file » de la politique de protection de l'enfance et le président du CD a la responsabilité des enfants protégés.

En ce qui concerne le CD des Bouches-du-Rhône (CD13), la présidente a donné délégation à 3 directions de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS) pour mener à bien les missions de protection de l'enfance<sup>21</sup> :

- La **direction enfance-famille (DEF)** chargée du pilotage de la politique de protection de l'enfance et responsable de la situation des mineurs bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance.
- La **direction des territoires et de l'action sociale (DITAS)** qui met en œuvre les mesures de PE depuis les maisons des solidarités (MDS) en lien fonctionnel avec les inspecteurs enfance famille (IEF) de la DEF.
- La **direction des maisons de l'enfance et de la famille (DIMEF)** qui assure l'accueil d'urgence des mineurs.

Par ailleurs, la **direction de la protection maternelle et infantile de la santé publique (DPMISP)** participe aux actions de prévention, d'évaluation et d'accompagnement sanitaire des enfants suivis au titre de l'ASE<sup>22</sup> et peut ainsi être considérée comme le service garant de la santé des enfants protégés.

---

<sup>19</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). Protection de l'enfance. Consulté le 28 mars 2022, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>

<sup>20</sup> Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

<sup>21</sup> Ibid

<sup>22</sup> Chambre régionale des comptes PACA. (2020). Enquête sur la politique de protection de l'enfance mise en œuvre par le département des Bouches-du-Rhône. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/PAR2020-1595.pdf>

En mai 2021, je débutais un stage, en tant qu'interne de santé publique et médecine sociale, au sein de la DPMISP du CD13. Durant ce stage ma mission principale a été de mener avec le médecin référent protection de l'enfance un travail autour du parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE. Initialement il consistait à réaliser une étude exploratoire, à l'aide d'un questionnaire et de quelques entretiens complémentaires, au sujet des pratiques et des difficultés rencontrées par les professionnels des structures d'accueil de l'ASE afin de permettre au CD13 de comprendre comment en pratique la prise en charge médicale des enfants confiés est mise en place dans les foyers de l'enfance des BDR. Cependant lors des premiers entretiens j'ai été touchée par l'important besoin de s'exprimer des professionnels de la protection de l'enfance, ce qui a suscité ma curiosité et m'a déterminée à approfondir le sujet. Ainsi cette mission est devenue mon travail de thèse d'exercice en santé publique et médecine sociale et il a consisté plus précisément à la réalisation d'un diagnostic territorial.

Les premiers entretiens ainsi que mes premières lectures m'ont amenée à m'interroger sur les causes de l'existence de l'important écart de santé observé entre la population des enfants confiés à l'ASE et la population générale des enfants malgré les témoignages des acteurs de la protection de l'enfance qui semblent être mobilisés pour la santé de ces enfants.

## **2. Problématique et hypothèses**

La mission des professionnels des structures d'accueil et du dispositif de protection de l'enfance est d'assurer et de répondre aux besoins des enfants. Les enfants sont retirés de leur milieu familial car ce dernier était considéré comme défaillant pour répondre à leurs besoins.

Alors, pourquoi les difficultés de réponse aux besoins en santé de ces enfants sont-elles majorées ?

Quels sont les facteurs qui conduisent à un tel écart de santé entre la population générale des enfants et celle des enfants mis sous protection de l'enfance ?

En quoi la prise en charge des besoins en santé des enfants confiés dépend de leur parcours de vie particulier, des mobilisations individuelles des différents acteurs présents autour des enfants et de leur coordination ? Le statut social de ces enfants influence-t-il sur l'accès aux soins et la prise en charge médicale ? Comment se mobilisent les professionnels des structures d'accueil, les professionnels de santé présents, les parents, autour de la santé des enfants confiés à l'ASE ?

Comment l'ensemble de ces acteurs se coordonnent-ils ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans les structures d'accueil des BDR qui limitent la réponse aux besoins en santé ? Comment la prise en charge de la santé des enfants confiés est-elle organisée au sein des structures d'accueil des BDR ? Comment une coordination avec les professionnels de santé du territoire est-elle envisagée ? Quelles sont les ressources et les carences du territoire des BDR en lien avec la prise en charge en santé des enfants confiés ? En quoi les expérimentations de parcours de soins coordonnés peuvent être résilientes et répondre aux difficultés rencontrées aux différents niveaux du parcours de vie et de soins des enfants confiés à l'ASE ?

Cinq hypothèses orienteront l'étude :

1. L'écart de santé observé dans la population des enfants confiés à l'ASE aura pour cause initiale la vulnérabilité liée à leur histoire et leur parcours de vie traumatique.
2. L'écart de santé observé dans la population des enfants confiés à l'ASE sera la conséquence d'inégalités sociales de santé subies par les enfants du fait de leur appartenance à un groupe social particulier.
3. L'écart de santé observé dans la population des enfants confiés à l'ASE sera renforcé par la réponse inadaptée du système de santé à la vulnérabilité de ces enfants.
4. L'écart de santé observé dans la population des enfants confiés à l'ASE pourra être influencé par la mobilisation collective et la coordination de l'ensemble des acteurs autour de l'enfant.
5. L'écart de santé observé dans la population des enfants confiés à l'ASE pourra être influencé par l'implication dans le parcours de soins et la sensibilisation à la santé de l'enfant et de ses parents.

### III. Cadre théorique

Les enfants confiés à l'ASE, du fait de leur exposition précoce à l'adversité, constituent une population vulnérable<sup>23</sup> ayant une trajectoire développementale traumatique et des besoins spécifiques voir particuliers en santé que la protection de l'enfance vise à satisfaire.<sup>24</sup>

#### 1. Le développement de l'enfant, déterminant majeur de la santé de l'individu

En 2005, la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS), considère que le développement de l'enfant est un déterminant majeur de la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra. L'enfant est un « être en devenir » et son bon développement doit être assuré afin qu'il puisse « *devenir un individu relié et capable d'agir en déployant ses capacités et talents* »<sup>25</sup> L'enfance et notamment la petite enfance sont des périodes essentielles pour la trajectoire développementale de l'individu. *Si la période très propice des premières années de vie est manquée, il devient de plus en plus difficile, tant du point de vue du temps que des ressources, de créer un parcours de vie réussi.* »<sup>26</sup>

La santé de l'enfant est elle-même particulièrement influencée par les déterminants sociaux, définis par l'OMS en 2008 comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »<sup>27</sup>. Les déterminants familiaux par exemple jouent un rôle primordial dans la santé infantile. En l'occurrence, l'exposition à l'adversité dès le plus jeune âge est un facteur de risque majeur de troubles mentaux tandis que la qualité de l'attachement en est un facteur protecteur.<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> Article L.119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. ([JORF n°0032 du 8 février 2022](#))

<sup>24</sup> Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf)

<sup>25</sup> De Singly, F., Wissnia-Weil, V. (2015). Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent. [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dp\\_enfance\\_ado\\_web.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dp_enfance_ado_web.pdf)

<sup>26</sup> OMS. (2007). Early Child Development : A Powerful Equalizer.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69729/a91213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>27</sup> [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. \(2017\). L'état de santé de la population en France.](#) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

<sup>28</sup> Collège nationale des universitaires en psychiatrie. (2016). Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie (2ème éd.). Tours, France: Presses universitaires François Rabelais.

## 2. L'Exposition précoce à l'adversité, facteur de vulnérabilité du développement

Les enfants confiés à l'ASE ont été exposés précocement à l'adversité. En effet, ce sont des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans qui ont été victimes de maltraitance infantile, ou qui sont considérés en danger.<sup>29</sup>

Selon l'article 375 du Code Civil « *un enfant est en danger dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* » et la maltraitance infantile correspond au « *non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants* ».<sup>30</sup>

Plus récemment, la loi relative à la protection de l'enfance en 2022 inscrit, dans l'article L.119-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), la définition suivante de la maltraitance :

La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.<sup>31</sup>

Les *Adverse Childhood Experiences (ACE)*, ou expériences négatives vécues durant l'enfance en français constituent des déterminants sociaux ou plutôt des facteurs de vulnérabilité et de compromission du bon développement de l'enfant et de sa bonne santé.

L'étude référente au sujet des ACE est celle réalisée par *Felitti et al.*, en 1998. Elle détaille les différentes expériences négatives pouvant être vécues durant l'enfance de la façon suivante :

**Cinq traumatismes liés à des violences directes** : émotionnelles, physiques, sexuelles, négligences physiques et émotionnelles, et **cinq traumatismes liés aux dysfonctionnements familiaux** : vivre avec un parent alcoolique ou toxicomane, être témoin de violences conjugales, avoir un membre de la famille emprisonné, vivre avec un membre de la

---

<sup>29</sup> [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. \(2020\). Fiche 24 - Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance. L'aide et l'action sociales en France. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l'aide%20et%20l'action%20sociales%20en%20France.pdf)

[%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l'aide%20et%20l'action%20sociales%20en%20France.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l'aide%20et%20l'action%20sociales%20en%20France.pdf)

<sup>30</sup> Article 375 du Code Civil.

<sup>31</sup> LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. ([JORF n°0032 du 8 février 2022](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000438222))

famille atteint de maladie mentale et l'absence d'un parent après un divorce, décès ou abandon.<sup>32</sup>

Les ACE peuvent entraîner des conséquences néfastes importantes sur l'état de santé de l'enfant à court comme à long terme et sur l'ensemble des dimensions de la santé globale définie par l'OMS. Au-delà des taux de prévalence élevés des troubles psychiques et du handicap des enfants à l'arrivée et au cours du placement, de nombreuses études alertent sur les impacts majeurs sur le moyen et le long terme des ACE sur la santé physique, mentale autant que psychosociale au vu des difficultés d'insertion à l'âge adulte.

En effet, selon l'OMS, les maltraitances et les négligences, en provoquant du stress chez l'enfant, peuvent perturber son développement cérébral précoce ainsi que celui de son système nerveux et immunitaire. Elles peuvent également entraîner de nombreuses conséquences sur la santé des enfants à l'âge adulte, notamment en adoptant des comportements néfastes pour la santé (violences subies ou agies, dépression, tabagisme, obésité, comportements sexuels à risque, grossesse non désirée, alcoolisme et toxicomanie). Ainsi les enfants ont plus de risque ensuite de développer des maladie-cardiovasculaires, des pathologies cancéreuses, ils sont plus à risque de passages à l'acte et d'infections sexuellement transmissibles.<sup>33</sup>

### 3. L'attachement, facteur protecteur du développement

Le développement de l'enfant est composé de multiples dimensions : physique, psychomotrice, sociale, émotionnelle, affective, cognitive, langagière, etc.

Le développement affectif et social de l'enfant fait référence au processus de construction de l'affectivité de l'enfant ainsi qu'à son processus de socialisation. Il est particulièrement influencé par les relations de l'enfant avec ses parents et par la qualité de son **attachement**. Selon Bowlby, l'attachement est « *un besoin primaire qui, dans une perspective darwiniste, est essentiel à la survie de l'espèce.* »<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14:245–258.

<sup>33</sup> OMS. (2020). *Maltraitance des enfants*. Consulté le 23 mars 2022 sur, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

<sup>34</sup> Dugravier, I. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. doi:10.3917/ep.066.0014.

L'enfant a besoin de pouvoir compter sur un adulte sensible à ses besoins et disponible, qui se soucie de lui et prend soin de lui. Bowlby parle de « **care-giver** », ou de **figure d'attachement** tandis que Winnicott parle de « préoccupation maternelle primaire ». Le care-giver doit faire preuve « **de stabilité, de prévisibilité, de pérennité et d'empathie.** »<sup>35</sup> L'enfant a besoin de la présence d'un adulte qui le porte physiquement et psychiquement, on parle de « **holding** ».

L'attachement est le **fondement des liens familiaux et sociaux** dans l'espèce humaine. Il semblerait que la fonction vitale d'attachement s'active durant la vie prénatale du bébé.<sup>36</sup> Le nourrisson ne peut survivre sans les soins et l'attention des adultes, ainsi il va adopter instinctivement des comportements lui permettant d'amener à lui les adultes, et notamment ses parents.<sup>37</sup> Au niveau biologique, lors de contacts physiques proximaux, une **hormone de l'attachement appelée l'ocytocine** est libérée par l'hypophyse. Elle serait l'anti-inflammatoire de l'angoisse d'abandon et « *agit sur le cerveau en augmentant l'activation du système neurobiologique de l'attachement et des circuits de récompense associés à l'attachement.* »<sup>38</sup> Les comportements en provoquant le réflexe de « holding » entraînent la libération d'ocytocine et ainsi renforce l'attachement du nourrisson à son « care-giver ». Il existe un lien inversement proportionnel entre le taux d'ocytocine dans le liquide cébrospinal et le degré de maltraitance vécu par l'enfant. En effet, une étude a montré que plus le niveau de maltraitance psychologique dans l'enfance est élevé, plus les taux d'ocytocine dans le liquide cébrospinal sont bas.<sup>39</sup>

La théorie de l'attachement conçue par Bowlby, permet de conceptualiser les systèmes d'interactions sociales mis en place lors du développement de l'enfant au regard des relations vécues avec ses figures d'attachement. Les représentations cognitives d'attachement de l'enfant forment ensuite son « **modèle interne opérant** », déterminant dans la manière dont il se considère lui-même, dont il considère les autres ainsi que dans sa façon d'interagir avec eux. Ainsi ces représentations vont participer à déterminer son fonctionnement et son intégration dans son environnement.

---

<sup>35</sup> Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

<sup>36</sup> Binet, E. (2020). Répression des pleurs comme traumatismes relationnels précoces. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100139>

<sup>37</sup> Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

<sup>38</sup> Binet, E. (2020). Répression des pleurs comme traumatismes relationnels précoces. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100139>

<sup>39</sup> Heim C, Young LJ, Newport DJ, et al. Lower CSF Oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry*.2009; 14:954-58.



On distingue **deux grand types d'attachement : sécure et insécure** qui « *doivent être considérés comme des facteurs de protection ou de vulnérabilité qui s'intriquent avec d'autres aspects tels que le tempérament, les conditions et événements de vie.* »<sup>40</sup> L'enfant a besoin d'acquérir des bases affectives sécures pour pouvoir ensuite s'ouvrir au monde et l'explorer.

Un attachement sain permet de faire face aux événements stressants et déstabilisants de la vie (**coping**), assure une sécurité affective et favorise les apprentissages, la connaissance de soi et les relations interpersonnelles.<sup>41</sup>

#### **4. Le « méta-besoin » de sécurité de l'enfant**

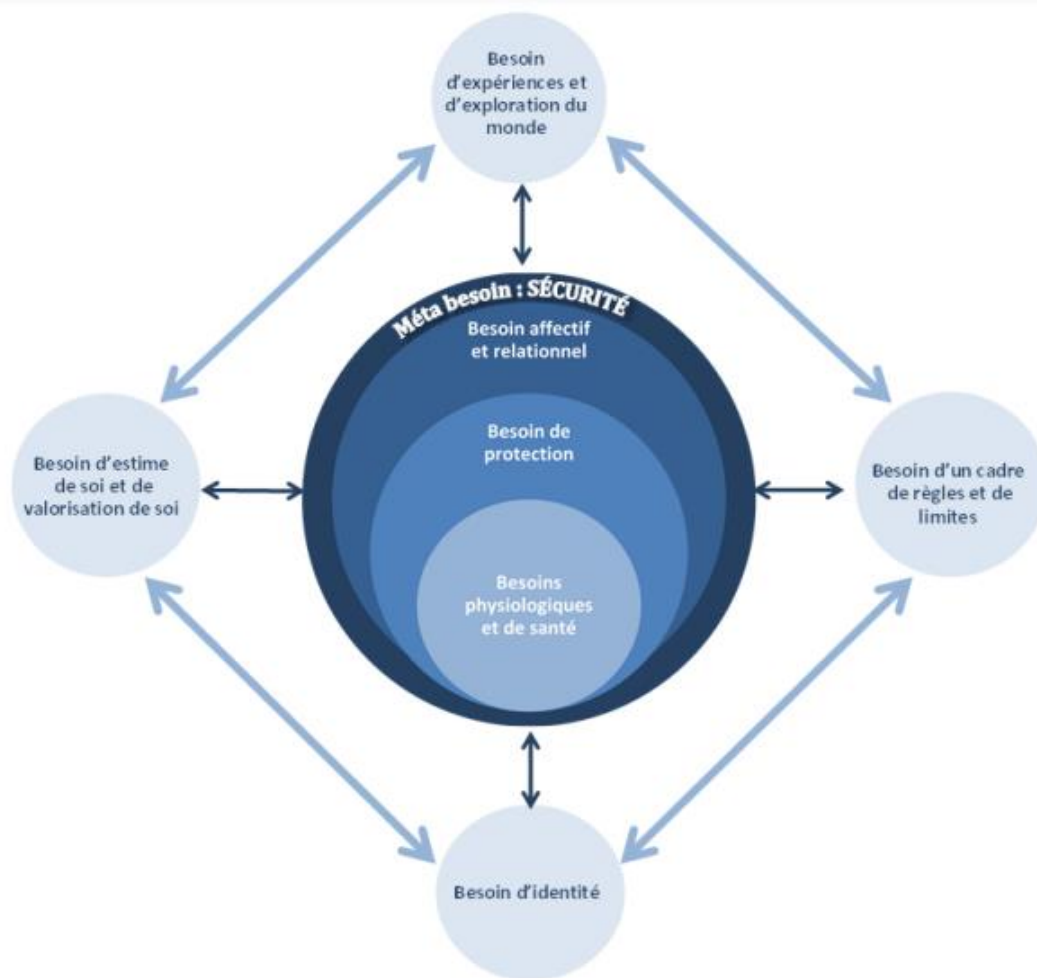
Le rapport de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, remis par le docteur Marie-Paule Martin-Blachais le 28 février 2017 distingue **7 besoins fondamentaux universels de l'enfant** : les besoins physiologiques et de santé, le besoin de protection, le besoin affectif et relationnel, besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité et le besoin d'estime et de valorisation de soi. Ils sont illustrés grâce à « la carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant »<sup>42</sup> ci-dessous.

---

<sup>40</sup> Ibid

<sup>41</sup> Delage, M. (2015). Le système scolaire, les apprentissages et l'attachement : La place de l'enseignant comme base de sécurité. *Thérapie Familiale*, vol. 36(4), 363-376. doi:10.3917/TF.154.0363

<sup>42</sup> Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf)



Parmi ces besoins, **le besoin de sécurité est considéré comme étant un « méta » besoin** car s'il n'est pas satisfait les autres besoins fondamentaux ne peuvent pas l'être non plus et l'enfant ne peut pas se développer correctement. Il est essentiel pour l'enfant qu'un adulte se soucie de lui, de son bien-être et de ses besoins. Il suppose donc l'existence d'une « théorie implicite des besoins de l'enfant » qui implique que l'adulte ait conscience que l'enfant a des besoins et que c'est à lui d'y répondre.<sup>43</sup> Le méta-besoin de sécurité réunit les 3 besoins suivants<sup>44</sup>:

1. **Les besoins physiologiques et de santé** qui consiste à assurer le développement physique de l'enfant (alimentation, sommeil, hygiène, vêtements adaptés...) et à se soucier de sa santé globale, c'est-à-dire l'ensemble des dimensions de son développement (psychomoteur, cognitif, psychosocial, émotionnel...) mais aussi à se

<sup>43</sup> Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf)

<sup>44</sup> Ibid

soucier qu'il ait accès à la santé dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire à la prévention, l'éducation à la santé, la prise en charge de soins primaires et à un suivi médical.

2. **Le besoin de protection** qui consiste à assurer sa protection face à l'ensemble des événements hostiles auxquels il peut être confronté dans toutes les dimensions de son environnement et le cas échéant, à toute forme de maltraitance et de négligence.
3. **Le besoin de sécurité affective et émotionnelle** qui rejoint la théorie de l'attachement.

En répondant au méta-besoin de l'enfant c'est sa santé globale, telle que définie par l'OMS, qui est assurée. En effet au-delà de la satisfaction des besoins physiologiques et de santé de l'enfant, la satisfaction du besoin de protection permet de prévenir les conséquences sur la santé d'événements de vie stressants tels les ACE, quant à la satisfaction du besoin de sécurité affective et émotionnelle il permet d'assurer la qualité du développement affectif et social de l'enfant (attachement).

## 5. Les besoins en santé spécifiques et particuliers des enfants protégés

En plus des besoins fondamentaux universels, les enfants confiés ont des besoins spécifiques et particuliers en santé qu'il est indispensable de considérer et de prendre en charge afin d'assurer leur bon développement.

Avant leur placement les besoins fondamentaux des enfants confiés n'ont souvent pas été pourvus, du fait de leur exposition à des expériences négatives (ACE) et aux carences qu'ils ont pu vivre. Les conséquences de ces expositions et de la non-satisfaction des besoins fondamentaux sont telles que les mécanismes à l'œuvre peuvent initier une trajectoire développementale troublée voire traumatique.

Cette **non-satisfaction des besoins fondamentaux** induit l'émergence de besoins spécifiques qui s'additionnent aux besoins fondamentaux mais ne sont pas de même nature qu'eux (trouble de l'attachement, psycho traumatologie...). Ceux sont des besoins supplémentaires qui sont « *à considérer comme des besoins extraordinaires au regard de ceux des enfants n'ayant pas connu de telles situations, nécessitant une sensibilité extraordinaire pour les identifier et y répondre.* »<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

Les enfants confiés à l'ASE peuvent également avoir des **besoins particuliers** car ils sont plus susceptibles de développer ou d'avoir préalablement des problèmes de santé (notamment des situations de handicap). Les **situations de handicap** peuvent, soit être une conséquence du passé traumatique de l'enfant sur son développement, soit peuvent constituer une des dimensions de la vulnérabilité de l'enfant antérieure à l'exposition à des événements négatifs.<sup>46</sup> Une enquête datant de 2017, au sujet des enfants en situation de handicap, met en exergue le fait que les enfants en situation de handicap ont un risque accru d'être confiés à l'ASE : 3 % des enfants en situation de handicap nés en 2005 contre 0,3 % dans la population générale des enfants du même âge.<sup>47</sup>

Du fait de ces besoins particuliers, la prise en charge des enfants confiés relève de plusieurs champs d'action. En effet, ils relèvent du **champ de la protection de l'enfance et de celui du handicap**, ce qui complique leur prise en charge puisque cela nécessite qu'elle soit d'autant plus holistique et pluridisciplinaire et qu'une **forte coordination entre les multiples acteurs impliqués** se mette en place.<sup>48</sup>

Les conséquences des ACES sur le développement ne sont pas irréversibles mais il est nécessaire d'agir le plus précocement possible afin de récupérer une trajectoire développementale correcte et qu'elle ne reste pas traumatique. En l'occurrence, la protection de l'enfance vise à agir sur les besoins de l'enfant afin qu'il puisse retrouver une trajectoire correcte.

---

<sup>46</sup> Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

<sup>47</sup> Le Laidier, S. (2017). Les enfants en situation de handicap. Éducation & formations, DEPP. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01760773/document>

<sup>48</sup> Haute Autorité de Santé. (2021). Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe\\_psy\\_mel\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf)

## IV. Méthodologie

### 1. Description générale de l'étude : recherche-action en 3 étapes

La DPMISP et la DEF du CD13 ont souhaité initier un projet autour du parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE dans les BDR. Cet enjeu autour des besoins en santé des enfants confiés a été également envisagé par l'ARS de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) dans le cadre du Projet Régional de Santé de 2ème génération pour 2018-2023 (PRS2).<sup>49</sup>

Lors de mon arrivée en stage à la DPMISP en mai 2021, j'ai été impliquée dans ce projet que j'ai ensuite pu mener auprès du médecin référent protection de l'enfance (MRPE)<sup>50</sup> du CD13. L'idée était de préparer la mise en place d'un parcours de soins coordonnés sur le modèle de l'expérimentation Santé Protégée afin de pérenniser ce qui est prévu dans le projet PEGASE (auquel participe la pouponnière du CD13) et que tous les enfants confiés à l'ASE puissent en bénéficier.

L'objectif était de dégager des axes d'actions adaptées au territoire des BDR afin d'améliorer la prise en charge des besoins en santé des enfants confiés à l'ASE dans les structures d'accueil collectif des BDR tout en s'orientant vers un parcours de soins coordonnés.

Afin de répondre à cet objectif, j'ai réalisé une **recherche-action** qui s'est déroulée de **mai 2021 à janvier 2022** et comportait **3 étapes** :

**Étape 1 : Enquête quantitative par questionnaire exploratoire**

**Étape 2 : Enquête qualitative de terrain par entretiens**

**Étape 3 : Enquête qualitative de terrain par observation participante**

### 2. Population cible et description des publics interrogés

Les enfants confiés au service départemental de l'ASE peuvent bénéficier de mesures judiciaires à domicile ou peuvent être placés en hébergement collectif (structures d'accueil

<sup>49</sup> ARS PACA. (2017). Projet régional de santé 2018-2023. Consulté le 23 mars 2022 sur, <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/projet-regional-de-sante-2018-2023-0?parent=5278>

<sup>50</sup> Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles. ([JORF n°0261 du 9 novembre 2016](#)).

d'urgence, plus communément appelés foyers d'urgence, Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), plus communément appelés foyers de l'enfance) ou chez des familles d'accueil.

Cette étude s'inscrivant dans une démarche du Conseil départemental a été circonscrite au territoire des Bouches-du-Rhône. De plus, nous avons choisi de limiter notre champ d'étude aux structures d'accueil collectif (MECS et foyers d'urgence).

## **2.1. Délimitation de la population cible de l'étude**

Dans les Bouches-du-Rhône, 7678 enfants sont pris en charge par l'ASE dont 3300 sont placés en établissement ou chez des familles d'accueil.

On retrouve dans le département 41 associations et 67 établissements, ainsi certaines associations gèrent plusieurs structures d'accueil. Les services d'accueil d'urgence (DIMEF) sont gérés par le CD13. Le service de l'accueil familial du CD13 emploie 493 assistants familiaux qui accueillent 765 enfants (données au 31/12/2020)<sup>51</sup>. Certaines MECS disposent également d'un service d'accueil familial indépendant du CD13.

Ces structures sont implantées sur les 4 différents Pôles des Inspecteurs Enfance-Famille (PIEF) du territoire des BDR (services déconcentrés de la DEF) qui sont implantés, sur les territoires de Marseille, Aix et Istres. Il y en a deux à Marseille car l'un d'entre eux est dédié à la gestion des mineurs non accompagnés (MNA) de l'ensemble du département. Dans ces 4 pôles sont répartis 20 Inspecteurs Enfance-Famille (IEF) qui coordonnent leurs actions afin d'harmoniser les pratiques sur le territoire et qui sont les représentants légaux des enfants confiés à l'ASE par délégation de l'autorité parentale déferée au CD.

L'offre de structures d'accueil de l'ASE dans les BDR comprend<sup>52</sup> :

- **38 MECS dont 2 avec activité d'accueil d'urgence**
- **2 établissements d'accueil d'urgence dont la DIMEF**
- 3 lieux de vie et d'accueil
- 2 structures d'accompagnement spécifiques
- 8 établissements d'accueil mère-enfant

Les structures comprennent fréquemment plusieurs unités ou hébergement répartis sur le territoire. Chaque structure se distingue par son fonctionnement, ses caractéristiques, les

---

<sup>51</sup> Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

<sup>52</sup> Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2021). Livret des établissements d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance (version 2021).

potentielles spécificités du public qu'elle accueille (adolescents vulnérables, enfants âgés de moins de 3 ans, mineurs étrangers isolés, pères isolés avec enfants de moins de 3 ans, couples avec enfant de moins de 3 ans ou attendant un enfant) et l'offre de prestations qu'elle propose (hébergement, placement familial, placement et accompagnement à domicile, accueil de jour, visite en présence d'un tiers...).

Plus spécifiquement, les 38 MECS et les 2 structures d'accueil en urgence des BDR accueillent de 6 à 260 enfants (médiane : 70 enfants ; moyenne : 76 enfants) et le public d'enfants accueillis est soit mixte, soit uniquement des filles (2 structures), soit uniquement des garçons (4 structures) et peut concerner une tranche d'âge en particulier. Sept d'entre elles ont un service d'accueil du public spécifique des Mineurs Non Accompagnés (MNA).

En termes de soins, certaines structures ont des spécificités et disposent d'unités dédiées à la prise en charge des enfants confiés ayant des problématiques de santé particulières. Une partie des structures bénéficient de la présence d'une infirmière diplômée d'état (IDE) : 18 MECS et 3 antennes de la DIMEF bénéficient d'une IDE. Donc au total on dénombre 21 IDE rattachées à des structures d'accueil de l'ASE dans les BDR.

## **2.2. Public cible du questionnaire et taux de participation (étape 1)**

Deux catégories de professionnels exerçant dans les MECS et les foyers d'urgence des BDR ont été ciblées par le questionnaire : l'ensemble des **infirmières diplômées d'État (IDE)** rattachées aux structures d'accueil et les **directeurs** des structures d'accueil ne bénéficiant pas de la présence d'une IDE.

Au total **44 professionnels** ont été inclus dans l'enquête par questionnaire :

- **21 IDE** (18 IDE de MECS et 3 IDE de foyers d'urgence) ;
- **23 directeurs** (21 directeurs de MECS, 2 directeurs de foyers d'urgence).

**39 professionnels** ont répondu au questionnaire et le taux de participation (TP) a ainsi été de **89%**.

Parmi les 39 répondants 20 étaient des IDE et 19 étaient des directeurs. Ainsi, le taux de participation des IDE au questionnaire a été de 95% et celui des professionnels des structures d'accueil sans IDE a été de 82%.

34 étaient des professionnels de MECS et 5 étaient des professionnels de foyers d'urgence (FU).

**Tableau I. Caractéristiques générales des structures et taux de participation**

<b>Population cible totale (N = 44)</b>	<b>IDE (N = 21)</b>		<b>Sans IDE (N = 23)</b>		
<b>Pôle inspecteur/Type de structure</b>	<b>MECS</b>	<b>FU</b>	<b>MECS</b>	<b>FU</b>	<b>TP par PI</b>
<b>Marseille (N = 34)</b>	15/16	4/4	11/14	NA	30/34
<b>Aix-en-Provence (N = 7)</b>	1/1	NA	4/5	1/1	6/7
<b>Istres (N = 3)</b>	NA	NA	3/3	NA	3/3
<b>TP par type de structure</b>	16/17	4/4	18/22	1/1	39/44
<b>TP IDE/ sans IDE</b>	20/21		19/23		39/44

### **2.3. Professionnels interrogés lors des entretiens (étape 2)**

Les professionnels interrogés ont été sélectionnés de façon à obtenir un échantillon le plus représentatif possible de l'hétérogénéité des structures d'accueil présentes sur le territoire des BDR (MECS ou foyers d'urgence, différents pôles inspecteurs enfance-famille, capacité d'accueil, présence ou non d'IDE).

Au total **11 entretiens semi-directifs** ont été réalisés auprès de professionnels de différentes structures d'accueil : 9 entretiens individuels et 2 entretiens collectifs.

Les professionnels interrogés faisaient également partie du public cible du questionnaire auquel ils avaient tous répondu antérieurement.

**6 entretiens ont été menés dans des structures bénéficiant de la présence d'une IDE** (5 individuels et 1 collectif) :

- 2 IDE de MECS du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 IDE d'une MECS avec activité d'accueil d'urgence du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 IDE d'une structure d'accueil d'urgence du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 IDE d'une MECS du pôle inspecteur d'Aix-en-Provence ;



- 4 professionnels de l'équipe de la pouponnière des BDR rattaché au pôle inspecteur de Marseille (directrice, auxiliaire puéricultrice, IDE puéricultrice, stagiaire-cadre anciennement référente ASE).

**5 entretiens ont été menés dans des structures ne bénéficiant pas de la présence d'une IDE** (4 individuels et 1 collectif) :

- 1 directeur d'une structure d'accueil en urgence du pôle inspecteur d'Aix-en-Provence ;
- 1 directeur d'une MECS du pôle inspecteur d'Aix-en-Provence ;
- 1 directeur d'une MECS rattachée au pôle inspecteur de Marseille qui est divisée en deux structures dont une à Marseille et une autre à Aix-en-Provence ;
- 1 cheffe de service dans une unité adolescentes d'une MECS du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 directeur et 1 psychologue d'une MECS du pôle inspecteur de Marseille.

**Tableau II. Répartition des caractéristiques générales des structures d'accueil**

<b>PIEF/structures avec ou sans IDE</b>	<b>MECS avec IDE</b>	<b>MECS sans IDE</b>	<b>FU avec IDE</b>	<b>FU sans IDE</b>	<b>Total</b>
Marseille	5	2	2	-	9
Aix-en -Provence	1	-	-	1	2
Istres	NA	-	NA	NA	0
<b>Total</b>	6	2	2	1	11

Le tableau II ci-dessus, permet de résumer la répartition des caractéristiques générales des structures d'accueil dans lesquelles exercent les professionnels interrogés.

Au total, parmi les 11 structures d'accueil, 6 bénéficiaient de la présence d'une IDE et 5 n'en bénéficiaient pas ; 8 étaient des MECS et 3 étaient des foyers d'urgence ; 8 structures dépendaient du pôle inspecteur de Marseille et 3 dépendaient du pôle inspecteur d'Aix-en-Provence. Aucun entretien n'a pu être réalisé dans le pôle inspecteur d'Istres, malgré de multiples relances.

Les structures d'accueil comportaient des caractéristiques hétérogènes en termes de public hébergé (tranche d'âge des enfants hébergés, nombre d'enfants hébergés, et nombre d'enfants par groupe ou par foyer pour les structures divisées en plusieurs foyers) ainsi qu'en termes de

composition des équipes exerçant dans les structures notamment de l'équipe éducative et de l'équipe sanitaire pour celles bénéficiant de professionnels de santé rattachés à la structure. Les tableaux III et IV (Cf. Annexes 1 et 2) mettent en évidence cette hétérogénéité.

Aussi le tableau V (Cf. Annexe 3) détaille le profil et le parcours de chacun des professionnels interrogés.

#### **2.4. Information des professionnels interrogés et anonymat des données**

L'objet de l'étude et les enjeux de la recherche ont été stipulés dans le mail de diffusion du questionnaire ainsi que dans le mail de demande de passation d'entretien puis ont été précisés oralement lors des entretiens.

L'anonymat a été préservé lors de la passation du questionnaire. S'il était demandé aux professionnels de renseigner le nom de la structure dans laquelle il exerce, leur identité n'était pas précisée. Ainsi, uniquement les noms des structures apparaissent dans la base de données issue du questionnaire et les professionnels ne sont pas identifiables.

Quant aux professionnels interrogés, ils ont dûment été informés de l'enregistrement des entretiens puis de leur anonymisation lors de la retranscription. Il leur a également été précisé que les enregistrements seraient effacés après la publication de l'étude. Leur consentement a été recueilli, avant le début de l'entretien, à l'aide d'une fiche de consentement d'enregistrement audio.

Par souci d'anonymisation, j'ai fait le choix de nommer les professionnels interrogés, tout au long de la présentation des résultats des entretiens, en fonction de leur profession et en leur associant un numéro si plusieurs professionnels exerçaient la même profession (Cf. Tableau V en Annexe 3).

Concernant l'utilisation des données à caractère personnel des professionnels de santé recensés, les démarches ont été complexes et j'ai été confrontée à des freins administratifs. Dans un premier temps j'ai saisi le Délégué de la protection des données (DPO) du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône ainsi que celui du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui m'ont recommandé, conformément aux articles 4 et 7 du RGPD, de recueillir le consentement explicite (« opt in ») de l'ensemble des professionnels de santé. Puis, dans un second temps j'ai sollicité l'Agence du Numérique en Santé (ANS), garante de l'Annuaire Numérique de Santé répertoriant l'ensemble des professionnels ayant un numéro RPPS déclaré, qui m'a informée de la possibilité récente d'utiliser et de diffuser les données à

caractère non personnel des professionnels de santé inscrits dans le répertoire de l'ANS dans le cadre d'une mission d'intérêt public. Au regard de ces nouvelles informations, le DPO du CD13 a émis un avis favorable concernant une potentielle diffusion future de la carte et du répertoire.

### **3. Déroulement d'un plan d'action en 3 étapes**

#### **3.1. Étape 1 : Enquête quantitative par questionnaire exploratoire**

Un questionnaire à visée exploratoire (Cf. Annexe 4) a été élaboré à partir d'une recherche bibliographique, de la lecture de documents ministériels et notamment de la Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance 2020-2022. Il a été validé par le médecin référent en protection de l'enfance du CD13.

Le questionnaire avait pour objectif de recueillir des données générales sur la prise en charge de la santé des enfants confiés dans les MECS et les foyers d'urgence des BDR. Il était composé de **8 questions** (Q1 à Q9). La Q1 était une question ouverte permettant au professionnel de renseigner le nom de la structure dans laquelle il exerce. Les 7 autres questions s'articulaient autour de **3 parties** :

<b><u>Partie 1</u></b> (Q2 à Q5)	Questions fermées au sujet de la mise en œuvre générale du parcours de soins des enfants confiés dans les structures.
<b><u>Partie 2</u></b> (Q6 à Q8)	Questions ouvertes destinées à recenser les professionnels de santé (médicaux, paramédicaux et centres médicaux) impliqués dans la prise en charge des enfants confiés dans les structures.
<b><u>Partie 3</u></b> (Q9)	Question ouverte au sujet des difficultés rencontrées par les professionnels des structures.

Le questionnaire était de type Google Forms et a été diffusé par la messagerie électronique interne du CD13 à l'ensemble de la population cible (21 IDE et 23 directeurs) sur une période s'étendant de juin 2021 à décembre 2021. Au total j'ai effectué 10 relances.

#### **3.2. Étape 2 : Enquête qualitative de terrain par entretiens**

Un guide d'entretien (Cf. Annexe 5) a également été élaboré à partir des mêmes documents que pour le questionnaire.

Le guide d'entretien a servi de support à la réalisation d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de MECS et de foyers d'urgence. L'enquête par entretien était à **usage complémentaire**<sup>53</sup> ; c'est-à-dire que l'objectif était qu'ils enrichissent la compréhension des données recueillies par le questionnaire exploratoire, notamment au sujet de la mise en œuvre du parcours de soins (Partie 1) et au sujet des difficultés rencontrées (Partie 3) ; qu'ils puissent les compléter et contribuer à leur interprétation. Il comprenait **7 thèmes** composés de 2 à 7 questions (complétées par des questions de relance si nécessaire) :

<b>Thème 1</b>	Présentation du professionnel
<b>Thème 2</b>	Attribution d'un médecin traitant à chaque enfant
<b>Thème 3</b>	Bilan d'entrée médical et psychologique dans le cadre du PPE
<b>Thème 4</b>	Suivi médical et psychologique de l'enfant durant son placement
<b>Thème 5</b>	Gestion des données concernant la santé des enfants
<b>Thème 6</b>	Les parents et la santé de leurs enfants
<b>Thème 7</b>	Difficultés, freins et leviers identifiés

Les entretiens ont été réalisés sur la période de juin 2021 à décembre 2021. Parmi les 11 entretiens, 9 ont été réalisés en présentiel au sein des structures d'accueil et 2 ont été réalisés par téléphone. Ils ont duré en moyenne 80 minutes.

### **3.2. Étape 3 : Enquête qualitative de terrain par observation participante**

Dans le cadre de mon parcours en sciences médicales au sein de la spécialité santé publique et médecine sociale, j'ai réalisé en parallèle du recueil de données par questionnaire et par entretiens, une observation participante<sup>54</sup> non structurée dans deux terrains de stage différents.

De mai 2021 à octobre 2021 j'ai effectué un stage au sein de la DPMISP au CD13 durant lequel j'ai effectué ce projet autour d'un parcours de soins coordonnés des enfants confiés. J'ai pu également participer et observer de nombreux temps en lien avec la protection et la prévention de l'enfance me permettant d'enrichir ma connaissance du sujet. Les temps forts de mon stage ont été les suivants :

<sup>53</sup> Blanchet, A. & Gotman, A. (2015). L'entretien (2<sup>ème</sup> édition).

<sup>54</sup> Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375>

- Participation et intervention dans des réunions partenariales avec les IDE des structures d'accueil des BDR, avec les assistants familiaux, avec les directeurs des unités de MECS accueillants des adolescents ; échange avec la référente CPAM de l'ASE...
- Participation à des temps d'information autour du projet PEGASE.
- Participation à des dispositifs autour du repérage des enfants en danger (CRIP, staffs médico-psycho-sociaux, liaison maternité-PMI...).
- Participation à la mise en œuvre d'une intervention préventive de la maltraitance (campagne de prévention du syndrome du bébé secoué par la gestion des pleurs).

Aussi, j'ai pu recueillir des documents et des informations sur l'organisation départementale de la politique de PE dans les BDR afin de comprendre le fonctionnement de cette politique et d'identifier les différents acteurs impliqués et leurs fonctions.

Ensuite de novembre 2021 à avril 2022 j'ai effectué un stage au sein de l'équipe mobile à destination des enfants confiés à l'ASE (EMI-ECO) portée par un service de pédopsychiatrie de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Durant ce stage j'ai pu observer avec un autre angle de vue la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE. Les temps forts ont été les suivants :

- Participation à des réunions d'équipe au sujet de la mise en œuvre opérationnelle de l'équipe mobile et discussion autour de la prise en charge clinique des enfants inclus dans l'équipe mobile, ainsi que des temps d'échange avec des acteurs institutionnels (direction de l'AP-HM, service de DIM de la Conception, la DEF, ...).
- Intervention sur le terrain lors de visites de présentation de l'équipe mobile dans des MECS du secteur concerné, réalisées en binôme avec 1 des autres membres de l'équipe et participation à un temps de rencontre avec une équipe éducative d'une MECS autour de la prise en charge d'un enfant inclus dans l'équipe mobile.
- Participation à une journée scientifique organisée par la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA) autour du rôle de la pédopsychiatrie auprès des enfants confiés à l'ASE ainsi qu'à une journée de formation sur l'ASE « Partenariat en protection de l'enfance » délivrée par la DEF.

#### **4. Traitement et analyse des données**

Dans le cadre de cette recherche-action, j'ai employé une **méthodologie mixte à modèle convergent** ; la collecte et l'analyse des données qualitatives et quantitatives ont été effectuées séparément puis les résultats ont été combinés.<sup>55</sup> Notre étude était à prédominance qualitative ; nous avons utilisé deux méthodes qualitatives différentes (entretiens, observations) et une méthode quantitative (questionnaire).

##### **4.1. Traitement et analyse des données recueillies par questionnaire (étape 1)**

Les données recueillies à partir du questionnaire ont été extraites dans une base de données Excel puis recodées. Ensuite, les données de chacune des 3 parties du questionnaire ont été analysées différemment.

Les données recueillies dans la **partie 1** du questionnaire concernant la mise en œuvre générale du parcours de soins des enfants confiés dans les structures, ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive à partir du logiciel Excel.

Le traitement et l'analyse des données de la **partie 2** du questionnaire concernant le recensement des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux et centres médicaux) seront abordés plus bas (Cf. 4.3.)

La **partie 3** du questionnaire (Q9) portait sur les difficultés rencontrées par les professionnels des structures d'accueil dans leur pratique quotidienne. Les réponses à cette question ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique continue (démarche inductive) réalisée à l'aide du logiciel NVIVO. Les thèmes identifiés lors de cette analyse ont participé à la constitution d'une grille préétablie pour l'analyse des entretiens semi-directifs et des observations.

##### **4.2. Traitement et analyse des données recueillies lors des entretiens et des observations (étape 2 et 3)**

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique séquencée<sup>56</sup> réalisée à partir d'une **grille d'analyse thématique préétablie**.

---

<sup>55</sup> Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE.

<sup>56</sup> Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Cette grille a été construite à partir de la partie 1 du questionnaire (prise en charge des enfants à l'entrée dans la structure) et des résultats de l'analyse de contenu thématique de la partie 3 (difficultés rencontrées par les professionnels). Au total, 3 grands thèmes comprenant chacun 3 thèmes ont émergés de l'analyse des réponses de la partie 3 du questionnaire (Cf. Tableau VI. Annexe 6).

L'analyse des entretiens a été réalisée manuellement à partir de Microsoft Word. Dans un premier temps, chaque entretien a fait l'objet d'une analyse verticale à l'aide de la grille préétablie qui s'est enrichie au fil de l'analyse des entretiens. Puis, dans un second temps une analyse horizontale de l'ensemble des entretiens a permis de valider l'arbre de thématisation établi tout au long de l'analyse de chaque entretien et de formaliser ensuite un « arbre à problèmes » et un « arbre d'objectifs ».

Parallèlement, les temps d'observation m'ont permis d'enrichir mes connaissances sur le sujet en adoptant différents angles de vue puis de confronter les données recueillies par le questionnaire et les entretiens aux éléments observés sur le terrain.

#### **4.3. Elaboration d'un répertoire et d'une cartographie (partie 2 du questionnaire)**

Les données recueillies grâce à la partie 2 du questionnaire, visant le recensement de professionnels et de centres de santé, ont permis l'élaboration d'un répertoire ainsi qu'une cartographie.

Dans un premier temps les réponses du questionnaire ont été extraites dans une base de données Excel. L'identité et les coordonnées des professionnels ont été vérifiés et corrigés, ou recherchés si des informations manquaient. Les professionnels ont été classés par profession. Au total 230 professionnels de santé et 131 centres médicaux ont été identifiés.

Dans un second temps, deux cartes géographiques interactives ont été élaborées. La première a été créée à partir de l'application MyMaps (Cf. Aperçu de la carte. Annexe 7). Des marqueurs ont été placés au niveau des adresses postales des structures d'accueil, des professionnels de santé et des centres de santé. Un code couleur permettait de distinguer visuellement sur la carte, les différents groupes de professionnels ou de structures. En cliquant sur les marqueurs des informations sur l'identité, les coordonnées et la profession des professionnels de santé ainsi que des informations sur les centres médicaux et les structures d'accueil de l'ASE, apparaissent. Au total 10 groupes ont été créés (nombre maximum sur MyMaps). Un des groupes comprenait l'ensemble des structures d'accueil de l'ASE et les 9 autres correspondaient à des professions de santé distinctes (médecins généralistes, hôpitaux et centres d'urgence, chirurgiens-dentistes,

médecins spécialistes, ophtalmologues, professionnels de santé mentale, paramédicaux, laboratoires-pharmacies-centres de radiologie, centres médicaux).

La deuxième carte a été créée à partir du logiciel uMap et grâce à l'aide d'un cartographe du CD13 afin d'y insérer les périmètres des pôles inspecteur enfance-famille, les périmètres des secteurs de prise en charge pédopsychiatriques et psychiatriques ainsi que les Maisons Départementales de la Solidarité (MDS).

L'idée était de pouvoir tendre vers la constitution d'un réseau de soins à l'aide du répertoire et de la cartographie que nous souhaitons diffuser spécifiquement aux professionnels des structures d'accueil de l'ASE et aux professionnels identifiés sur la carte afin qu'ils puissent se mettre en lien les uns avec les autres.

## **5. Forces, limites et biais de l'étude**

### **5.1. Forces de l'étude**

Une des forces de cette étude a été l'utilisation d'une méthodologie mixte pour le recueil des données : une méthode quantitative et notamment deux méthodes qualitatives différentes, ce qui est préconisé pour la réalisation d'une recherche-action. Cette méthodologie mixte nous a permis d'obtenir un riche recueil de données au sujet de la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE dans les BDR et d'avoir une approche la plus holistique possible.

Ce qui constitue également une des forces de notre étude est le fait que les entretiens, comme tout travail d'enquête, ont eu une triple fonction : une fonction de recueil de données, une fonction de création de lien avec les professionnels des structures d'accueil et une fonction d'écoute des professionnels. Ces derniers ont exprimé de la satisfaction face à l'attention qui a été portée à leurs pratiques quotidiennes et plus spécifiquement à la complexité du parcours de soins des enfants confiés pouvant relever, comme cela a pu être exprimé dans les résultats, d'un parcours du « combattant ».

La cartographie est également une force de notre étude dans le sens où elle constitue la réalisation de la première action nécessaire à la création d'un réseau de soins.



## 5.2. Limites de l'étude

Malgré la richesse de notre recueil de données, notre approche reste partielle puisque notre étude ne s'est intéressée qu'à une partie de l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge de la santé des enfants confiées à l'ASE. Nous n'avons pas pu nous intéresser à d'autres publics lors de cette étude, notamment aux familles d'accueil comme cela été souhaité initialement, car elle a été réalisée dans le temps imparti d'un travail de thèse en médecine.

Ainsi, nous avons choisi de recueillir spécifiquement le point de vue des IDE et des directeurs des structures d'accueil de l'ASE. Des données ont également été recueillies dans le cadre d'une observation de professionnels hospitaliers (EMI-ECO) et dans le cadre d'une observation d'acteurs institutionnels de la protection de l'enfance (DPMISP). Nous n'avons pas interrogé les enfants, les parents, les familles d'accueil, les éducateurs exerçant dans les structures d'accueil ainsi que les professionnels de santé libéraux. Même si leur rôle dans la santé des enfants est moins évident, nous aurions aussi pu interroger les inspecteurs enfance-famille et les référents ASE.

Le principe de démocratie sanitaire prévue dans l'approche de diagnostic territorial préconise d'interroger notamment les usagers du système de santé qui, dans le cadre de notre sujet d'étude, sont les enfants mais également les parents et les éducateurs qui sont des usagers intermédiaires concernant la prise en charge de la santé des enfants confiés. Afin de respecter ce principe, il serait intéressant de réaliser en complément de cette étude, une étude auprès des enfants, les interrogeant sur leurs représentations de la santé et du prendre soin, sur leurs ressentis et leur vécu de la prise en charge de leurs besoins en santé ainsi que sur la perception qu'ils ont de leur état de santé ; afin d'apporter des éléments de réponse à la problématique concernant leur adhésion aux soins. Dans ce sens, deux thèses récentes se sont intéressées précisément à la santé perçue des enfants confiés qui ont été directement interrogés.<sup>57</sup>

## 5.3. Biais de l'étude

Le principal biais de notre étude est le biais de désirabilité sociale lors de la passation du questionnaire et des entretiens, puisque l'étude a été menée par le CD13, institution garante de la protection de l'enfance. En effet, le questionnaire et les demandes de réalisation

---

<sup>57</sup> PrevotEAU, V. & GroSEIL, M. (2020). Santé des adolescents confiés à l'aide sociale à l'enfance : spécificités par rapport aux adolescents de la population générale en Ile-et-Vilaine. [Thèse de médecine]. Université Bretagne Loire.

d'entretiens ont été envoyés via la messagerie interne du CD13. La multiplication des entretiens et les différentes méthodes de recueil de données ont pu aider à atténuer ce biais.

Un autre biais présent dans notre étude est le biais de confirmation d'hypothèses. En effet, l'enquêteur aurait pu avoir tendance à privilégier les informations qui confirment ses hypothèses lors de l'analyse mais cela a été atténué par le fait que les entretiens ont été intégralement retranscrits et les propos des professionnels interrogés ont entièrement été analysés. De plus, les entretiens étaient semi-directifs donc l'enquêteur a pu adapter ses questions en fonction des éléments apportés et n'est pas resté limité par la grille d'entretien qu'il a fait évoluer au fil des entretiens. Le fait qu'un questionnaire ait été adressé à l'ensemble de la population initialement a également participé à l'atténuation de ce biais.

Un autre biais correspond au fait qu'un seul professionnel a réalisé l'analyse thématique alors qu'il est préconisé de croiser les regards dans le cadre de ce type d'analyse. Cependant, les multiples discussions et échanges avec le MRPE du CD13, au fur et à mesure de l'étude et de l'analyse des résultats a permis d'atténuer ce biais.

## **V. Plan de l'étude**

- Dans un premier chapitre nous étudierons l'accès primaire aux soins des enfants confiés à leur entrée dans une structure d'accueil. Nous nous intéresserons particulièrement aux difficultés rencontrées dans l'ouverture de leurs droits puis aux pratiques autour du bilan d'entrée médical prévue par le cadre législatif en vigueur.
- Dans un second chapitre nous étudierons l'accès secondaire aux soins des enfants confiés au cours de leur placement. Nous aborderons particulièrement les difficultés de coordination des professionnels de la santé et de ceux de la protection de l'enfance autour des besoins en santé de l'enfant.
- Enfin, dans un troisième et dernier chapitre nous présenterons les difficultés rencontrées pour rendre les parents et les enfants acteurs de leur santé et nous expliquerons en quoi cela constitue un défi pour la santé et le devenir de l'enfant pendant et après son placement.



---

# Chapitre 1 : Accès primaire aux soins des enfants confiés à l'entrée dans une structure d'accueil

---

## Introduction

L'accès au système de santé et au système de soins est un déterminant majeur de la santé. « *L'accès aux soins peut se définir comme l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.* »<sup>58</sup> Pierre Lombrail distingue l'accès primaire et l'accès secondaire aux soins. Selon lui, l'accès primaire correspond à l'entrée dans le système de santé.<sup>59</sup> En France, le premier contact d'un individu avec le système de santé peut être caractérisé par son entrée dans un parcours de soins coordonnés. En effet, « *tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours que l'on appelle le parcours de soins coordonnés.* »<sup>60</sup> Institué par la loi du 13 août 2004, le parcours de soins coordonnés a pour objectif de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée.<sup>61</sup> Le médecin traitant est la pierre angulaire du parcours de soins coordonnés. Le choix du médecin traitant est libre. Il doit être consulté préférentiellement et intervient en tant que contrôleur de l'accès aux soins. Il est le premier interlocuteur du patient, le cas échéant, oriente ce dernier vers d'autres professionnels de santé (médecin spécialiste, médecin hospitalier, etc.). Il coordonne l'ensemble des soins et centralise toutes les informations sur les soins prodigués au patient et son état de santé (gestion du dossier médical). Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016<sup>62</sup>, il est possible et recommandé de déclarer un médecin traitant pour chaque enfant de moins de 16 ans.

---

<sup>58</sup> Lombrail P. (2000). *Accès aux soins*. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte. p. 403–18.

<sup>59</sup> Lurie N. (1997). Studying access to care in managed care environments. *Health Serv Res*.

<sup>60</sup> <https://www.sante.fr/vos-droits-en-sante-laces-aux-soins>

<sup>61</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Qu'est-ce que le parcours de soins ?* Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

<sup>62</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. ([JORF n°0022 du 27 janvier 2016](#)).

Cependant le préalable à l'entrée dans ce parcours de soins est d'être couvert par l'assurance maladie et d'avoir accès aux droits en matière de santé afin de pouvoir bénéficier d'une accessibilité financière aux soins. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, le patient sera moins bien remboursé par l'assurance maladie.<sup>63</sup>

En effet, l'accessibilité financière aux soins est une composante majeure de l'accès aux soins. La protection sociale prévoit de couvrir les dépenses liées à la santé qui fait partie des grands « risques sociaux ». Les financeurs sont les assurances maladies obligatoires et les assurances maladies complémentaires ainsi que les usagers.<sup>64</sup> La Constitution de 1946 indique que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* »<sup>65</sup>. Depuis 2016, la protection de la santé est garantie à l'ensemble de la population (sans distinction d'âge, d'état de santé, de niveau de revenus, d'éducation ou de résidence) par la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMa)<sup>66</sup>. Cette dernière remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME). Elle permet à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier d'une prise en charge de ses frais de santé.<sup>67</sup>

Nous allons nous intéresser dans ce premier chapitre à l'accès primaire aux soins des enfants confiés à l'ASE lors de leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et aux difficultés rencontrées par les professionnels des structures d'accueil à ce sujet.

---

<sup>63</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Qu'est-ce-que le parcours de soins ?* Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

<sup>64</sup> HCSP. (2000). *Qu'appelle-t-on système de soins ? Organisation, décision et financement du système de soins.* adsp n° 33 décembre 2000. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=62>

<sup>65</sup> Conseil constitutionnel. (1946). Préambule de la Constitution de 1946. [https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/2019-03/20190307\\_preambule\\_constitution\\_1946.pdf](https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/2019-03/20190307_preambule_constitution_1946.pdf)

<sup>66</sup> Dans cet écrit j'ai fait le choix d'employer l'acronyme CMU car il est celui qui est toujours utilisé dans le langage commun malgré la loi de 2016 et l'instauration de la PUMa.

<sup>67</sup> [La Documentation Française](#). (2021). La protection sociale (2<sup>ème</sup> édition).

## **I. Ouverture des droits et accessibilité financière aux soins**

Nous allons aborder dans cette partie les difficultés rencontrées par les professionnels des structures d'accueil dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie des enfants puis nous présenterons les différentes répercussions qu'elles entraînent au niveau des structures et des professionnels de santé.

### **1. Difficultés administratives d'ouverture des droits à l'assurance maladie**

Concernant la couverture maladie des enfants confiés à l'ASE, la majorité des services de l'ASE privilégient une affiliation individuelle automatique à la CMU/CMU-C comme l'a montré le rapport du Défenseur des droits de 2016, en indiquant que cela était le cas pour 88% des services de l'ASE interrogés. Le fait que les enfants soient affiliés en leur nom propre à la CMU semble simplifier la prise en charge des enfants puisqu'en disposant de leur propre carte vitale, les remboursements des soins avancés par les services de l'ASE sont perçus par les services eux-mêmes et non pas par les parents. Aussi, cela permet aux structures d'accueil de ne pas être tributaires des parents et de leur carte vitale pour accompagner les enfants aux rendez-vous médicaux dans un contexte où l'implication des parents dans la santé des enfants fait fréquemment défaut.

Contrairement aux témoignages des professionnels des services de l'ASE interrogés par le Défenseur de droits en 2016, la majorité des professionnels des structures d'accueil des Bouches-du-Rhône interrogés ont exprimé rencontrer des difficultés administratives d'ouverture des droits à l'assurance maladie des enfants protégés. En effet, les difficultés d'ouverture et de renouvellement des droits à l'assurance maladie ont particulièrement été mises en exergue par l'ensemble des professionnels interrogés. Elles semblent constituer le frein majeur rencontré par les structures d'accueil des BDR pour l'entrée dans un parcours de soins des enfants protégés. En effet, une IDE interrogée a témoigné que :

« La CMU c'est la galère. Le plus gros problème c'est la carte vitale et la CMU. On a chacune (IDE) des problématiques différentes à part la CMU qui est le problème pour tout le monde. » (IDE 2)

Dans le questionnaire, 18 répondants (47%) ont fait référence à ces difficultés. Parmi eux 14 sont des IDE et 4 sont des directeurs. Au total, 28 occurrences ont concerné ce thème car certains des 18 professionnels ont cité plusieurs difficultés.

Les professionnels ont particulièrement fait référence à l'existence d'une « lenteur administrative ». En effet, parmi les 28 occurrences, 26 concernaient l'importance des délais au cours des différentes étapes dans l'accès aux droits et l'obtention des documents de santé. Les professionnels ont fait référence aux démarches d'ouverture ou de renouvellement des droits, d'obtention des attestations, de la carte vitale et des numéros définitifs de sécurité sociale ou encore de la mise à jour de la carte vitale. Sept d'entre eux ont particulièrement insisté sur les difficultés majorées pour les primo-arrivants, comme l'a précisé par exemple une IDE lors d'un entretien en expliquant que « *la grosse problématique pour un premier arrivant c'est qu'on n'a pas la CMU. Ça met 3 à 4 mois, c'est énorme.* » (IDE 5)

Les professionnels ont témoigné attendre de nombreux mois pour obtenir les documents de santé. En général ils attendent environ 4 mois mais parfois les délais peuvent s'étendre jusqu'à presque 1 an. En effet, dans le questionnaire, un directeur affirme que :

« La plus grande difficulté c'est la CMU avec des cartes vitales qui ne fonctionnent pas ou des attestations qui ne sont pas à jour (ex : une enfant sans carte vitale et dernière attestation datant d'octobre 2020. Nouvelle attestation reçue en juin après plusieurs relances de notre part). »

Lors des entretiens les professionnels s'interrogent sur les causes de l'importance des délais d'obtention des attestations alors que les demandes sont effectuées automatiquement dès le début du placement par le service de l'ASE :

« On ne comprend pas parce qu'ils nous disent (*les professionnels du service de l'ASE*) que normalement ça met moins de 15 jours au moment de l'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) pour recevoir la CMU mais ce n'est jamais ça, jamais, et encore moins pour la carte vitale. » (IDE 2)

Aussi, ils expliquent que cette problématique d'ouverture des droits est récurrente et ancienne, qu'elle a souvent été signalée sans que de réelles améliorations soient observées :

« La CMU c'est la problématique mais c'est récurrent, ça fait des années, ça fait 35 ans qu'on a des problèmes. On le fait remonter à chaque réunion d'IDE et à chaque fois il y a quelqu'un de la sécu qui dit "mais non je suis en contact avec eux mais je pense qu'ils n'y peuvent rien", enfin je ne sais pas ça doit être la sécu qui doit poser un problème, mais c'est un gros problème ça. Mais à chaque fois



les inspectrices connaissent, elles font de leur mieux, ça s'est amélioré mais bon après c'est comme ça, c'est tout. » (IDE 5)

J'ai en effet pu constater lors de différents temps auxquels j'ai participé avec le médecin référent protection de l'enfance à la DPMISP, que les IDE insistaient systématiquement sur cette problématique majeure.

Dans le questionnaire, les 2 occurrences ne se rapportant pas à lenteur administrative, concernent le manque de partenariat entre l'ASE et la CPAM.

Lors de mon stage à la DPMISP j'ai pu m'entretenir avec la référente CPAM du service de l'ASE des BDR. Elle m'a expliqué que les démarches de demandes d'attestations se faisaient encore sous format papier dans les BDR. Un huissier récupère chaque semaine les demandes d'attestation papier au service de l'ASE puis les amène à la CPAM. La CPAM renvoie ensuite par courrier les attestations à l'ASE qui doit ensuite les redistribuer aux différentes MECS.

Ce système de navette entraînant une perte de temps importante, elle m'a expliqué qu'elle était actuellement en lien avec la CPAM dans une démarche de simplification et de numérisation des demandes d'attestation effectuées par l'ASE ainsi que des renvois des attestations de la CPAM à l'ASE.

## **2. Refus de soins et discrimination en santé des professionnels de santé**

Les professionnels des structures ont fréquemment témoigné du refus des médecins libéraux de recevoir les enfants lorsque leurs droits ne sont pas ouverts. De plus, ils ont rapporté être souvent confrontés à de la discrimination en santé de la part des professionnels de santé qui refusent de recevoir les enfants couverts par la CMU.

Une enquête réalisée auprès de 20 conseils départementaux par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS, 2009) à propos de l'accès aux soins des enfants accueillis en famille d'accueil, a révélé un nombre important de situations où des assistants familiaux sont contraints de payer les honoraires des médecins pour pallier le refus de soins de patients bénéficiant de la CMU ou au dépassement d'honoraires.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche\\_acces\\_sante\\_et\\_sens\\_du\\_soin\\_rapport\\_final\\_juin2016.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf)

Le terme « refus de soins » désigne :

« Les attitudes par lesquelles les professionnels de santé refusent d’offrir au bénéficiaire de la CMU-C les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles offertes à tout autre assuré, et dans le respect des principes de dispense d’avance des frais, et de non dépassement des tarifs réglementés, inhérents à la CMU-C. Constituent donc un refus de soins un refus de rendez-vous, un refus de dispense d’avance des frais, l’application de dépassements d’honoraires... »<sup>69</sup>

Dans le questionnaire, 10 répondants (26%) ont fait référence à ces difficultés. 5 d’entre eux mentionnaient le refus des professionnels de santé de recevoir des enfants en attente d’attestation tandis que les 5 autres mentionnaient la discrimination en santé effectuée par les professionnels de santé à l’égard de ces enfants se traduisant notamment par le refus d’avances de frais et de démarches administratives malgré la couverture CMU. Concernant le refus des professionnels de santé de recevoir des enfants en attente d’attestation, une IDE de foyer d’urgence précise que ces difficultés sont notamment rencontrées pour trouver des spécialistes.

Lors des entretiens, les professionnels évoquent également le refus des professionnels de santé de recevoir des enfants en attente d’attestation :

« Il y en a qui font du rendement donc si tu n’as pas les papiers tu repars d’où tu viens quoi, par exemple ça m’est arrivé pour une gamine qui avait l’attestation qui datait d’octobre, je prends rendez-vous pour les yeux parce qu’elle se plaignait de pas bien voir, j’amène l’attestation qui était périmée donc je leur dis que je peux leur faire un chèque et que dès que je reçois la nouvelle attestation ils peuvent l’encaisser mais c’est « non, non vous revenez quand vous avez les papiers » » (IDE 1)

Ils ajoutent que des médecins refusent les enfants qui ont les attestations CMU mais qui n’ont pas encore de carte vitale :

« On essaie de voir les professionnels qui prennent la CMU mais parfois le simple fait qu’il n’y ait pas la carte vitale, qu’il n’y ait qu’une attestation, qu’un

---

<sup>69</sup> Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L’accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l’enfance : accès aux soins et sens du soin. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche\\_acces\\_sante\\_et\\_sens\\_du\\_soin\\_rapport\\_final\\_juin2016.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf)

format papier ça nous est refusé. Je sais qu'il y avait une jeune qui devait se faire tester pour le covid par exemple et ça a été refusé. » (Cds)

Les professionnels témoignent également de la discrimination en santé des professionnels de santé. Le refus de soins lié à la CMU est une problématique nationale contre laquelle la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et Ma Santé 2022 prévoient de lutter. Les professionnels des structures d'accueil doivent donc faire en sorte de s'organiser, en amont de la prise de RDV, de rechercher et de « sélectionner » des médecins qui prennent la CMU, ce qui freine d'autant plus la prise en charge des enfants, comme en a témoigné par exemple un directeur :

« On a certains médecins qui refusent de nous recevoir du fait de la CMU, bien que ce soit interdit, il y a un vrai problème de médecins qui refusent donc moi ce que j'ai dit aux éducateurs, c'est qu'ils n'ont pas à dire s'il y a la CMU ou pas au téléphone, ils se présentent, ils font le rendez-vous et voilà, on a un peu fait du forcing, mais du coup, ça rend certains médecins relativement désagréables en présence des enfants, ce qui n'est pas utile, on n'a pas besoin de ça en plus. Donc on travaille beaucoup avec nos réseaux personnels, ce qui nous facilite la tâche. » (Dir 2)

Aussi, les professionnels des structures doivent chercher des professionnels acceptant de prendre les enfants sans attestation et qui acceptent l'avance de frais durant la période d'attente d'ouverture des droits :

« Notre but en fait c'est de trouver des partenaires qui mettent en attente parce qu'entre le moment où on a l'OPP et le moment où on a en main l'attestation de CMU il peut se passer des semaines comme des mois donc en attendant il faut qu'on trouve des médecins qui veillent bien mettre en attente les consultations. Du coup à chaque fois que je vais les démarcher, d'entrée je les informe de ce problème. » (IDE 4)

Ces difficultés soulèvent des enjeux éthiques : il s'agirait d'une discrimination d'accès aux soins vis-à-vis d'une population vulnérable. Le principe de justice, dans le sens d'une absence d'équité, n'est pas respecté.

### 3. Conséquences des difficultés d'ouverture des droits sur les structures d'accueil

Les difficultés d'ouverture des droits à l'assurance maladie des enfants entraînent des conséquences financières sur les structures d'accueil qui doivent ainsi avancer des frais de santé parfois importants et qui ne leurs seront pas directement remboursés par la suite comme en a témoigné un directeur :

« La problématique qu'on va avoir, c'est que du coup on va régler la consultation, on va nous faire la feuille de soins qu'on va envoyer à la sécu et après la sécu va rembourser le département, donc on a un trou dans notre caisse et c'est le département qui a eu le reversement et nous ça génère du déficit puisque le département ne nous rend pas les sous. Mais je pense que c'est parce qu'ils ne peuvent pas parce qu'à mon avis ça leur ait versé dans une espèce de masse, je pense que voilà ce n'est pas possible, mais du coup, nous on se retrouve avec des sous qui sont sortis et ça génère du déficit, alors qu'en fait, on n'a fait que notre travail quoi, ce n'est pas un déficit quoi, c'est juste que l'on n'a pas été remboursé de ce qu'on a avancé. Et après ils nous proposent de faire des augmentations de prix journalier par enfant. » (Dir 1)

Une IDE de foyer d'urgence précise dans le questionnaire qu'elle rencontre notamment des difficultés d'avances de frais en cas de dépassements d'honoraires.

Les structures d'urgence sont parfois confrontées à des décalages entre la réception de la CMU et la réception des factures par rapport au séjour de l'enfant, ce qui compliquent d'autant plus les démarches de remboursement des soins :

« Par exemple il y a un enfant pour qui la CMU n'avait pas été sollicitée ou obtenue dans le temps de son placement à la pouponnière. Il est vite parti sur une autre orientation et du coup nous on a généré des frais médicaux et en fait le dossier a été clôturé et on n'a jamais bénéficié de l'attestation de CMU et donc du remboursement des soins. » (Poup 2)

Pour pallier ces difficultés, un budget santé est prévu dans certaines structures :

« Nous, on fait le choix de payer. Du coup, sur notre budget, on a des charges qui sont en plus, qui n'étaient pas prévues, parce que s'il faut prendre RDV on ne va pas attendre, on prend le RDV. Il y a des choses qui peuvent attendre et d'autres non. » (Dir 2)

Pour d'autres structures le budget santé ne concerne que les soins non pris en charge par l'assurance maladie :

« On a un budget pour la santé des enfants notamment pour les soins qui ne sont pas pris en charge par la sécu, c'est-à-dire psychologue, psychomotricien et podologue. Quand l'enfant en a besoin je demande à l'inspecteur. » (Dir 4)

Malgré ces freins administratifs d'accès aux soins, les professionnels affirment faire du soin une priorité et ne pas le négliger ou le retarder à cause des retentissements financiers :

« C'est une problématique, mais ce n'est jamais ce qui nous empêchera d'aller soigner un enfant. Ce n'est pas parce que ça génère du déficit qu'on n'a pas soigné les enfants, donc ça après ce n'est pas grave, c'est de la perte de temps administrative et de la contrariété logistique, mais c'est tout quoi. » (Dir 1)

Face aux freins administratifs pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie des enfants, Les professionnels des structures doivent mobiliser leur temps pour obtenir les documents de santé des enfants comme en témoigne la cheffe de service interrogée en indiquant que « *dans le quotidien le plus problématique c'est qu'on court beaucoup après les CMU initiales et les renouvellements.* » (Cds)

En effet, la gestion administrative des documents de santé fait partie du quotidien des IDE et le temps qu'elles y consacrent est ainsi non dédié à la réalisation des soins. L'une d'entre elle a expliqué :

« On fait beaucoup de papiers aussi on fait les CMU, la déclaration du médecin traitant, la carte vitale. Il n'y a pas que des soins quoi. » (IDE 2)

Pour faire face à cette problématique de lenteur administrative, les professionnels des structures (et notamment les IDE) ont rapporté effectuer de nombreuses et régulières relances auprès des services compétents du Conseil départemental :

« C'est un gros problème parce que ça a du mal à suivre derrière les papiers, régulièrement il faut appeler l'agent administratif de la MDS qui est en lien avec la sécurité sociale. J'ai une gamine qui est arrivée, elle avait l'attestation, elle n'avait pas la carte vitale, l'attestation datait de fin octobre et je l'ai eu la nouvelle attestation il y a 15 jours (*mi-juin*), après plusieurs relances. J'appelais moi la MDS, directement l'agent administratif, j'ai envoyé des mails mais ça

n'arrivait toujours pas donc j'ai fait appeler ma cadre qui est passée directement par l'inspecteur, donc ce n'est même pas les référents ASE c'est carrément au-dessus quoi, pour réussir à avoir l'attestation. » (IDE 1)

Enfin, les professionnels mettent en exergue le fait que cette lenteur administrative a des conséquences sur la prise en charge des enfants confiés qui est ainsi retardée et entraîne des « *renoncations aux soins et des aggravations de l'état de santé.* » En effet, ces enfants ont des besoins en santé importants et le retard de prise en charge qu'ils subissent entraîne ainsi une perte de chances pour leur développement et leur santé.

## II. Entrée dans un parcours de soins coordonnés

Concernant les enfants confiés à l'ASE, la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance a insisté sur la nécessité de réaliser un bilan d'entrée médical et psychologique dans le cadre du volet santé du PPE<sup>70</sup> pour chaque enfant entrant dans le dispositif de protection de l'enfance. En 2016 une étude du Défenseur des droits<sup>71</sup> a souligné le fait que seulement un tiers des enfants bénéficiaient d'un bilan d'entrée. Aussi, « *la consultation des départements réalisée en 2018 sur l'application de la loi du 14 mars 2016 a permis de relever que seuls 50 % des projets pour l'enfant existant contiennent un volet santé.* »<sup>72</sup> Ainsi, la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 a réinsisté sur le bilan médical d'entrée médical et psychologique dans les 3 mois à l'entrée d'un enfant dans un parcours de protection de l'enfance. La loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance met également l'accent sur la santé des enfants confiés à l'ASE, notamment sur le bilan santé à l'entrée du dispositif et le parcours de soins coordonnés.

### 1. Déclaration d'un médecin traitant à l'arrivée dans la structure

La majorité des répondants au questionnaire ont indiqué que les enfants arrivants dans leur structure avaient un médecin traitant déclaré. En effet, 31 répondants (79%) ont indiqué que les enfants pris en charge dans leur structure ont un médecin traitant déclaré à leur arrivée. Les 8 participants ayant répondu négativement à cette question étaient des professionnels de structures d'accueil en urgence et des professionnels de MECS accueillant des mineurs étrangers isolés (MNA) ; ainsi il semblerait que les difficultés de déclaration de médecin traitant soient liées aux spécificités des publics hébergés et à la temporalité de la mesure.

Lors des entretiens nous avons pu nous apercevoir que chacune des structures d'accueil avait un fonctionnement différent en ce qui concerne l'attribution d'un médecin traitant aux enfants

---

<sup>70</sup> La loi de 2007 relative à la protection de l'enfance évoquait pour la première fois la nécessité de réaliser un PPE pour chaque enfant pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Le PPE prévoit de réaliser pour chaque enfant un projet adapté visant à répondre spécifiquement à ses besoins.

<sup>71</sup> Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche\\_acces\\_sante\\_et\\_sens\\_du\\_soins\\_rapport\\_final\\_juin2016.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soins_rapport_final_juin2016.pdf)

<sup>72</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_de\\_prevention\\_et\\_protection\\_de\\_l\\_enfance\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf)

à leur arrivée dans la structure. Parmi les 11 structures, 2 bénéficiaient d'un médecin rattaché à la structure effectuant des visites hebdomadaires et bi-hebdomadaires. Parmi les 9 autres structures, 7 avaient identifié un médecin généraliste libéral de proximité faisant office de référent en étant le médecin traitant de l'ensemble des enfants de la structure. La plupart du temps ces médecins réalisaient des visites régulières (hebdomadaires ou mensuelles) directement dans les structures. Un lien privilégié pouvait se créer et ils restaient disponibles pour les professionnels des structures en dehors des visites, si besoin. La structure 7 était en lien avec des professionnels de centres de santé. Seule une structure n'avait pas identifié de médecin traitant en particulier et une autre en avait identifié un qui était déclaré en tant que tel mais qui dans les faits n'était pas visité par la structure en cas de problème de santé ou pour le suivi de santé des enfants à cause de la saturation des consultations du médecin.

Ainsi, la majorité des structures avaient un fonctionnement systématisé, c'est-à-dire un médecin généraliste rattaché à la structure ou un médecin de proximité référent, qu'elles déclaraient systématiquement comme médecin traitant des enfants à leur arrivée. Cela même si l'enfant en avait un avant d'arriver car ils étaient souvent trop éloignés. Des exceptions cependant pouvaient être faites pour des enfants avec des problématiques particulières ou pour les plus grands en autonomie ou semi-autonomie qui pouvaient choisir eux-mêmes leur médecin traitant. Au total, deux structures parmi les 11 interrogées ne déclaraient pas systématiquement un médecin traitant : les structures 9 et 10 accueillant des adolescentes ont expliqué tenter de conserver le médecin traitant de famille.

## **2. Réalisation d'un bilan médical à l'entrée de l'enfant dans la structure**

Contrairement aux données nationales notamment de l'étude du Défenseur des droits en 2016 qui estimait que seulement 1/3 des enfants confiés à l'ASE avaient eu un bilan médical d'entrée,<sup>73</sup> la majorité des professionnels des BDR interrogés dans cette étude ont rapporté qu'un bilan médical d'entrée est systématiquement réalisé dans leurs structures d'accueil.

Parmi les 39 répondants au questionnaire, aucun n'a indiqué qu'aucun bilan médical d'entrée est réalisé dans la structure dans laquelle il exerce. De plus, conformément aux dispositions

---

<sup>73</sup> Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche\\_acces\\_sante\\_et\\_sens\\_du\\_soin\\_rapport\\_final\\_juin2016.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf)



réglementaires, 38 répondants (97%) ont indiqué que le bilan d'entrée est réalisé dans les 3 premiers mois après l'arrivée de l'enfant dans la structure. Seulement 1 répondant a renseigné que dans sa structure, le bilan est réalisé plus de 3 mois après l'arrivée de l'enfant.

En ce qui concerne les professionnels interrogés lors des entretiens, seulement les structures 9 et 10 accueillant des adolescentes ne réalisaient pas systématiquement de bilan d'entrée. Dans les autres structures, le bilan d'entrée était réalisé à la visite régulière du médecin traitant dans la structure ou dans le cabinet du médecin traitant de proximité lorsqu'il ne réalisait pas de visites. Ainsi dans ces structures le bilan est systématiquement réalisé dans la première semaine ou le premier mois d'arrivée de l'enfant.

**Tableau VII : Organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil interrogées**

<b>Structure N°</b>	<b>Attribution MT</b>	<b>Délai bilan d'entrée</b>
<b>Structure 1</b>	Médecin de proximité référent	Dans la semaine de l'arrivée pendant la visite hebdomadaire du médecin
<b>Structure 2</b>	Médecin de proximité référent	Dans le mois de l'arrivée pendant la visite mensuelle du médecin (excepté pour les enfants qui ont des problématiques de santé particulières)
<b>Structure 3</b>	Médecin de proximité référent	Dans la semaine de l'arrivée pendant la visite hebdomadaire du médecin
<b>Structure 4</b>	Médecin de proximité référent	Dans les 2 semaines après l'arrivée pendant la visite du médecin
<b>Structure 5</b>	Médecin de proximité référent	Rapidement à l'arrivée de l'enfant avec un médecin libéral partenaire
<b>Structure 6</b>	Pédiatre rattaché à la structure	Dès l'arrivée de l'enfant dans la structure, lors d'une des visites bi-hebdomadaires de la pédiatre
<b>Structure 7</b>	Centre de santé référent	Dans les 2 semaines après l'arrivée pendant la visite du médecin
<b>Structure 8</b>	Médecin de proximité référent	Dans la semaine de l'arrivée consultation systématique au cabinet du médecin référent
<b>Structure 9</b>	Conservation du MT de famille, sinon médecin de proximité « référent »	Pas systématisé
<b>Structure 10</b>	Conservation du MT de famille, sinon médecin de proximité	Pas systématisé
<b>Structure 11</b>	Médecin rattaché à la structure (Marseille) / Médecin de proximité référent (Aix)	Dans la semaine de l'arrivée pendant la visite hebdomadaire du médecin (Marseille) ou auprès du médecin de proximité (Aix)

Concernant le type de bilan d'entrée réalisé, parmi les 39 répondants au questionnaire, 25 (64%) ont indiqué que les enfants bénéficient d'un bilan somatique et psychologique à leur arrivée dans la structure comme cela est prévu par le cadre réglementaire. 10 (26%) ont indiqué que l'examen d'entrée est uniquement somatique et 4 (10%) ont indiqué qu'il est uniquement psychologique.

Concernant le volet psychologique du bilan médical d'entrée, la majorité des professionnels interrogés lors des entretiens s'accordent sur le fait qu'il faut « *laisser du temps à l'enfant pour qu'il se pose et prenne connaissance avec les lieux et les équipes.* » Dans la plupart des cas le bilan psychologique est réalisé dans un second temps c'est-à-dire après le bilan somatique, excepté pour la structure 10 dans laquelle les arrivants ont une consultation avec le psychologue de la structure systématiquement dans la semaine de l'arrivée, même avant d'avoir eu un bilan somatique.

S'agissant du contenu du bilan somatique, lors des entretiens les professionnels expliquaient que le bilan d'entrée consistait en un point santé sur les vaccinations, les mensurations, le recueil des antécédents de l'enfant et de ses parents et d'un point sur les soins à mettre en place (consultations avec un dentiste, un ophtalmologue, etc.). Il n'a pas été rapporté d'utilisation d'outils ou d'échelles d'évaluation du développement de l'enfant et de l'évaluation de ses besoins spécifiques en santé. Ainsi, il ne s'agit pas, a priori, d'un bilan de santé complet et global comme cela est prévu par le cadre réglementaire mais plutôt d'une consultation ciblée en fonction d'un besoin identifié.

En ce qui concerne la question demandant de renseigner quels professionnels de santé réalisent le bilan d'entrée, les répondants pouvaient donner plusieurs réponses. Les répondants ont indiqué majoritairement que le bilan médical d'entrée était réalisé par un médecin généraliste libéral, par un psychologue rattaché à la structure d'accueil et par un médecin de PMI. En effet, les médecins généralistes libéraux ont été renseignés par 29 répondants (74%), les psychologues rattachés à la structure par 25 des répondants (64%) et les médecins de PMI par 7 d'entre eux (18%). Le fait que moins d'un quart des répondants ont cochés les médecins de PMI, révèle l'insuffisance du dispositif qui prévoit que tous les enfants confiés à l'ASE (quel que soit leur âge) puissent être suivis à la PMI et souligne de plus les difficultés rencontrées par le secteur de la PMI qui sont évoquées dans le rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! »<sup>74</sup>. D'autres professionnels ont été renseignés par les répondants mais de façon

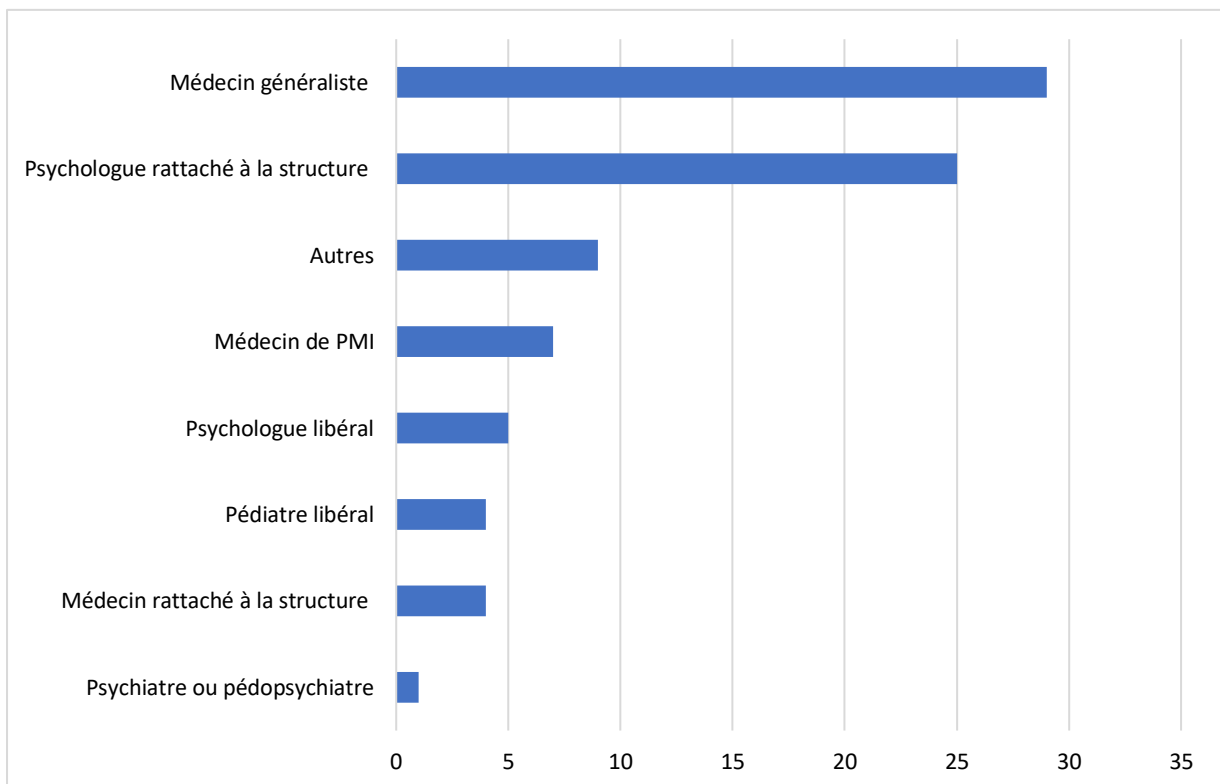
---

<sup>74</sup> Peyron, M. (2019). Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

moins fréquente. Plus précisément, 5 d'entre eux (13%) ont renseigné que le bilan est réalisé par un psychologue libéral. 4 par un pédiatre libéral (10%), 4 par un médecin rattaché à la structure (10%) et 1 seul par un psychiatre ou pédopsychiatre (3%).

9 participants (23%) ont indiqué que le bilan été réalisé par d'autres professionnels. 4 d'entre eux ont cités l'IDE rattachée à la structure (4). Ensuite ont été cités une seule fois : centre médicopsychologique et centre médico-psycho-pédagogique (1), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et Maison Départementale de l'Adolescent (1) ; centre de santé par convention (1) ; CESAM 13 (Centre d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie des Bouches du Rhône) pour les enfants de plus de 16 ans (1) ; dentiste et gynécologue si besoin (1).

**Graphique 1. Proportion des différents professionnels de santé effectuant le bilan médical d'entrée dans les structures d'accueil**



## Conclusion du chapitre 1

La difficulté d'accès aux droits à l'assurance maladie constitue le premier frein rencontré dans le parcours de soins des enfants confiés à l'ASE. La conséquence majeure qu'entraîne cette difficulté est le refus de soins des professionnels de santé ce qui conduit à un retard de prise en charge de l'enfant et une possible aggravation de ses problématiques de santé. Nous avons vu que l'affiliation à la CMU constitue un motif de discrimination en santé des professionnels de santé ce qui freine également la prise en charge des enfants. Les conséquences pour les structures sont les importantes avances de frais de soins qu'elles doivent effectuées ainsi que la mobilisation du temps de travail des professionnels pour palier à cette problématique.

Ainsi, la population spécifique des enfants confiés à l'ASE constitue un groupe social subissant des inégalités sociales d'accès aux soins en raison de leur statut social particulier. Les inégalités sociales de santé recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables et qui sont potentiellement évitables.<sup>75</sup> La répartition inéquitable des déterminants de santé entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé. La CDSS rappelle en 2009, que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Le respect du principe d'équité horizontale implique que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal et qu'il n'y est pas d'inégalités sociales d'utilisation des services de santé, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné.<sup>76</sup> L'OMS considère « l'équité en matière de santé » comme la suppression des différences évitables et injustes entre les citoyens qui s'opposent à leur capacité à accéder aux services de santé. L'équité consiste à s'assurer que chacun a ce dont il a besoin (ce qui pourrait signifier donner plus de soutien à ceux qui se trouvent dans des circonstances plus difficiles) tandis que l'égalité signifie que chacun reçoit la même offre de soins.<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> [La Documentation Française](#). (2021). La protection sociale (2<sup>ème</sup> édition).

<sup>76</sup> Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé.

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT47EtudeImpactRenoncementFinancierSoinsEtatSante.pdf>

<sup>77</sup>OMS. (2018). Comblent le fossé en une génération.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_fre.pdf;jsessionid=EB068BEDA-BB38332C8AE9D85E14F4EA5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf;jsessionid=EB068BEDA-BB38332C8AE9D85E14F4EA5?sequence=1)

Pour contourner ces problématiques, des dispositifs de simplification de l'accès aux droits tels que la PASS de Ville à Marseille ou le CESAM13 peuvent être aidants pour les enfants les plus âgés. Par ailleurs, concernant les difficultés d'ouverture des droits, la volonté et la dynamique dont fait preuve la référente CPAM de l'ASE est porteuse d'espoir pour une amélioration future.

Des professionnels interrogés ont aussi identifié des leviers afin de faire face aux difficultés d'accès primaire aux soins des enfants. Notamment en privilégiant le partenariat avec des centres de santé comme l'explique un directeur :

« L'autre gros avantage du centre de santé, justement, c'est qu'ils sont en tiers payant généralisé, donc il n'y a pas d'avance de frais. Et donc, justement, c'est ce qu'on a fait avec un centre de santé. Quand on reçoit les documents, on les leur transmet mais du coup on n'a plus du tout cette question-là à gérer, donc ça c'est fantastique. » (Dir 1)

De plus, les professionnels de la pouponnière expliquent que leur participation à l'expérimentation PEGASE est devenue un levier pour l'ouverture des droits, entraînant une forte mobilisation autour de cette problématique, la CMU étant une condition d'inclusion des enfants dans le programme :

« En fait c'est une des conditions pour inclure les enfants dans le programme donc c'est crucial et dès qu'on a rencontré les familles et qu'ils sont ok pour que l'enfant soit inclus, branle-bas de combat si on n'a pas la CMU. Effectivement il faut se mobiliser pour la réclamer et franchement ça a été rapide pour les quelques-unes. Après on n'a pas beaucoup de recul, mais pour les 2 ou 3 pour lesquels on a eu besoin de la solliciter ça a été très rapide, ils ont honoré notre demande très rapidement. » (Poup 2)

Les résultats au sujet du bilan d'entrée et de la désignation d'un médecin traitant posent la question du contenu des bilans médicaux car s'ils sont majoritairement réalisés et si les enfants ont tous un médecin traitant déclaré, pourquoi est-ce que la prise en charge des besoins en santé des enfants confiés à l'ASE ne semble pas optimale ? Quelles connaissances ont les médecins généralistes et les professionnels réalisant les bilans d'entrée au sujet des besoins spécifiques des enfants confiés ? Quel accompagnement et quel suivi sont mis en place au cours du placement ?



---

## Chapitre 2 : Accès secondaire aux soins des enfants confiés au cours de leur placement dans une structure d'accueil

---

### Introduction

Si l'accès primaire correspond à l'entrée dans le système de santé, l'accès secondaire, quant à lui « *caractérise la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact, depuis l'identification du besoin de soins jusqu'à la délivrance du (des) soin(s) nécessaire(s).* »<sup>78</sup> L'accès secondaire renvoie essentiellement à la composante procédurale de la qualité des soins, ou plus spécifiquement à la pertinence des indications et à la qualité de réalisation des actes.<sup>79</sup> Les inégalités d'accès secondaire aux soins par « omission » telles que définies par P. Lombrail ne sont pas intentionnelles et résultent soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager), soit de sa non-satisfaction au moment de son identification. Ces inégalités peuvent être dues aux représentations que les professionnels se font de leur rôle, aux moyens dont ils disposent ou encore aux défauts de coordination entre eux.<sup>80</sup>

S'il existe un risque de non-reconnaissance d'un besoin de soins des enfants lors du bilan d'entrée, qu'en est-il de la satisfaction de leurs besoins identifiés, des moyens mis en œuvre par les professionnels des structures d'accueil et de leur coordination avec les professionnels de santé afin de tendre vers une meilleure réponse possible aux besoins des enfants ?

Actuellement, la Stratégie nationale de santé 2018-2022<sup>81</sup> et l'engagement collectif Ma santé 2022<sup>82</sup> font de la coordination des soins une priorité : parcours de soins coordonnés, réseaux de soins et e-parcours. L'enjeu est d'améliorer la coordination des professionnels et de tendre vers une approche globale centrée sur le patient.

---

<sup>78</sup> Lurie N. Studying access to care in managed care environments. *Health Serv Res* 1997;32:691–701.

<sup>79</sup> Lombrail, P. (2007). *Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Volume 55. Pages 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.002>.

<sup>80</sup> Ibid

<sup>81</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<sup>82</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Ma Santé 2022 : un engagement collectif. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)

La loi de modernisation de la santé de 2016<sup>83</sup> insistait sur l'importance de considérer le parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie du patient.<sup>84</sup> Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé et à la volonté d'adopter une approche holistique du patient.

Nous pouvons faire le parallèle entre l'accès secondaire aux soins et l'accès à un parcours de soins coordonnés de qualité centré sur le patient et ses besoins. L'objectif étant que les soins soit le plus pertinents possible. Les Agences Régionales de Santé donnent la définition suivante des parcours :

Les parcours se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.<sup>85</sup>

Les parcours ont une dimension temporelle et dimension spatiale puisqu'ils consistent en l'organisation d'une prise en charge coordonnée du patient dans le temps et sur un territoire. Leur réussite repose sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'Etat et des organismes de protection sociale. »<sup>86</sup>

Nous verrons dans ce chapitre comment le parcours de soins des enfants s'organisent au plus près de leur lieu de vie puis comment l'offre de soins présente sur le territoire permet de répondre aux besoins des enfants et enfin comment se coordonnent les différents acteurs autour de l'enfant.

---

<sup>83</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Qu'est-ce-que le parcours de soins ?* Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

<sup>84</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Parcours de santé, de soins et de vie : une approche globale au plus près des patients*. Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<sup>85</sup> Agences Régionales de Santé. (2016). *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Lexique des parcours de A à Z*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

<sup>86</sup> Ibid



## **I. Organisation des structures autour des besoins en santé des enfants**

Nous présenterons dans cette partie les difficultés rencontrées par les professionnels des structures au niveau de l'organisation du parcours de soins et de la gestion des soins des enfants accueillis dans leur structure. Dans le questionnaire, 7 professionnels (18%) ont mentionné être confrontés à des difficultés de gestion des soins dans la structure d'accueil par manque de temps et de moyens humains.

### **1. Présence non systématisée de professionnels de santé dans les structures**

Cette étude nous a permis d'appréhender dans un premier temps l'hétérogénéité des structures d'accueil des BDR en termes de présence de professionnels de santé rattachés aux structures (médecin généraliste, IDE, psychologue).

Nous avons pu relever que près de la moitié des MECS des BDR bénéficient de la présence d'une IDE qui a ainsi le rôle de référente santé et coordonne les soins.

Concernant la présence de psychologue et de médecin rattachés aux structures nos données sont moins précises, notamment en ce qui concerne les structures répondant au questionnaire puisqu'il ne comprenait pas de question spécifique sur ces informations. Cependant la question concernant les professionnels de santé réalisant le bilan d'entrée nous a renseigné à ce sujet et nous avons pu estimer que plus de la moitié des structures des répondants bénéficient de la présence d'un psychologue rattaché à la structure. Concernant les professionnels interrogés lors des entretiens, la plupart bénéficiaient dans leur structure de la présence d'un psychologue (temps plein ou partiel) ; une seule structure n'en bénéficiait pas et une autre faisait appel à des psychologues intérimaires.

Concernant la présence de médecin rattaché à la structure, seulement quatre répondants au questionnaire ont renseigné que leur structure en bénéficiait. Lors des entretiens, deux des professionnels interrogés bénéficiaient de la présence d'un médecin rattaché à leur structure. La majorité des autres structures avaient identifié un médecin généraliste libéral de proximité faisant office de référent en étant le médecin traitant de l'ensemble des enfants de la structure. La plupart du temps ces médecins réalisaient des visites régulières (hebdomadaires ou mensuelles) directement dans les structures ; un lien privilégié avait pu se créer et ils restaient disponibles pour les professionnels des structures en dehors des visites, si besoin. Seule une structure n'avait pas identifié de médecin traitant en particulier et une autre en avait identifié

un qui était déclaré en tant que tel mais qui dans les faits n'était pas visité par la structure en cas de problème de santé ou pour le suivi de santé des enfants, du fait d'une saturation des consultations.

Lors des entretiens, deux des structures ont témoigné rencontrer des difficultés majeures dans l'organisation du suivi médical : ces structures sont celles qui ne bénéficiaient ni de la présence d'une IDE ni d'un lien privilégié avec un médecin traitant identifié et qui accueillaient spécifiquement des adolescentes avec d'importantes difficultés. Ces deux structures ont exprimé la nécessité de la présence d'une IDE dans leur structure, l'une d'entre elles est d'ailleurs en cours de recrutement d'IDE. La cheffe de service interrogé dans l'une de ces structures a expliqué que :

« L'idée ce serait de pouvoir avoir au moins un mi-temps IDE sur l'association qui puisse tourner. Par exemple pour le covid quand il y a eu le tout premier déconfinement, ça aurait été peut-être plus simple et plus ingénieux qu'il y ait une IDE qui vienne nous poser les protocoles, qui vienne nous faire les tests. Quand il y a une vaccination par exemple on a une gamine qui doit se faire vacciner, il faut aller une 1<sup>ère</sup> fois chez le médecin prendre l'ordonnance, passer en pharmacie récupérer le vaccin et retourner dans un lieu médical pour qu'elle se fasse vacciner. » (Cds)

La cheffe de service a ajouté que la structure devait parfois faire appel à des infirmiers libéraux pour palier l'absence d'IDE rattachée à la structure :

« Après on a eu des jeunes qui ont eu des traitements de fond, donc voilà là c'est du Tercian, du Xanax, qui refusent de prendre le traitement, c'est l'éducateur qui commence à monter en pression avec le jeune pour qu'elle prenne son traitement, donc quand on n'a pas la compétence on fait appel à des infirmiers libéraux mais faut les trouver les infirmiers libéraux disponibles pour passer en MECS. » (Cds)

Les professionnels ne bénéficiant pas d'un lien avec un médecin référent en ont exprimé le manque. Dans le questionnaire, une IDE a fait référence au manque d'un médecin « référent » rattaché à la structure. Lors des entretiens un professionnel a comparé son expérience dans une autre structure d'accueil bénéficiant de visites régulières d'un médecin référent :

« J'ai bossé pendant 18 ans dans une autre MECS, on avait la chance d'avoir un MT qui faisait tous les mercredis dans les murs, qui était accompagné par l'IDE

et c'était juste top, parce qu'on savait qu'au moins une fois par semaine il serait là, ça ne nous demandait pas trop de temps en tout cas sur le quotidien, sur la prise en charge quotidienne et à la fois les gamins étaient bien contrôlés quoi, il y avait un vrai suivi. Aujourd'hui trouver un médecin qui vient dans les murs... enfin nous pour 8 gamines autant vous dire qu'il ne se déplace pas quoi. » (Cds)

Les professionnels bénéficiant d'un lien privilégié avec un médecin référent ont mis en avant les bénéfices que cela leur apporte. Une IDE a témoigné de l'importance de la visite hebdomadaire du médecin référent de proximité et du lien de confiance qu'ils ont tissé :

« Le médecin ça fait 30 ans qu'il travaille avec la MECS donc les enfants il les connaît par cœur et on a établi rapidement un lien de confiance, comme ça on peut aller plus vite, et ça fluidifie le parcours. » (IDE 3)

Un directeur a exprimé que cela lui permettait d'améliorer le fonctionnement de la structure en matière de soins :

« Le médecin m'alerte lorsqu'il observe des difficultés particulières ou des manquements dans le fonctionnement de la structure au niveau de la prise en charge de la santé. » (Dir 4)

Une IDE a souligné l'aide importante apportée par le médecin dans le tissage de partenariats avec les structures de soins et notamment pour faciliter les échanges avec les CMP afin de fluidifier la prise en charge :

« Les CMP c'est compliqué, c'est de plus en plus compliqué en fait, *le médecin référent* est en contact avec eux alors il appelle directement la pédopsychiatre admettons du CMP, pour un traitement il va demander son avis. L'avantage c'est que les médecins soient en lien entre eux. » (IDE 1)

La quasi-totalité des professionnels interrogés ont témoigné d'un temps de présence insuffisant de psychologue dans leur structure autant pour la prise en charge des enfants que pour l'analyse des pratiques des équipes éducatives. Une IDE en lien avec l'équipe mobile EMI-ECO de prise en charge pédopsychiatrique des enfants confiés a insisté sur ce manque :

« On n'a pas assez de moyens, on a un manque de personnes, de moyens humains parce que là pour l'équipe mobile (*EMI-ECO*) j'en ai une vingtaine facile qui aurait besoin de quelqu'un, en fait il faudrait une psychologue ici tout le temps et une psychomotricienne tout le temps. » (IDE 3)

Enfin, certains professionnels ont exprimé le besoin d'avoir une aide administrative :

« Plus suivis (*les enfants*) ce n'est pas possible de toute façon, je ne pense pas que ce serait une IDE en plus qu'il faudrait mais plutôt une aide pour les comptes rendus etc., une aide administrative, un dictaphone... » (IDE 1)

Tout cela met en exergue l'importance de la présence d'un professionnel faisant office de référent santé pour la structure, notamment d'une IDE, afin de coordonner les soins des enfants au plus près de son lieu de vie ; or comme nous l'avons vu, cela n'est pas systématique.

Au-delà de la présence d'un référent santé pour chaque structure, il paraît également indispensable qu'un lien privilégié avec un médecin traitant rattaché ou non à la structure soit créé, afin qu'il coordonne les soins avec les professionnels de santé à l'extérieur de la structure et qu'il réalise un suivi continu des enfants accueillis dans la structure.

## **2. Difficultés d'organisation par manque de temps et de ressources humaines**

Les professionnels ont également insisté sur les difficultés d'organisation de soins dans leur structure en lien avec un manque de moyens humains.

Notamment dans le questionnaire, deux IDE ont expliqué qu'il était difficile de prendre les rendez-vous en fonction du planning du jeune et que des difficultés de communication entre les équipes entraînaient des absences des jeunes lors des rendez-vous. Une autre IDE a exprimé rencontrer des difficultés pour l'accompagnement des 32 jeunes de la structure dans laquelle elle exerce tandis qu'une autre a témoigné ne pas pouvoir aller dans les synthèses des enfants avec les partenaires (IME, CMPP, SESSAD, SSSIAT, etc..) par manque de temps.

Les professionnels interrogés lors des entretiens ont particulièrement rapporté des difficultés dues au manque de moyens humains dans les structures.

Par exemple un directeur a expliqué que le manque de personnel éducatif entraîne des prises en charge en urgence :

« Et du point de vue médical, le problème, c'est que vous avez un enfant qui est malade, vous avez 11 enfants. Comment vous faites ? Vous êtes 2 pour prendre en charge 11 enfants. Si un éducateur part pendant 3 heures pour attendre dans une salle d'attente pour un rhume, il ne le fait pas. Il va le faire qu'au moment où ça va devenir problématique, c'est-à-dire au moment où l'enfant va avoir de

la fièvre et alors très clairement à ce moment-là, on va faire venir SOS Médecins. La prise en charge se fait en urgence parce qu'on n'a pas la possibilité structurellement de laisser un éducateur avec 10 enfants pendant qu'un seul va s'occuper d'un enfant, ce n'est pas possible. » (Dir 1)

La cheffe de service a témoigné de la difficulté de mettre en place les soins prescrits par un médecin lorsqu'il a pu être consulté à cause du manque de temps dont dispose les équipes :

« Après la difficulté qu'on rencontre dans le quotidien des MECS généralement c'est que déjà il faut avoir un taux d'encadrement suffisant c'est-à-dire normalement vous avez deux éducateurs pour un groupe de 8 ou 9 gamins, s'il y en a un qui est malade, déjà la réalité du terrain c'est qu'il faut avoir un éducateur, qui s'extrait du quotidien pour porter l'accompagnement du jeune. Toute la difficulté c'est que là le médecin c'est sympa d'aller le voir mais vous ressortez avec une batterie d'ordonnances et ce qui est compliqué c'est de donner une suite, c'est à dire prendre les rdvs, s'assurer que la jeune sera disposée à y aller, qu'il y aura un éducateur disponible, que si c'est loin il faut qu'on réserve un véhicule qu'on aille chercher sur une autre unité, on n'est pas toujours aidés. Notre plus grande difficulté, concrètement, en fait c'est le « temps » que le soin peut prendre. Accompagner un gamin pour voir un spécialiste ça peut vous prendre une demi-journée quoi. Là par exemple on a eu une gamine qui était en obésité morbide, il y a eu tout un premier bilan sur une journée à l'hôpital, il fallait qu'il y ait un éducateur qui puisse l'accompagner sur toute une journée, voilà ce n'est pas simple d'arriver à extraire un professionnel. » (Cds)

Les IDE ont plus spécifiquement insisté sur le manque de moyens humains pour l'accompagnement des enfants aux consultations médicales. A titre d'exemple :

« C'est ça aussi, par exemple si un enfant de 8 ans a un rdv à 17h il faut bien que quelqu'un l'accompagne et là ça enlève quelqu'un sur le groupe qui est sensé accueillir les enfants au retour de l'école donc voilà. » (IDE 3)

Aussi, l'ensemble des professionnels interrogés rapportent des difficultés de l'organisation des soins autour du planning de l'enfant entraînant le manquement fréquent à des rendez-vous médicaux.

Ces difficultés d'organisation entraînent l'épuisement des équipes éducatives et des IDE :

« Un club d'infirmières en détresse pour éviter le burn-out ce serait bien ! L'infirmière avant moi étais épuisée aussi, son médecin voulait toujours la mettre en arrêt, je pense qu'on a du mal à lâcher parce que ceux sont des enfants et qu'il y a toujours des choses à faire, on ne rentre jamais avec le sentiment de satisfaction, c'est sans fin. » (IDE 1)

Plusieurs professionnels font référence au burn-out des équipes :

« Ils sont 5 éducateurs et il y a une doublure la journée, mais ça c'est normalement quand tout va bien et quand il n'y a pas de burn-out. » (Cds)

Selon une IDE, une autre conséquence du manque de moyens humains est que cela ne permet pas de pouvoir avoir une prise en charge individualisée des enfants qui en ont pourtant besoin :

« Il n'y a pas assez de monde pour faire de l'individuel, c'est d'ailleurs bien dommage parce que surtout les plus petits mais même les grands, moi quand je suis arrivée, je n'avais pas l'habitude du social et je me rappelle une après-midi j'avais pris plusieurs rdv ophtalmo, donc je venais je prenais 2 enfants, je revenais j'en reprenais 2 et en fait quand j'arrivais avec la voiture ils étaient plusieurs au portail « moi, moi, moi », mais on allait pas promener quoi, mais parce que là ils pouvaient être 1 ou 2 avec 1 adulte, pas 10. » (IDE 1)

## II. Offre de soins insuffisante et inadaptée aux besoins en santé des enfants

D'après les professionnels interrogés il existe des difficultés pour la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques et particuliers en santé des enfants confiés à l'ASE notamment en lien avec une offre de soins insuffisante sur le territoire. Dans le questionnaire, 26 répondants (67%) ont fait référence à une offre de soins inadaptée et insuffisante sur le territoire.

### 1. Offre de soins insuffisante sur le territoire

L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire français. Dans les zones de faible densité médicale les conséquences sont : les difficultés d'accès liées à l'absence de professionnels ou à leur éloignement, des délais de rendez-vous trop importants avec des professionnels présents sur le territoire car ils sont saturés et des difficultés de permanence de soins durant les horaires de fermeture des cabinets de ville qui entraînent une utilisation plus importante du SAMU, de SOS médecins ou des services d'urgence.<sup>87</sup>

Dans le questionnaire, 21 répondants (55%) ont témoigné rencontrer des difficultés dues à une offre de soins insuffisante liée à un phénomène de désertification médicale spatiale et temporelle et plus particulièrement pour la prise en charge en santé mentale et en orthophonie.

5 professionnels ont mentionné la dimension temporelle de la désertification et donc les délais d'attente importants. Dans le questionnaire, concernant les délais d'attente importants d'obtention de rendez-vous, une IDE a précisé que ces difficultés sont notamment rencontrées auprès des spécialistes et une autre IDE a ciblé les dispositifs publics.

En effet, si l'offre de soins sur le territoire des BDR ne semble pas répondre totalement aux besoins des enfants confiés à l'ASE, cela se retrouve également en population générale. Un phénomène de désertification médicale semble être observé sur le territoire des BDR et plus largement en région PACA.<sup>88</sup> Ce dernier ne se traduit pas spécifiquement par un éloignement géographique mais plutôt par la présence de médecins avec des patientèles saturées qui ne prennent plus de nouveaux patients ou qui ont des listes d'attente de consultation très

---

<sup>87</sup> [La Documentation Française](#). (2021). La protection sociale (2<sup>ème</sup> édition).

<sup>88</sup> Région Provence-Alpes-Côte-D'Azur. (2021). Cadre d'intervention. Kit de lutte contre les déserts médicaux. [https://www.maregionsud.fr/fileadmin/user\\_upload/Kit\\_de\\_\\_serts\\_me\\_\\_dicaux.pdf](https://www.maregionsud.fr/fileadmin/user_upload/Kit_de__serts_me__dicaux.pdf)

importantes, ne permettant pas de répondre aux besoins en santé de la population au moment où cela est nécessaire et encore moins aux besoins plus importants des populations vulnérables.

4 autres professionnels ont mentionné la dimension spatiale de la désertification, c'est-à-dire la pénurie de professionnels sur le territoire. Notamment ils évoquent des difficultés à trouver des spécialistes à proximité de leur structure.

A propos de la présence insuffisante de professionnels de santé sur le territoire, à proximité de leur structure, une IDE de foyer d'urgence a expliqué que :

« Il existe une pénurie de médecins généralistes dans les arrondissements voisins donc impossibilité aux adolescentes de bénéficier d'un médecin traitant ce qui ne permet pas un suivi de qualité car nous n'avons pas d'autres options que d'aller consulter dans des cabinets d'urgences médicales avec des médecins remplaçants. Nous travaillons avec une seule pédiatre libérale qui est saturée en termes de patientèle et il est difficile d'obtenir des rendez-vous rapides malgré toute sa bonne volonté. »

Dans les entretiens, l'ensemble des professionnels faisaient également référence à l'offre de soins insuffisante sur le territoire. La structure 10 n'avait pas encore mis en place de façon systématique une prise en charge en santé donc elle n'a pas rapporté de difficultés en particulier à ce niveau-là. Un directeur a rapporté avoir fréquemment recours à des permanences médicales ou à des services d'urgence du fait du manque d'offre sur le territoire :

« On va faire venir SOS Médecins quand il y a sur le territoire. Quand ce n'est pas le cas on appelle les pompiers pour un rhume. La difficulté c'est de trouver des centres de santé autour des autres foyers mais il n'y en a pas autour de tous les foyers. Visiblement, ça n'intéresse personne de faire des centres de santé. C'est bien dommage parce que c'est tellement dans leurs missions que je ne comprends pas que ça ne se fasse pas. Donc on se dirige vers les permanences médicales. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de suivi. On prend rendez-vous pour le bilan d'entrée, il voit un médecin, on fait un bilan et voilà. Donc moi je ne trouve pas ça satisfaisant mais après on fait avec ce que le territoire nous propose. »

(Dir 1)



Un directeur a rappelé l'importance de réaliser un suivi pour ses enfants aux problématiques de santé majeures :

« L'important c'est surtout de faire un suivi parce que ce qui est dramatique c'est qu'au final, ils sont vus comme ça, que sur des moments aigus et on n'est du coup pas du tout dans notre travail de réduction des inégalités sociales de santé. Ils n'ont déjà pas de bol, dans les endroits où ils sont nés et les familles dans lesquelles ils sont élevés. En plus, si on continue comme ça à 20 ans ils auront des problèmes de santé qui vont se cumuler quoi, d'obésité, de diabète, etc., de drogues ou je ne sais quoi. Donc, l'idée, c'est d'arriver à proposer, même s'il ne reste chez nous que six mois, ben si pendant les six mois on arrive un peu à les voir régulièrement et à voir comment ils évoluent et à ancrer quelque chose de bon comportement par rapport à leur santé, ben on aura déjà fait une partie du boulot. » (Dir 1)

Plus particulièrement, en termes d'offre de soins en santé mentale, il existe une pénurie nationale depuis plusieurs années de l'offre de soins pédopsychiatriques libérale ainsi que des délais d'attente très importants en ce qui concerne les soins délivrés en CMP et en CMPP.

6 répondants ont fait référence à l'offre de soins en santé mentale. Ils ont rapporté notamment le manque de pédopsychiatres sur le territoire et des listes d'attente très importantes pour initier un suivi en CMP ou CMPP. Une IDE a témoigné d'une « *attente de plus d'un an* ».

Lors des entretiens, certains professionnels ont également insisté sur la carence d'offre de soins en santé mentale et notamment en lien avec la pénurie de pédopsychiatres et les délais d'attente en CMP :

« Un bilan psychologique, il n'y en a pas systématiquement. Il y en a même rarement pour plusieurs raisons, la première et principale étant la pénurie de ressources en matière de soutien psychologique sur les territoires, puisque les CMP sont saturés et que nous, en interne, nous ne sommes pas réellement dotés de temps de psychologues. On a très peu de temps de psychologue qui doit à la fois être pour les enfants et pour les équipes. Donc, c'est absolument impossible. Donc, en fait ce sont les professionnels éducatifs qui vont voir que tel enfant présente une vraie difficulté au regard de son comportement, de ses propos et dans ce cas-là, on va spécifiquement demander une prise en charge auprès des CMP ou des structures spécialisées qui s'occupe spécifiquement des ados un peu compliqués. Voilà, mais on a peu de ressources. On n'est pas du tout, mais pas

du tout en lien avec des pédopsychiatres libéraux, des psychiatres, il n'y en a pas assez du tout. » (Dir 1)

Les professionnels ont aussi insisté sur les difficultés d'offre de soins en orthophonie. En effet, dans le questionnaire 5 répondants ont indiqué spécifiquement rencontrer des difficultés pour trouver des orthophonistes et lors des entretiens cette thématique est également abordé fréquemment.

Dans le questionnaire, un directeur a fait référence au refus de certains médecins de PMI de réaliser les bilans médicaux d'entrée des enfants confiés au-delà de 6 ans alors que cela fait partie des missions de la PMI. Des professionnels rapportent aussi le manque de suivi par la PMI qui théoriquement devrait voir chaque enfant confié une fois par an :

On est convoqué une fois par an par la MDS pour chaque enfant mais ce n'est pas comme ça partout. Il y en a qui ne les voit jamais, justement j'ai posé la question à la médecin de PMI et en fait il n'y en a pas tant que ça qui sont convoqués même si normalement c'est une obligation 1 fois par an, ce n'est pas fait systématiquement. » (IDE 1)

Par ailleurs, les professionnels des structures m'ont permis de recenser 230 professionnels de santé et 131 centres médicaux impliqués dans la prise en charge de la santé des enfants confiés. Grâce à ces données j'ai pu constituer un répertoire ainsi qu'une cartographie (Cf. Annexe 7). Ainsi nous pouvons en déduire que les professionnels de santé réussissent malgré tout à constituer des réseaux de soins. Notamment ceux sont les structures bénéficiant d'une IDE et les structures situées dans la ville de Marseille qui ont identifié le plus de partenaires.

## **2. Offre de soins inadaptée aux besoins spécifiques et particuliers en santé des enfants**

Dans le questionnaire, 4 répondants (10%) ont fait référence à l'offre de soins inadaptée aux besoins spécifiques et particuliers des enfants.

Deux IDE ont témoigné d'une carence de soins adaptés aux besoins spécifiques des enfants. L'une d'entre elles exerce dans une structure accueillant des mineurs étrangers isolés et a souligné qu'un nombre important d'enfants ont des troubles du sommeil liés à l'exil qui ne sont pas pris en charge et une autre IDE a témoigné rencontrer des difficultés pour trouver des psychologues et des psychiatres spécialisés dans les prises en charge de choc post-traumatique.

Les professionnels interrogés dans les entretiens ont également expliqué qu'il existe un manque de partenariat entraînant une prise en charge insuffisamment adaptée aux besoins des enfants confiés à l'ASE :

« Qu'il n'y ait pas un travail de partenariat avec les équipes c'est dommage. On marche beaucoup avec Doctolib mais voilà, le problème, c'est que c'est impersonnel, c'est du travail non adapté aux besoins spécifiques des enfants de la protection de l'enfance. » (Dir 1)

Une directrice a souligné l'importance, selon elle, de s'ouvrir à des prises en charge moins classiques pour tenter d'avoir une prise en charge plus adaptée aux besoins spécifiques des enfants même si elles ne sont souvent pas remboursées :

« On a des enfants qui ont des besoins plus spécifiques. Et peut-être sur des choses un peu parallèles que de la médecine classique mais c'est compliqué parce que c'est extrêmement cher donc par exemple l'hypnose ericksonienne, des choses un peu autres pour les ados qui n'ont plus forcément envie d'aller voir des psychologues. Et il y a plein de méthodes alternatives qui font leur preuve, notamment l'EMDR. Et tout ça on paye avec le budget. On fait des bilans neuropsychologiques aussi pour beaucoup d'enfants. C'est vrai que ces 380 euros le bilan, mais c'est une vraie nécessité dans la prise en charge. On n'est pas tant sur quelque chose de forcément médicale, mais sur les difficultés cognitives des enfants par rapport à l'école, ça nous donne quand même plein de pistes euh donc ça, on en fait de plus en plus. » (Dir 2)

Deux autres professionnels ont indiqué qu'il existe un manque d'accompagnement à la prise en charge des besoins particuliers des enfants. Un directeur a expliqué que « *le manque d'un médecin de référence est un frein lorsque nous sommes dans des domaines médicaux qui nous échappent complètement, notamment pour constituer un dossier MDPH.* » Une IDE a indiqué la difficulté à gérer les urgences psychiatriques dans les structures.

Il existe au niveau national des difficultés de prise en charge du handicap, causées notamment par une pénurie de places en IME et en ITEP entraînant fréquemment plusieurs années d'attente. Un directeur a témoigné des difficultés d'orientation des jeunes ayant une « double vulnérabilité » et se trouvant à la croisée entre la protection de l'enfance et le champ du handicap :

« On a des difficultés pour l'orientation des jeunes qui ont des problématiques de handicap. L'IME va nous dire que le jeune ne relève pas de l'IME mais de l'ITEP, l'ITEP va dire l'inverse et donc l'enfant reste dans la structure ASE qui n'est pas du tout adaptée à sa prise en charge. » (Dir 4)

En effet, selon plusieurs professionnels il existe une augmentation des jeunes relevant de plusieurs champs et notamment du champ du handicap et de la protection de l'enfance :

« On reçoit de plus en plus des jeunes qui sont à la croisée des chemins entre une prise en charge de l'ASE classique mais aussi qui relèvent du champ du handicap et qui relèvent du champ de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ et enfance délinquante), et donc on a des jeunes filles qui nécessiteraient d'être prise en charge de façon quasi indifféremment par les 3 champs d'interventions.» (Psy)

Un directeur a expliqué que le manque de partenariat et de coordination entre les acteurs des différents champs de prise en charge des enfants peut mener à des ruptures dans le parcours des jeunes, ce qui les insécurise d'autant plus :

« Ils ont des problématiques spécifiques mais surtout intriquées. On se retrouve parfois démunis parce que les interlocuteurs se renvoient la balle en disant la situation n'est pas suffisamment caractérisée pour relever de notre accompagnement ou de notre prise en charge sauf que nous du coup on se retrouve avec des jeunes concrètement qui n'ont leur place nulle part en termes d'orientation et en particulier d'orientation vers le soin et au final on n'a pas de réponse ou pas de réponse adaptée avec le risque de rajouter de la rupture dans des parcours de vie, de se retrouver avec des jeunes filles qui restent parfois des mois voire des années sans prise en charge adaptée, avec aggravation des symptômes forcément. Voilà c'est le genre de choses auxquelles on est régulièrement confrontés à notre grand désespoir parce qu'on se retrouve sans solution, on bricole, ça reste du bricolage, et par rapport à des parcours de vie qui sont suffisamment morcelé notre devoir c'est quand même de mettre un peu de cohérence et d'harmonie dans tout ça quoi et de ne pas en ajouter. » (Dir 3)

Un professionnel a insisté sur les conséquences d'une prise en charge non adaptée aux besoins particuliers des enfants, notamment de la perturbation du fonctionnement de la structure quand un enfant devrait avoir une prise en charge spécialisée dans une structure adaptée :

« Parfois on essaie d'orienter des jeunes vers d'autres structures parce qu'effectivement on n'est pas armés pour les accompagner, notamment des jeunes qui ont pu être virés de psychiatrie pour avoir agressé d'autres patients et je ne vois pas pourquoi ils finissent ici, voilà vous voyez les incohérences du système, c'est compliqué. J'ai beaucoup d'éducateurs qui concrètement n'ont pas la force physique de contenir ce type d'enfant. Du coup par peur et ben on lâche, par peur on a du mal à tenir le cadre éducatif et on n'est plus dans nos missions quoi, par peur de représailles pour les autres jeunes aussi, parce qu'on a une mission de protection vis-à-vis d'un groupe et quand on en a qui joue de l'intimidation ou du harcèlement pendant ses crises, ça a quand même des conséquences importantes sur le reste des gamins qui sont placés quoi, c'est carrément insécurisant. » (Cds)

Le parcours de vie des enfants confiés à l'ASE est souvent jonché de multiples ruptures avant et pendant le placement ce qui rend leur trajectoire de vie singulière. La loi de 2016 relative à la protection de l'enfance a complété les missions de l'ASE pour l'intérêt de l'enfant en précisant qu'elle doit veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié, à l'adaptation de son statut sur le long terme. Dans son rapport intitulé « À (h)auteur d'enfants » remis à Adrien Taquet en janvier 2022, Gauthier Arnaud-Melchiorre souligne qu'il y a lieu de s'interroger sur ces constructions de parcours émaillés de ruptures qui ne font que renforcer les troubles des enfants.<sup>89</sup> En effet, les ruptures de parcours peuvent retentir sur le parcours de soins des enfants car elles entraînent des difficultés importantes pour maintenir une continuité et une coordination du parcours de soins mais également des difficultés concernant la gestion des données de santé des enfants impliquant des pertes de données. Les parcours de soins peuvent à leur tour retentir sur le parcours de vie des enfants. Lorsqu'un enfant a une problématique de santé en particulier, notamment lorsqu'il est dans une situation de handicap (« double vulnérabilité »)<sup>90</sup> ou lorsqu'il a un trouble psychique, il est difficile de le maintenir dans un lieu de vie adapté car il relève de plusieurs champs d'action. Ainsi il est souvent amené à avoir des semaines fractionnées avec des temps dans des structures ASE et des temps dans des structures médico-sociales (IME,

---

<sup>89</sup> Arnaud-Melchiorre, G. (2022). *A (h)auteur d'enfants*. Rapport de la Mission La parole aux enfants. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_a\\_h\\_auteur\\_d\\_enfant\\_agm\\_04012022.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_a_h_auteur_d_enfant_agm_04012022.pdf)

<sup>90</sup> Défenseur des droits. (2015). Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae\\_2015\\_accessible.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf)

ITEP...).<sup>91</sup> Les ruptures de parcours peuvent être corrélées à des difficultés de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'enfant qui appartiennent à des champs de discipline différents et n'ont pas toujours de langage commun. Docteur Balençon qualifie les ruptures de parcours de l'enfant de « double peine » et appelle à « un décloisonnement des politiques publiques et une transversalité des approches dans tous les domaines de la protection des enfants. »<sup>92</sup>

### **III. Frontières interprofessionnelles entre le monde éducatif et le monde sanitaire**

Les professionnels des structures interrogés ont également mis en avant les difficultés de partenariat et de coordination avec les professionnels de santé. Ces difficultés soulignent l'existence de frontières interprofessionnelles entre le monde éducatif et le monde sanitaire, à la fois présentes au sein même des structures qu'entre les structures et les professionnels de santé libéraux. En effet, il existe des différences de temporalités et de cultures entre le monde médical et éducatif ainsi qu'une absence de langage commun.

Dans le questionnaire, 8 professionnels (21%) ont évoqué les difficultés de mise en œuvre de partenariats entre les professionnels de santé et les professionnels de la protection de l'enfance ainsi que des difficultés de coordination entre IDE et équipe éducative au sein des structures.

#### **1. Frontières interprofessionnelles « intra-structures »**

Une des spécificités de notre étude est que nous nous sommes spécifiquement intéressés aux IDE et à leur place dans les structures.

Dans le questionnaire, deux IDE ont rapporté rencontrer des difficultés dans la coordination et la communication autour des soins avec les équipes éducatives ainsi que leur intégration dans les structures. L'une d'entre elles a expliqué qu'il existe une difficulté de communication entre

---

<sup>91</sup> Haute Autorité de Santé. (2021). Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe\\_psy\\_mel\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf)

<sup>92</sup> Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

les équipes qui entraîne parfois le manque d'informations au sujet de la santé des enfants. Tandis que l'autre IDE a exprimé que la difficulté était la prise en charge non globale, puisqu'elle ne gère que le somatique et l'orthophonie mais pas l'aspect psychologique et qu'elle n'a pas d'accès aux réunions sur la prise en charge globale de l'enfant (éducatif, psychique, somatique). En effet, le manque de moyens humains accentue l'isolement ressenti par les IDE puisque plusieurs d'entre elles n'ont pas le temps d'assister aux réunions d'équipes dans leur structure.

Au cours des entretiens, plusieurs IDE ont également témoigné du manque de communication avec les équipes éducatives au sein des structures et de leur difficulté à trouver leur place, entraînant fréquemment un sentiment d'isolement et de solitude. Certaines d'entre elles ont expliqué notamment manquer de temps pour participer aux réunions d'équipe :

« Jusque-là je n'assistais pas aux réunions de groupe avec les éducateurs, le chef de service, les psychologues mais maintenant je vais faire une fois par semaine pour un groupe parce qu'on s'est rendu compte qu'il y a des infos qui n'arrivent pas jusqu'à moi et c'est dommage et donc on m'a dit qu'en janvier j'allais faire un groupe une fois par mois. » (IDE 3)

Une IDE a spécifiquement insisté sur son sentiment de solitude et sa difficulté à trouver sa place :

« On est seule infirmière contre je ne sais pas combien d'éducateurs donc voilà, faut réussir à trouver sa place, au début quand je suis arrivée ça a été assez compliqué quand même parce que nous les infirmières on est assez formatées donc quand on passe une info et qu'on revient le coup d'après et que ça n'a pas été fait, et que vous courez dans tous les sens que vous arrivez avant, que vous partez après et que vous vous épuisez quoi... Avant je passais les infos oralement, je pensais que ça suffisait mais c'était le début, maintenant je les transmets par écrits. L'IDE qui était là avant moi rencontrait des difficultés aussi. En fait l'infirmière elle est seule, avec le médecin le temps de la consultation mais elle est seule, les éducateurs ils travaillent en binôme, si ça ne va pas ils discutent entre eux, ils ont des réunions d'équipes, après il y a une psychologue qui vient pour faire de l'analyse de pratiques donc ils peuvent parler si ils ont eu des difficultés face à telle ou telle situation avec un enfant mais ça peut aussi par rapport à eux, leur positionnement, quand c'est trop dur face à la souffrance des enfants, enfin plein de choses quoi. Moi rien. Ça nous est arrivé de faire des

réunions avec le médecin traitant et la psychologue mais avec les équipes, pas entre nous. Donc je dirais que la plus grande difficulté c'est d'être seule et de ne pas avoir vraiment d'aide quoi. » (IDE1)

Une IDE a exprimé sa volonté de plus être intégrée dans les équipes éducatives, ce que la crise sanitaire lui avait permis :

« Je trouve que la covid m'a rendue service car j'ai dû annuler tous les rdvs donc je ne courrais plus, je passais du temps avec les enfants, chaque jour je mangeais avec une équipe donc chaque jour plus proche des éducateurs. » (IDE 1)

Cette même IDE a exprimé la nécessité d'échanger davantage avec les autres IDE des structures d'accueil :

« Une fois j'avais échangé avec une IDE, on s'était échangé nos numéros et une fois elle était au bout du rouleau et elle m'a appelé et honnêtement ça fait du bien et on s'été dit qu'on pouvait se retrouver à mi-chemin pour discuter, de temps en temps pour vider le sac. Voilà c'est ça qui manque, d'échanger avec des collègues, avec des IDE et peut être se donner des tuyaux parce qu'on ne travaille pas de la même façon d'un endroit à l'autre, qu'on échange nos numéros. Visio c'est plus compliqué parce qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui organise, il faut l'accord de la direction. J'ai regretté en début d'année quand on s'est rencontrées toutes j'ai regretté de ne pas y être allée les autres fois parce qu'on se sent soutenues du coup, des fois on a l'impression d'être seule dans la situation mais en fait, pour la CMU par exemple de voir que c'est dans toutes les MECS c'est rassurant. » (IDE 1)

Elle a également évoqué la nécessité d'avoir un dossier informatisé afin de simplifier la communication dans les équipes :

« La communication c'est un gros problème ici mais je pense que c'est pareil dans toutes les MECS, donc déjà quand je suis arrivée j'avais dit je ne comprends pas pourquoi on n'a pas le dossier informatisé de l'enfant avec le volet santé, le volet éducatif, administratif et si y a un truc confidentiel par exemple en santé ben que pas tout le monde y ait accès, mais que du coup je ne sais pas quand il y a un traitement qui est instauré que les éducateurs sachent directement de quoi il s'agit. » (IDE 1)



Le manque de sensibilisation et d'implication dans la santé des enfants des équipes éducatives est rapporté par la majorité des IDE. Ainsi, certains professionnels ont exprimé la nécessité de sensibiliser et former les équipes éducatives sur la santé pour pallier leur manque de connaissances sur ce sujet et qu'ils puissent avoir des réactions adaptées en fonction des situations :

« Je prends un exemple tout bête, mais il n'y a pas très longtemps il y a une petite fille, elle avait mal au ventre et ils ne savaient pas si elle était constipée, si machin, du coup c'est comme des parents, ça les a angoissés, et elle est partie aux urgences pour revenir avec rien, c'était juste à surveiller, un petit peu mal au ventre quoi mais la gamine était moins angoissée que les éducateurs et je pense qu'effectivement, si on leur donne du contenu professionnel, eux aussi dans leur prise en charge ça va permettre qu'ils puissent avoir des réactions qui soient moins empreintes d'angoisse liées à l'inconnu. » (Dir 1)

« Les éducateurs souvent peuvent s'inquiéter rapidement par exemple pour un enfant de 18 ans qui a vomi une fois c'est la panique tandis que pour un autre enfant moi depuis juin je crie que quand un enfant dit qu'il veut mourir ce n'est pas bon signe mais on m'a dit « olala il fait un coup de cinéma ». Autant je ne vais pas m'inquiéter sur un enfant qui a vomi une fois autant je suis plus sensible à leur mal-être. » (IDE 3)

L'alliance avec les éducateurs est d'une grande aide pour une IDE puisqu'ils sont au quotidien auprès des enfants et sont souvent vecteurs d'alerte :

« Dans la majorité des cas on va dire que c'est les éducateurs qui vont faire la demande d'un suivi psychologique parce que comme ce sont eux qui sont au quotidien avec les enfants c'est eux qui vont détecter tel ou tel problème ou que l'enfant ne va pas bien, qu'il ne dort pas, qu'il fait des crises régulièrement ou qu'il devient violent ou qu'il y a des comportements sexuels par rapport à un autre enfant, enfin bref en général quand c'est comme ça c'est eux qui appellent la psychologue et qui disent voilà nous on a détecté ça et ça et on aimerait qu'il soit vu. » (IDE 1)

## **2. Frontières interprofessionnelles entre les structures et les professionnels libéraux**

Dans le questionnaire, deux professionnels ont indiqué rencontrer des difficultés à établir des partenariats avec des professionnels de santé par manque de sensibilisation et de connaissance de la population spécifique des enfants confiés à l'ASE. Notamment un directeur a exprimé rencontrer de « *grandes difficultés pour trouver et collaborer avec des médecins, généralistes ou spécialistes du droit commun qui travaillent avec la réalité des difficultés des jeunes en protection de l'enfance (retards aux rendez-vous, rendez-vous manqués...), de fait la structure et/ou le jeune est radié des rendez-vous possibles.* » Une IDE a précisé rencontrer des difficultés pour trouver des partenaires impliqués pour la prise en charge du public spécifique des MNA.

Un autre directeur a mis en exergue les difficultés d'échange entre le monde sanitaire et le monde éducatif : « *Il existe des difficultés de coordination, de communication, de séquentiel, et de langage commun (protection de l'enfance et sanitaire n'ont pas les mêmes enjeux ni la même temporalité) qui entraînent ainsi des difficultés de suivi dans la durée et sur le long terme.* »

Dans les entretiens, les professionnels interrogés ont également rapporté rencontrer des difficultés de partenariat avec les professionnels de santé et les dispositifs de coordination :

« Il n'y a pas un travail de partenariat avec les équipes et ça c'est dommage. On n'a pas les moyens aujourd'hui de rentrer dans le détail, de construire un vrai parcours. Mais pourquoi les structures médicosociales ne sont pas invitées au CPTS non plus, normalement on devrait être invité à participer au CPTS. On n'a aucun lien avec tous ces organismes-là, ce n'est pas normal. » (Dir 1)

Les professionnels ont souligné le fait que le monde socio-éducatif et le monde sanitaire sont deux mondes différents, avec des cultures et des temporalités différentes, ce qui freine la mise en place de partenariats :

« Un des freins les plus importants c'est le manque de partenariat, mais en fait cette absence de partenariat, c'est lié au fait qu'on est sur deux mondes dont les caractéristiques font qu'ils ne peuvent pas se rencontrer. Il y a des interfaces qui doivent se construire. » (Dir 1)

Un des professionnels de la pouponnière a évoqué la priorisation des problématiques des enfants confiés avec une tendance des acteurs du monde éducatif à mettre en second plan la question de la santé des enfants :

« En fait il y a un problème de paradigme, moi qui suis au départ de formation éducative, c'est que la question de la santé et de la bonne santé des enfants n'est pas une question dans les MECS, et la bonne santé ça ne veut pas dire que c'est médicalisé, c'est plus globale, et l'éducation à la santé elle n'est pas prise en compte suffisamment, par manque de savoir-faire, par manque de connaissances, de sensibilisation, aussi parce que le focus il est mis sur d'autres dimensions c'est-à-dire sur l'expression de la souffrance de l'enfant et du coup c'est ça qu'on va gérer en premier lieu mais pas en perspective en fait la question des dents, des soins, de la peur, toutes ces choses qui font que éduquer un enfant à être bien dans sa vie c'est aussi introduire la question de sa bonne santé, c'est très compliqué. (Poup 1)

La cheffe de service interrogée a expliqué avoir été souvent confrontée à des situations de dilemme entre la priorisation de l'éducatif ou de la santé :

« Je me suis souvent trouvée au centre de débat effectivement entre le regard éducatif et le regard soin, par exemple, typiquement un enfant qui a le VIH qui a 18 ans et ne prend pas son traitement, le regard éducatif va dire « non il faut qu'il soit autonome, il doit prendre son traitement seul » et le regard soin va dire « mais non la priorité c'est une question de vie ou de mort et il faut l'accompagner dans le soin. De temps en temps il y a un peu ce paradoxe de « qu'est-ce qu'on vient prioriser dans l'accompagnement ? » et c'est vrai que moi aujourd'hui j'ai quand même une tendance à prioriser le soin au bon sens éducatif. » (Cds)

Un directeur a témoigné du manque de prise de conscience de l'importance de la santé des enfants confiés qui est souvent minimisée par les éducateurs :

« C'est un établissement qui a fonctionné pendant des années adossées à cette croyance qui consiste à considérer que la réponse éducative se suffit à elle-même et que le reste est facultatif ou optionnel et dont entre autres le sanitaire ou le médico-social mais en tout cas tout ce qui n'est pas de l'éducatif pur. Malgré ma formation d'éducateur j'ai toujours défendu cette idée de la complémentarité

indiscutable entre l'approche éducative et l'approche médico-social, cette valeur ajoutée qui existe lorsqu'on est capable de croiser des regards issus de cultures professionnelles différentes en sachant qu'au final quand on y arrive et ce n'est pas si évidant que ça, au bout du bout, c'est de toute façon le bénéficiaire qui en tire le meilleur. Donc voilà j'arrive sur un établissement dans lequel il n'y a plus d'IDE depuis 6 mois, plus de psycho depuis 2 ans et tout le monde trouve ça normal et on me demande « c'est quoi le problème ? » ben le problème c'est au regard de la population qu'on accueille on ne peut pas s'en passer quoi. Avec le psychologue nous partageons cette vision d'une prise en considération de la santé mais au sens de la santé globale et il n'est pas question de compartimenter les choses, il n'y a rien d'optionnel ou de facultatif. » (Dir 3)

Il a appuyé sur le fait qu'il est nécessaire de changer de paradigme et de dépasser les représentations que chacun a en fonction de sa profession :

« Même si on aurait besoins d'avoir un médecin rattaché à la structure rien ne justifie qu'on ne tricote pas et qu'on ne fasse pas vivre un réseau et un partenariat qui nous permettent d'obtenir à l'extérieur les ressources dont on a absolument besoin sauf qu'à présent ici ça ne se faisait pas et je me rends compte aussi de la tâche immense qui consiste à dépasser ces espèces de représentations et ces blocages parce qu'encore une fois j'ai en face de moi des professionnels qui ne sont pas de prime abord convaincus de la nécessité de travailler dans ce sens-là. Donc là c'est plus que de la sensibilisation, c'est de l'acculturation, c'est-à-dire qu'il faut changer carrément de paradigmes, il faut changer carrément de culture professionnelle. » (Dir 3)

Un psychologue a expliqué que ce changement de paradigme doit être effectuée aussi chez les professionnels de santé qui ne considèrent pas tous l'accompagnement éducatif comme un acte de soins porté à l'enfant et qu'il faut travailler sur un langage commun :

« Mais ça marche aussi dans l'autre sens parce que quand on travaille par exemple dans des lieux médicalisés, par exemple en hôpital de jour, pour des soignants le rôle thérapeutique de l'accompagnement éducatif c'est un truc relatif et lointain, c'est un peu de la littérature quoi, parce que ce n'est pas technique, ce n'est pas objectivable ni quantifiable tandis que l'éducateur qui part à la piscine avec les gamins, « à quoi il sert ? on sait pas trop » Ce sont ces

espèces de cloisonnements entre les différents champs qui aboutissent forcément à révéler très rapidement les limites des champs et des services qui s'occupent de ce type de population, sinon on ne parlerait pas de « patate chaude », on ne parlerait pas de gamins qui font le tour de toutes les institutions. Il faut travailler sur un langage commun. Si on entend le soin au sens du « prendre soin de », un éducateur c'est un soignant comme les autres. Et ça ce n'est pas encore rentré dans tous les esprits. Ce n'est pas admis partout. » (Psy)

Un directeur a insisté sur l'importance de tisser un maillage territorial, un réseau de proximité autour de la prise en charge des enfants confiés :

« Il y a tout ce travail de formalisation d'un réseau à faire, on a besoin de tisser cette espèce de toile d'araignée en termes de réseau partenarial de proximité et surtout de réseau efficient. » (Dir 3)

D'autres professionnels ont fait référence à la problématique liée à la question du secret professionnel dans le partenariat éducatif et sanitaire :

« Dans le lien avec les référents ASE sur la santé des enfants, il se joue aussi un enjeu de secret professionnel enfin nous en tant que soignant on est toujours à se dire « qu'est-ce qu'on peut dire ou pas dire », et d'ailleurs je n'ai jamais eu la réponse. Pour moi il y a nécessité quand même qu'il y ait une transmission de l'histoire médicale de l'enfant mais il y a la difficulté de tous ces secrets qui se croisent, secret partagé, secret professionnel, secret médical et à force de travailler dans le secret on ne travaille plus ensemble. » (Poup 2)

## Conclusion du chapitre 2

Tout au long de ce chapitre nous avons évoqué les difficultés de coordination des soins entre les structures d'accueil et les professionnels de santé ainsi que les difficultés de compréhension et de langage commun entre le monde socio-éducatif et sanitaire.

Cependant, la participation à différents échanges entre professionnels de santé hospitaliers et professionnels de l'ASE dans le cadre de cette étude, m'a permis d'observer la volonté d'initier une dynamique commune autour de la prise en charge des enfants confiés à l'ASE. La satisfaction que les échanges ont entraînée prouve l'existence d'un besoin accru de partager dans le but d'améliorer la prise en charge et le devenir de ces enfants. Cela s'inscrit dans la volonté départementale et régionale de construire une dynamique partenariale territoriale autour de la santé des enfants confiés à l'ASE (PRS2 en particulier).

Ainsi, dans le cadre des perspectives d'actions, l'idée est de recentrer la place de la santé grâce à la présence d'un référent santé, identifié dans chaque structure, capable d'évaluer les besoins en santé des enfants et d'organiser des prises en charge adaptées. Il serait préférable qu'il soit un professionnel de santé (IDE ou psychologue), le risque étant sinon un glissement de fonction entre l'éducatif et le sanitaire. En l'occurrence au niveau politique, dans le cadre du schéma départemental en cours d'élaboration et de la contractualisation du CD13 avec l'Etat prévue en accord avec les préconisations de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, les enjeux seraient que toutes les MECS bénéficient d'une IDE coordinatrice afin de formaliser un réseau de soins au plus près du lieu de vie de l'enfant et de ses besoins en santé. La cartographie réalisée pourrait être mise à la disposition des IDE afin qu'elles puissent constituer plus facilement leur réseau de soins. De plus, dans l'idéal, il serait intéressant de mettre en place systématiquement dans chaque structure des visites hebdomadaires avec des plages horaires définies, d'un médecin traitant. Les réseaux de santé<sup>93</sup> introduits par la loi du 4 mars 2004, constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. La Stratégie nationale de santé 2018-2022 et l'engagement collectif Ma Santé 2022, incitent à déployer des réseaux de santé coordonnés autour de dispositifs coordonnés de soins primaires en ville et à s'appuyer sur le déploiement de nouveaux dispositifs de coordination.

---

<sup>93</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). Les réseaux de santé. Consulté le 20 février 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

L'objectif serait ensuite d'utiliser un outil numérique de coordination afin de permettre aux différents acteurs de la prise en charge de l'enfant d'échanger et de coordonner sa prise en charge tout en centralisant et sécurisant ses données personnelles. Cela participerait aussi à l'archivage en évitant la déperdition des données de santé des enfants confiés qui rencontrent souvent des difficultés à récupérer leur dossier médical à la sortie du dispositif.

La stratégie nationale Ma santé 2022, prévoit l'accélération du virage numérique en santé et pour cela préconise que chaque région déploie des outils permettant la mise en place d'un e-parcours. Le e-parcours suppose l'existence d'une messagerie instantanée sécurisée disponible pour tous les professionnels ainsi que d'un outil de coordination accessibles à l'ensemble des professionnels prenant en charge un patient qui permet de centraliser les informations de ce dernier. Dans la région PACA, le e-parcours n'est pas encore mis en place mais est en cours de déploiement et d'expérimentations grâce au Groupement d'Intérêt Public (GIP), Innovation e-Santé Sud (IeSS). Dans un premier temps, la messagerie instantanée sécurisée AZUREZO a été rendue disponible en juin 2021 pour tous les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. L'outil de coordination et la plateforme d'agendas partagés sont en cours de déploiement.

Certains répondants au questionnaire ainsi que l'ensemble des professionnels interrogés lors des entretiens, ont rapporté des difficultés dans la mise en place de soins adaptés aux enfants confiés à l'ASE. Notamment ils rapportent ne pas être en lien avec des professionnels formés à la psycho traumatologie ou à la prise en charge du syndrome de stress post traumatique (exemple : EMDR<sup>94</sup>). Ils s'entendent sur le fait qu'il serait indispensable que les jeunes puissent avoir accès à des prises en charge innovantes, se démarquant de la prise en charge en psychothérapie de soutien classique que de nombreux jeunes rejettent.

Le déploiement d'équipes mobiles peut également être utilisé afin d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques des enfants confiés à l'ASE. En effet, les équipes mobiles telles que l'équipe mobile intersectorielle de soins pédopsychiatriques à destination des enfants confiés à l'ASE, EMI-ECO, constituent un levier concernant l'offre de soins en santé mentale sur le territoire. La mise en œuvre de cette équipe mobile met en exergue l'importance de développer ce type de dispositif afin de favoriser « l'aller vers », une prise en charge de proximité au plus près de l'enfant et de son milieu de vie. Cela permet aussi un gain de temps

---

<sup>94</sup> Eye Movement Desensitization and Reprocessing, en français "Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires"

pour les équipes éducatives qui n'ont pas besoin de se déplacer et de réduire les effectifs sur les groupes d'enfants lorsqu'un enfant a besoin d'avoir une consultation médicale. L'idée est de s'adapter à l'enfant et à son environnement, de replacer l'intérêt de l'enfant au centre de sa prise en charge en privilégiant le plus possible « l'aller vers » comme cela est préconisé par la Stratégie nationale de santé 2018-2022 puis réaffirmé dans l'engagement collectif Ma Santé 2022.

Aussi, il serait intéressant de penser le déploiement de dispositifs adaptés à la prise en charge des enfants ayant des besoins particuliers, comme le déploiement des accueils familiaux thérapeutiques (AFT) dont le territoire des BDR est peu pourvu. Cela est un projet en cours de réflexion de l'équipe mobile EMI-ECO en lien avec la Direction enfance famille du Département en particulier.

Par ailleurs, un dispositif de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a été mis en place dans les BDR grâce à une convention entre le CD13, l'AP-HM et l'espace éthique PACA-Corse. L'objectif est de proposer un espace de discussion formalisé, interinstitutionnel autour des prises en charge sanitaires complexes en protection de l'enfance. Il s'agit d'un autre exemple de dispositif innovant répondant aux problématiques de parcours et de multiples cultures professionnelles impliquées dans la prise en charge des enfants.

L'idée serait de tendre vers un « prendre soin » global des enfants au sens du « care » et du « cure » en favorisant une approche holistique centrée sur l'enfant grâce à l'alliance du monde socio-éducatif et du monde sanitaire. Le prendre soin des professionnels exerçant dans les structures d'accueil doit aussi être pensé, au regard de leurs témoignages au sujet de leur sentiment d'épuisement et plus particulièrement le sentiment de solitude et d'isolement des IDE. Cette étude a permis à ces professionnels de s'exprimer et a permis que leur message soit porté. Cela souligne l'enjeu éthique de prendre soin de celui qui en a besoin et qu'on ne voit pas, notamment de prendre soin des soignants : « un professionnel ne peut pas être bientraitant s'il n'est pas lui-même bien traité ».



---

## Chapitre 3 : Le défi de rendre les parents et les enfants acteurs de leur santé

---

### Introduction

La réussite d'un parcours de soins repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers. De plus, le lieu de vie des usagers doit être mis au centre de leur prise en charge, afin d'être en cohérence avec la charte d'Ottawa qui affirme que « *La santé est créée et vécue dans le milieu de vie quotidien des personnes où elles apprennent, travaillent, jouent et aiment* ». L'éducation pour la santé qui est une des dimensions de la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa, nécessite une participation active des individus. Elle «  *vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque.* »<sup>95</sup> Les actions d'éducation à la santé nécessitent d'amener les individus à prendre conscience de leurs comportements, de leurs habitudes de vie et de l'influence que ces derniers ont sur leur santé afin qu'ils puissent être à l'initiative de changements. Elle implique également d'améliorer la littératie en santé<sup>96</sup> afin que les individus puissent eux-mêmes s'informer sur la santé. L'éducation à la santé s'intéresse aux représentations de la santé des individus, à leurs demandes vis-à-vis de leur santé. Elle vise « l'empowerment » des individus et le développement de leur compétences psychosociales, qui font partie des déterminants majeurs de la santé des individus.<sup>97</sup>

Si les enfants protégés sont les usagers directs du système de soins, il est indispensable de considérer la place des parents et des éducateurs dans leurs parcours de soins car ils sont des usagers intermédiaires, ou indirectes. L'enjeu est de rendre l'ensemble des usagers acteurs du parcours de soins de l'enfant.

---

<sup>95</sup> OMS. (1983). Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins primaires : document de fond destiné aux discussions techniques. 32 p. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192623/WHA36\\_TD-1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192623/WHA36_TD-1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>96</sup> La littératie en santé est la capacité d'un individu à accéder à une information écrite (donc à trouver la source de l'information, la lire et la comprendre) et à en tirer parti pour améliorer son état de santé et donc à prendre des décisions en santé.

<sup>97</sup> Raimondeau, J. (2020). Manuel de santé publique. Rennes: Presses de l'EHESP.

La prise en charge de la santé des enfants en protection de l'enfance est au carrefour entre les droits des parents, les droits des enfants et l'intérêt de l'enfant. La protection de l'enfance vise à garantir l'ensemble des besoins de l'enfant et de placer son intérêt au centre de sa prise en charge. L'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) indique que l'intérêt de l'enfant doit primer dans toutes les décisions le concernant.

La loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale<sup>98</sup> définit l'autorité parentale comme étant :

Un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

La place des parents dans la vie des enfants confiés à l'ASE est définie par les décisions judiciaires et administratives. L'autorité parentale peut être préservée et dans ce cas, la réalisation des différents actes de la vie de l'enfant est soumise à la décision de ses parents. L'autorisation d'un seul des deux parents est requise pour les actes usuels<sup>99</sup>, c'est-à-dire les actes du quotidien de l'enfant qui ne marquent pas un changement majeur dans sa trajectoire de vie ; contrairement aux actes non usuels, qui sont des actes qui « *rompent* avec le passé ou *engagent* l'avenir d'un enfant », pour lesquels il est nécessaire de recueillir l'autorisation des deux parents.

Aussi, le juge des enfants fixe les modalités du droit de visite, sortie et hébergement qu'il accorde aux parents<sup>100</sup>. Ainsi, la rupture avec les parents peut être totale ou partielle, c'est-à-dire que l'enfant peut être confié mais peut continuer à voir ses parents lors de temps définis (visites médiatisées, sorties à domicile...). Il revient à l'enfant de trouver sa place dans cette organisation qu'il ne peut souvent pas choisir et qui parfois peut être ambivalente ou contraire à son intérêt et à sa volonté.

Nous allons aborder dans ce chapitre les difficultés rencontrées par les professionnels des structures au cours du parcours de soins des enfants et qui sont inhérentes aux parents et aux enfants. De plus, nous démontrerons l'importance de les rendre acteurs de la santé des enfants.

---

<sup>98</sup> LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. (JORF du 5 mars 2002).

<sup>99</sup> Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 sur l'exercice de l'autorité parentale. (NOR : PRMX8700091L).

<sup>100</sup> Article 375-7 du Code civil

## **I. Place des parents dans la santé de leurs enfants**

Les parents ont une place essentielle dans la prise en charge de la santé de leurs enfants puisqu'ils doivent signer des autorisations parentales pour les actes de soins lorsque leur autorité parentale est préservée. Cependant tout un travail de sensibilisation et d'implication doit être fait puisqu'ils n'ont souvent pas investi la santé de leur enfant avant le placement.

Au cours de l'étude, les professionnels des structures ont expliqué que la place des parents pouvait être un frein dans la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE. Notamment ils rencontrent des difficultés dans la récupération de l'historique en santé de l'enfant, pour l'adhésion aux soins des parents et leur implication dans la santé de leurs enfants. Dans le questionnaire cette thématique a été abordée par 8 répondants parmi les 39 (21%).

### **1. Non-investissement de la santé des enfants avant le placement**

Il arrive fréquemment qu'à l'arrivée de l'enfant les documents de santé soient perdus et que les parents ne se souviennent pas de tous les antécédents médicaux de leurs enfants. Martine Balençon indique que « le carnet de santé est absent dans 30 % des visites médicales et certains antécédents fondamentaux sont oubliés, comme la prématurité, les embryo-fœtopathies, les grandes étapes du développement, etc. »<sup>101</sup>

Dans le questionnaire, 5 répondants ont fait référence aux difficultés rencontrées pour récupérer les données de santé des enfants antérieures au placement et pour connaître les antécédents médicaux et psychologiques de l'enfant et de ses parents. Notamment ils ont rapporté que très fréquemment les enfants arrivés sans carnet de santé et sans documents médicaux.

Dans les entretiens les professionnels ont également rapporté ces difficultés :

« Alors déjà, on demande un peu ce qui a été fait avant. Donc selon les profils, il n'y a pas grand-chose ou en tout cas on n'arrive pas à avoir de réponse, selon le profil, on a des réponses, mais on n'arrive pas à avoir les documents, c'est-à-dire des bilans orthophonistes, des choses comme ça souvent on ne les a pas, les carnets de santé a souvent été perdu donc c'est un peu compliqué. » (Dir 2)

---

<sup>101</sup> Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

Une IDE a également expliqué que l'absence de carnet de santé est particulièrement problématique pour la connaissance du statut vaccinal de l'enfant et qu'ainsi il est fréquent de demander des sérologies même si elles ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

« Souvent ils arrivent sans carnet de santé, sans rien donc il faut faire sérologie pour savoir pour les vaccins et pour les maladies on ne sait pas en fait et puis il y a des parents qui ne le savent pas non plus. » (IDE 2)

Certaines IDE ont précisé que les enfants n'ont pas toujours de suivi antérieur et que souvent quand ils en ont eu un il était réalisé par la PMI :

« Il y en a qui n'ont jamais été suivis, ça arrive, sinon la plupart ils sont vus à la PMI. » (IDE 1)

Finalement, tout cela est significatif d'un manque d'intérêt ou d'une incapacité des parents de répondre aux besoins en santé de leur enfant.

## **2. Difficultés liées aux demandes d'autorisations parentales**

Lorsqu'ils conservent l'autorité parentale, les parents restent les décisionnaires concernant la prise en charge en santé de leur enfant et il est nécessaire de recueillir leur autorisation pour la réalisation d'actes de soins. En général, dans les premiers jours après l'arrivée de l'enfant, les structures d'accueil font signer aux parents des autorisations de soins pour les actes usuels (consultations courantes, vaccination obligatoire, intervention chirurgicale bénigne...). Pour les actes non usuels, les autorisations doivent être recueillies au fur et à mesure des besoins et signer par les deux parents (suivis médicaux et psychiques, choix thérapeutique, intervention chirurgicale non urgente, examens biologiques et radiologiques, vaccination non obligatoire...).<sup>102</sup>

Cependant pour les professionnels des structures d'accueil un flou persiste autour du cadre réglementaire des autorisations parentales :

« On a quelque chose, mais qui ne représente rien au niveau de la loi. Enfin, il me semble qu'on m'a dit récemment que ce document globalement, euh, c'est comme dans les écoles, on signe un truc en début d'année. Mais s'il y avait

---

<sup>102</sup> Ministère des solidarités et de la Santé. (2018). L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_acte\\_usuels.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf)

quelque chose de ponctuel et qu'on veuille se retourner contre l'établissement, voilà on le ferait. Donc, nous, souvent, on interpelle les familles, on les informe. Pour certains actes particuliers, on leur demande un retour de mail ou en retour de SMS quand c'est plus simple pour eux. » (Dir 2)

Il existe une hétérogénéité des formulaires de demande d'autorisations parentales pour les soins, chaque structure à son propre formulaire. Par exemple une IDE a indiqué mettre aussi, dans l'autorisation de soins à l'entrée, les vaccins non obligatoires pour l'hépatite B et le ROR mais pas le Prévenar et le vaccin contre le HPV. Il semblerait exister une méconnaissance des droits des parents et des enfants.

Ainsi, prioriser le soin entraîne parfois des actions « borderline » des professionnels :

« On peut-être border sur les autorisations sur qui fait quoi. En fait ce n'est pas clair, et là vous vous retrouvez avec des écarts dans les situations, en fonction de « est-ce que les parents sont procéduriers ou pas ? » Concrètement j'ai toujours priorisé le soin, une gamine qui va mal même si elle est arrivée il y a 2 heures et que je n'ai aucune autorisation j'appelle SOS médecin je me débrouille pour qu'elle consulte quoi, parce que pour moi son état vital est plus important enfin, est à prioriser sur le moment, mais on se retrouve très border dans beaucoup de situations. » (Cds)

Dans le questionnaire, deux répondants ont témoigné de la difficulté à obtenir parfois les autorisations parentales ou des tuteurs difficiles à obtenir parfois tandis qu'un autre a évoqué qu'il existait parfois une opposition de principe de certains parents aux actes de soin. Les professionnels interrogés par entretiens ont plus fréquemment abordé cette thématique.

Certains professionnels ont rapporté des situations dans lesquelles ils ont été confrontés à l'oppositions des parents concernant les soins :

« « Les plus grosses difficultés pour moi ce sont les signatures des autorisations des parents après lesquelles on doit courir, quand on doit prendre en compte les douleurs d'un enfant là par exemple un enfant qui est resté pendant 6 mois avec ses douleurs dentaires qu'on ne tolérerait pas pendant 48h ce n'est pas possible. Là j'en ai deux qui ont besoin d'avoir des soins dentaires sous anesthésie générale, ce qui nécessite d'avoir les autorisations parentales, et les

parents ne veulent rien savoir. Ça n'arrive pas souvent non plus mais là, ça fait deux fois en quinze jours, c'est assez pénible. » (IDE 3)

Une IDE a expliqué que l'opposition aux soins était très fréquente pour les implants contraceptifs des adolescentes. Tandis qu'un directeur a précisé que les oppositions de soins concernent plus précisément les vaccins, notamment le vaccin contre la covid, ainsi que les soins en santé mentale, psychologiques ou psychiatriques.

Lorsque la décision parentale va à l'encontre de l'intérêt de l'enfant, la structure d'accueil informe l'inspecteur de l'ASE qui saisit ensuite le juge des enfants et ce dernier peut décider d'établir une délégation de l'autorité parentale.<sup>103</sup> Une IDE l'a expliqué ainsi :

« Si les parents refusent de toute façon ce serait la délégation pour les deux parents parce qu'on est dans la protection de l'enfance donc si on ne peut pas malgré qu'il soit placé le soigner et s'occuper de lui correctement parce que les parents mettent leur veto ça ne sert à rien qu'il soit placé alors quelque part aussi. » (IDE 1)

La délégation de l'autorité parentale peut également être établie dans le cas d'actes non usuels qui nécessite l'accord des deux parents et lorsque l'un des d'entre eux est perdu de vue :

« Alors pour les interventions chirurgicales ça peut arriver qu'on me demande par exemple en clinique, l'autorisation des deux parents, le père a toujours l'autorisation parentale, ça fait des années qu'il n'est plus en contact avec son fils et avec sa maman, on ne s'est pas où il est, comment je fais pour avoir la 2<sup>ème</sup> signature ? On passe par l'ASE, délégation de signature demandée au juge et c'est l'ASE qui signe pour le papa. » (IDE 1)

Une IDE a expliqué que l'autorisation de soins pouvait être un enjeu pour les parents lorsqu'ils sont en conflit et qu'un des deux parents peut refuser de signer pour aller à l'encontre de l'avis de l'autre parent :

« Il y en a qui refuse pour embêter l'autre parent plus que pour l'enfant en fait. Par exemple un papa avait décrété qu'il devait tout régenter donc j'avais la petite qui avait je ne sais pas combien de dents pourries, la maman signe directement l'autorisation de soins parce qu'il fallait lui arracher les dents mais

---

<sup>103</sup> Article 375-7 du Code Civil

le papa ne veut pas signer si on ne le laisse pas venir à la clinique le jour de l'intervention et les deux parents ne peuvent pas s'approcher donc ça veut dire que la maman est lésée, si elle veut venir elle n'a pas le choix, elle a signé de suite parce qu'elle veut la santé de son enfant et lui il impose son choix. Ce n'est pas possible de travailler comme ça donc délégation aussi par le juge, on ne demandait plus l'autorisation à lui, c'était le juge qui décidait. » (IDE1)

Toutes ces démarches prennent du temps et retardent la prise en charge en santé de l'enfant ce qui va à l'encontre de l'intérêt de l'enfant et peut entraîner une aggravation de sa santé puisqu'en attendant, ses besoins en santé ne sont pas pourvus. Dans ce sens, la loi de 2022 relative à la protection de l'enfance prévoit « *la possibilité pour le juge des enfants d'autoriser le service accueillant l'enfant à exercer un ou plusieurs actes non usuels relevant de l'autorité parentale, sans devoir solliciter cette autorisation au cas par cas.* »<sup>104</sup>

### **3. La santé des enfants, un enjeu pour leurs parents**

Au regard des difficultés liées aux demandes d'autorisations parentales, il semblerait important d'impliquer et de sensibiliser les parents à la santé de leur enfant afin qu'ils adhèrent aux soins et qu'une alliance puisse se créer avec les professionnels des structures. Cependant les professionnels ont expliqué qu'impliquer les parents dans la prise en charge de la santé de leurs enfants constituait un véritable défi. Dans le questionnaire, une IDE a exprimé qu'il est difficile d'inclure les parents dans le suivi médical et psychologique de leur enfant ainsi que dans les accompagnements.

La communication avec les parents peut être compliqué pour les professionnels et certains rapportent n'avoir aucun contact avec eux. Un directeur de foyer d'urgence a confirmé la difficulté à initier la communication avec les parents au moment de l'arrivée d'un enfant en structure d'accueil d'urgences. Il a précisé ensuite qu'il est nécessaire de leur laisser du temps pour pouvoir collaborer et avoir des informations sur la santé de l'enfant par la suite :

« Nous on est en amont du placement, on est au moment de la crise. Il s'est passé quelque chose, le gamin a dit quelque chose à l'école ou je ne sais pas quoi et hop, on prend le gamin, on l'enlève et ensuite on regarde. Donc, en général, nous

---

<sup>104</sup> Vie publique. (2022). Loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Consulté le 12 janvier 2022 sur, <https://www.vie-publique.fr/loi/280364-loi-taquet-7-fevrier-2022-protection-des-enfants-ase>

on a de la difficulté, dans tous les cas ça prendra du temps, d'arriver à collaborer avec les parents parce qu'au départ, les parents sont sous le choc, en colère, ce qui est légitime, mais de fait la communication est compliquée. Il y a des parents avec lesquels on n'arrivera jamais, mais quand on arrive à faire ce travail, dans tous les cas, on cherche à avoir un maximum d'informations : « est-ce que votre enfant a été vacciné ? comment il mangeait à la maison ? comment il dormait ? quelles sont ses habitudes ? » (Dir 1)

Plusieurs professionnels ont expliqué que la transmission du carnet de santé était parfois un véritable enjeu pour les parents. Ainsi il arrive qu'ils refusent de le fournir aux professionnels des structures comme l'ont par exemple expliqué les professionnels de la pouponnière :

« Il y a aussi une dimension qui est particulière c'est que la séparation parents-enfant ça produit un tel euh, c'est-à-dire que le carnet de santé parfois c'est aussi des enjeux de parents qui ne veulent pas nous le donner parce que c'est ce qu'ils peuvent garder de l'enfant, le carnet est tout investi avec une superbe couverture etc., donc c'est de la négociation pour récupérer ce carnet, il y a vraiment un enjeu sur ce carnet de santé. » (Poup 1)

Selon une IDE « *les parents veulent garder les infos pour eux car c'est leur manière de garder l'impression de maîtriser* ». Cependant, elle ajoute ensuite que la majorité des parents coopère.

Les professionnels ont indiqué qu'il existe plusieurs types de comportements des parents concernant la santé de leur enfant :

« On a toutes sortes de parents, dans la majorité des cas il y a des gens qui ont envie de travailler avec nous mais il y a des gens qui sont très agressifs parce qu'en fait on leur a pris leur enfant et personne ne peut s'occuper mieux qu'eux donc ils vont tout pointer du doigt : « vous êtes mauvais sur ça, vous n'êtes pas assez de personnel, mon enfant ceci, mon enfant cela... » (IDE 1)

La cheffe de service décrit le cas de parents démissionnaires :

« On a des parents qui sont complètement démissionnaires, qui s'en foutent, en gros « faites ce que vous voulez », voilà qui ne vont même pas poser de questions quand on les informe que leur enfant a vu un médecin, ils ne demandent même pas ce qu'elle a, enfin voilà après ça pose un peu le cadre de comment on accompagne le gamin dans le soin. » (Cds)



Tandis qu'un professionnel de la pouponnière décrit le cas de parents qui surinvestissent la question de la santé de leur enfant :

« En fait on sent que la question de la santé elle est primordiale c'est vraiment quelque chose qui est fondamentale pour les familles, c'est un sujet sensible, il y a des parents tous les soirs qui appellent pour demander des nouvelles, qui demandent la fièvre etc. » (Poup 1)

Lorsque les parents ont conservé des droits de sortie ou d'hébergement, les professionnels sont confrontés au risque de manque d'observance des parents lors des sorties ce qui peut être très problématiques en fonction de la pathologie pour laquelle l'enfant est pris en charge. Par exemple une IDE a raconté une situation de ce type :

« On avait un enfant qui avait un Wirsung, ça se passait bien mais comme le gamin rentrait tous les weekends à la maison tout ce qui avait été demandé de faire n'était pas fait et donc chaque semaine on reprenait à chaque fois qu'il revenait. » (IDE 1)

Les professionnels des structures veillent à informer les parents de la santé de leurs enfants au cours du placement. De plus, ils essaient de convier systématiquement aux rendez-vous médicaux les parents qui ont le droit d'y assister mais beaucoup d'entre eux expliquent que les parents ne viennent pas malgré tout :

« Quand j'ai des rendez-vous avec les enfants, je leur propose toujours de venir avec moi mais souvent ils ne viennent pas parce qu'ils n'ont pas la capacité de le faire, avec tous leurs problèmes, ils boivent ou autre mais sinon ça se passe assez bien, ils sont contents de venir c'est un moment où ils peuvent voir leur enfant en plus des temps habituels où ils ont droit de les voir donc ça leur fait du bien et à l'enfant aussi. » (IDE 2)

En parallèle, une IDE a témoigné d'une situation embarrassante un peu particulière d'un parent informé qui est venu à un rdv médical alors qu'il n'en avait pas de droit :

« Vous avez aussi les parents qui n'ont pas le droit aux visites et quand vous arrivez en consultation à l'hôpital le père est dans le couloir alors qu'il n'a pas le droit d'être là et que je suis seule avec l'enfant : « toi je ne te parle pas tu es que l'infirmière », qu'il vous passe devant pour aller parler au médecin et qui ne vous laisse pas parler et qu'il impose au médecin la prise de sang alors qu'elle a

été faite la veille, exprès pour qu'on ne reste pas longtemps. Là j'ai tapé du poing sur la table et je lui ai dit qu'il n'avait pas le droit d'être là et puis après on va pour repartir, la tension était bien montée et il commence à parler avec le gamin et il me dit « toi tu attends, je reste le temps que je veux avec mon fils », et je lui ai répondu que s'il ne nous laissait pas partir j'appelais la sécurité et à ce moment-là il a laissé son fils. Mais c'est dangereux de faire ça, il y avait du monde autour donc je n'ai pas réfléchi mais j'aurai pu me prendre un coup. »  
(IDE 1)

## II. Le rapport des enfants protégés à leur santé

Les professionnels ont également mis en exergue les difficultés relatives aux jeunes, notamment à leur manque d'adhésion aux soins alors qu'en parallèle leurs problématiques sont de plus en plus complexes. Cette thématique a été abordée par 6 répondants au questionnaire (15%).

### 1. Désintérêt des enfants pour leur santé

Dans le questionnaire, un professionnel a rapporté observer chez les jeunes accueillis dans sa structure : *« une non prise en considération par les jeunes des enjeux liés à la prévention, à la promotion de la santé, indiscutablement en lien avec une estime de soi en général très dégradée qui justifierait que cela n'en vaille pas la peine, aggravée par la banalisation de conduites à risques bien repérées (addictions, fugues, pratiques prostitutionnelles, vie affective et sexuelle, maternités précoces). »*

Plusieurs professionnels lors des entretiens, ont témoigné du désintérêt des jeunes face à la question de la santé en parallèle à une évolution des problématiques des jeunes qui sont, selon eux, plus « abîmés » qu'avant :

« Les enfants globalement ont beaucoup plus besoin de soins qu'il y a 20 ans en arrière. Les gamins qu'on recevait il y a 20 ans étaient des pupilles de l'Etat, des enfants de parents décédés ou incarcérés quoi voilà, aujourd'hui on a des gamins de tous les milieux sociaux et des gamins abimés de plus en plus tôt, ça va au-delà d'une absence parentale quoi. (...) Aujourd'hui le public à évoluer : soit ils sont dans un état de santé très abimé, notamment un état psychique très affecté et très abimé, soit ils sont encore plus délinquants et encore plus précocement. Il existe un écart qui se creuse dans les publics. » (Cds)

Notamment les professionnels exerçant dans des structures accueillant des adolescentes ont aussi souligné que des jeunes n'ont plus « rien à perdre » et se mettent en danger au niveau de leur santé à travers des addictions, de la toxicomanie ou encore des conduites sexuelles à risque avec des grossesses précoces :

« On voit bien qu'on a des gamins qui nous sont confiés des fois qui sont dans des états de santé très précaires : soit par rapport à une précarité financière, soit intellectuelle, soit pour x raison, ou il y a eu une vraie défaillance parentale ou soit des enfants qui n'ont un peu plus rien à perdre et qui ne voit pas l'intérêt de prendre soin d'eux quoi, qui sont en pleine dépression. » (Cds)

La cheffe de service d'une des structures accueillantes des adolescentes a insisté sur la banalisation des risques par les jeunes et la consommation de toxiques :

« Une nouvelle difficulté qu'on a c'est des gaminnes qui consomment du cannabis de plus en plus, de plus en plus jeunes et là vous voyez ce matin j'avais a peu près 1000 euros de cocaïne sur mon bureau, voilà donc c'est-à-dire qu'on a des jeunes qui commencent à toucher de la drogue dure de plus en plus jeune, bon c'est extrême là ce que je vous dis, c'est pas tous les jours mais on en voit de plus en plus quoi, c'est sûrement dû aux réseaux sociaux aussi mais il y a une banalisation de la prise de risque, du danger, de l'argent facile c'est très inquiétant. » (Cds)

Aussi, des problématiques concernant particulièrement les jeunes filles ont été mises en avant :

« Le risque des contraceptifs, c'est que les gaminnes ne se protègent plus des MST quoi, c'est le risque qu'elles encourent aussi de pouvoir les accompagner là-dedans mais là aussi des grossesses de plus en plus tôt, des IVG parfois qui se multiplient enfin voilà. » (Cds)

« On constate malgré tout sur les dernières semaines et sur les derniers mois, une évolution en termes de problématique des jeunes filles qui nous sont adressées du avec une présence quasi systématique de traumatismes liés à de violences subies, et en particulier à des violences sexuelles subies dans le contexte intrafamilial. En sachant que ce qui est constaté dans notre établissement est supérieur à la moyenne nationale, 55% des jeunes placés rapportent faits de maltraitance au niveau nationale, ici c'est quasiment la totalité. La problématique de maternité précoce est de plus en plus présente aussi. » (Dir 3)

Lors de l'entretien, ces deux professionnels avaient également particulièrement insisté sur l'importante problématique de la prostitution des jeunes filles qui est de plus en plus présente.

## 2. Difficultés d'adhésion aux soins des enfants

Selon les propos des professionnels, les difficultés d'adhésion aux soins des enfants et des jeunes sont notamment liées à leurs représentations des soins et leur appréhension des soins, ce qui n'avait pas particulièrement été mis en avant dans les autres études.

Une IDE a spécifiquement souligné la réticence autour de la prise en charge psychologique liée à l'existence de préjugés tandis qu'une IDE d'une structure accueillant des MNA a témoigné rencontrer des difficultés liées aux représentations anthropo-culturelles de la santé des jeunes, notamment elle a fait référence aux négociations importantes autour des actes invasifs (prise de sang, opération etc.). Un professionnel a évoqué une autre difficulté qui est la difficulté de compréhension de la langue française par certains jeunes.

Deux autres professionnels ont expliqué que certains jeunes n'osent pas se faire soigner ou ont une appréhension des soins car ils n'ont pas été habitués à consulter un médecin ou un dentiste antérieurement.

Les professionnels interrogés lors des entretiens ont également évoqué ce type de difficultés. La cheffe de service explique qu'il y a plusieurs profils d'enfants :

« Une des grandes difficultés c'est tout le travail de l'adhésion des jeunes. Ce n'est pas simple, ça dépend des profils, il y a des jeunes qui vont être dans la somatisation et qui vont solliciter de voir un médecin tous les jours, qui vont vouloir appeler les pompiers tous les jours, toutes les heures qui sont dans une vraie somatisation et qu'il faut pouvoir apaiser aussi tout en s'assurant que tout va bien. Et puis des gamines qui mettent en échec et là je vois on a pris je ne sais pas combien de rdv chez des spécialistes, gynéco tout ça et les filles plantent, ne se présentent pas au départ du rdv, ce n'est pas faute de l'avoir rappeler mais après les spécialistes ne veulent plus prendre rdv avec vous quoi voilà. » (Cds)

Ils ont notamment insisté sur le manque d'adhésion des jeunes à une prise en charge psychologique :

« Chez les ados on a des difficultés pour l'adhésion à la prise en charge psychologique. Je sais que les psychologues sont souvent mal perçus par les enfants « je ne suis pas fou, je ne veux pas aller voir un psy ». Quand ils adhèrent c'est qu'on a déjà gagné. » (Dir 4)

Deux professionnels ont souligné l'importance d'établir une relation de confiance avec les jeunes pour favoriser l'adhésion aux soins, notamment ils ont évoqué le cas des jeunes filles ayant subi des violences sexuelles :

« On a eu une jeune qui avait subi de l'inceste pendant plusieurs années en fait et qui ne voulait pas entendre parler de psychologue ou de psychiatre et qui faisait des crises d'angoisse régulièrement et comme l'associée du MT l'avait suivie pour la contraception il y avait un lien parce qu'on y était allées à plusieurs reprises, donc on en avait discuté avec les éducatrices que peut-être on pourrait aller la voir déjà pour écarter un problème physique et en même temps comme elle est en lien voir un peu si elle arriverait à parler, et donc on a fait ça pendant plusieurs semaines, elle l'a gardée une heure en fait, et la gamine a réussi à parler, alors si elle voulait qu'on reste on restait sinon avec l'éducatrice on sortait et elle restait qu'avec le médecin. C'est le fait que là elle n'a pas eu a raconté son histoire parce qu'elle la connaissait déjà et puis y avait aussi quand même une relation de confiance, voilà pourquoi s'est passé, elle ne l'aurait pas fait avec le MT parce que c'était un homme. » (IDE 1)

« Systématiquement le suivi est à recontextualiser parce qu'une jeune fille qui nous ait confiée et qui a vécu pendant des mois et parfois des années et pour certaines peuvent encore vivre, des violences sexuelles en intrafamilial, le choix par exemple d'un médecin gynécologue est tout sauf anodin donc forcément on ne peut pas se permettre d'orienter vers n'importe quel praticien de secteur au risque que la jeune fille se rende au premier rdv mais ne retourne pas au second et dans le pire des cas refusent carrément le premier rdv qu'on lui propose donc forcément on est confrontés aussi à ce genre de difficultés qui réduisent aussi le champ des possibles. » (DIR 3)

### **3. Prendre soin des enfants et leur apprendre à prendre soin d'eux-mêmes**

Une IDE a exprimé lors d'un entretien le besoin que les enfants ont qu'on leur porte attention. Elle a ajouté qu'elle est souvent sollicitée par les enfants pour des demandes de soins de santé qui sont en fait pour eux des moyens d'attirer son attention :

« Ils me connaissent bien donc soit ils disent aux éducateurs « j'ai mal là, j'ai ci j'ai ça » et ils savent que les éducateurs vont me le dire, soit quand ils me voient ils m'interpellent « regarde j'ai un bobo là » mais souvent c'est pour qu'on s'occupe d'eux voilà en gros. » (IDE 1)

Une autre IDE a témoigné de son rôle de personne ressource auprès des MNA qui ont des besoins accrus de soutien et d'attention :

« Après les grands, les MNA ont besoin de beaucoup d'attention, d'attention presque maternante. J'ai des grands qui ont mon portable, et ils m'appellent parfois le samedi soir on parle 10 minutes ça va mieux et ils dorment, ils me laissent des messages vocaux etc. Ils s'inquiètent rapidement les MNA. Même pendant les vacances ils peuvent m'appeler, je préfère dédramatiser un truc plutôt qu'ils se sentent seuls, parce que les grands ils n'ont pas toujours leurs éducateurs, ce sera un veilleur qui fera aussi d'autres groupes. Il suffit qu'ils n'aient pas envie de sortir de leur chambre, ils sont seuls comme ça, y en a qui revivent leur traversée sur un bateau, leur copain qui est mort enfin voilà le fait de parler à quelqu'un ça soulage. » (IDE 3)

Un des professionnels de la pouponnière a soulevé l'importance d'apprendre aux enfants à prendre soins d'eux-mêmes pour leur assurer un meilleur avenir à l'âge adulte :

« Le problème qu'on a dans la protection de l'enfance c'est aussi qu'on n'apprend pas aux enfants à s'occuper de leur santé, on apprend pas aux enfants à prendre soin d'eux, on apprend pas aux enfants à être le futur parent non plus, parce que ça fait partie aussi normalement de l'apprentissage, c'est-à-dire la question d'imitation, de conjurer le sort, parce qu'il y en a certains qui sont dans des idées noires de « je ne serai jamais parent etc. » mais on produit aussi des parents, des gens qui doivent garder leur santé en bon état, et moi je le vois sur les ados, dans quel état ils sont quoi, à 17 ans ils ont dans des états de délabrement sans conscience en fait, il y a une forme de décorporalisation pour certains où ils n'ont même plus la sensibilité à leur propre corps et c'est un vrai apprentissage ça. En fait on reproduit. » (Poup 1)

Ces 3 témoignages permettent de mettre en avant la nécessité de prendre soin des enfants protégés et de leur apprendre à prendre soin d'eux-mêmes pour qu'ils puissent devenir acteur de leur santé et de leur avenir.

### Conclusion du chapitre 3

La place des parents dans la prise en charge de la santé de leurs enfants peut entraîner des difficultés aux structures d'accueil lorsqu'ils s'opposent ou refusent de signer les autorisations de soins car même s'il est possible de faire appel au juge, tout cela ralentit la prise en charge et peut être un frein dans la mise en œuvre du parcours de soins des enfants et la prise en charge adaptée de leur santé. Ainsi, il est indispensable d'impliquer et sensibiliser les parents à la santé de leur enfant afin qu'ils adhèrent aux soins. L'enjeu est de faire alliance avec les parents autour de la santé de leur enfant. De plus, les rendre acteur de la santé de leur enfant est un défi puisqu'elle a souvent pu faire l'objet de négligences avant le placement et que cela fait partie de leur rôle de parent d'apprendre à « prendre soin » de leur enfant. « *La santé c'est tout un enjeu pour l'enfant, mais aussi dans le lien qu'il a avec sa famille.* » (Poup 1) Il est essentiel que les parents soient impliqués dans les consultations médicales des enfants mais aussi qu'ils soient associés à la définition du volet santé du Projet Pour l'Enfant (PPE) comme cela est prévu par la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance.

La présence de professionnels de santé dans la structure semble pouvoir être un levier pour établir une alliance avec les parents dans la prise en charge de la santé de leurs enfants :

« On les travaille au corps, il faut leur expliquer que c'est important etc. après ils comprennent, en général on arrive toujours à avoir leur accord. Il faut vraiment travailler avec les parents pour ne pas avoir de non et moi j'ai un autre rôle que les éducateurs auprès des parents, ils me voient différemment parce que les éducateurs les remplacent donc ils ont des relations plus compliquées avec eux tandis que moi je les soigne donc généralement ça se passe bien avec les parents. » (IDE 2)

De plus la présence de professionnel de santé dans la structure peut les rassurer et ainsi faciliter leur adhésion :

« Avec la pédiatre ils livrent des choses qu'ils ne vont pas forcément livrer auprès de la cheffe de service voilà et la pédiatre est surtout là pour les rassurer, pour leur dire qu'elle est la référente médicale sur le temps du placement comme s'ils étaient en ville et que c'est elle donc qui coordonne toute la santé de l'enfant pendant le placement. » (Poup 2)



Au regard des témoignages des professionnels concernant les problématiques de santé des enfants et leur manque d'adhésion et de sensibilisation à leur propre santé, il semble primordial de mettre en place des actions de prévention primaire, ciblées ou non ciblées, et de promotion de la santé notamment d'éducation à la santé dans les structures d'accueil.

L'idée est de prendre soin des enfants en leur apprenant à prendre soin d'eux-mêmes. Pour ces enfants au parcours de vie difficile il est primordial de leur permettre de trouver en eux les ressources afin d'affronter les difficultés de la vie (coping). Le but est d'accompagner leur autonomisation en développant leur estime d'eux-mêmes et leur confiance en eux et qu'ils puissent se responsabiliser et adopter des comportements positifs en santé.

Des actions de prévention et d'éducation à la santé à destination des usagers intermédiaires, c'est-à-dire des parents et des équipes éducatives devraient également être réalisées, afin de renforcer les effets sur les enfants et sensibiliser tous les acteurs afin de tendre vers une meilleure coordination et une meilleure alliance autour de la prise en charge des besoins en santé des enfants.

Afin de réaliser des actions de prévention collectives dans les structures, il est intéressant de faire appel à des associations présentes sur le territoire, qui sont nombreuses, variées et peuvent répondre aux problématiques rencontrées par ces enfants et ces jeunes (addictions, utilisation du numérique, respect du corps humain, prostitution...), comme cela est fait par plusieurs structures du territoire des BDR. La mise en place d'interventions de prévention de la vie affective et sexuelle est essentielle, tout comme le développement de leurs compétences psycho-sociales. Les CPEF, CEGGID et les plannings familiaux sont des ressources pour la réalisation de ce type d'actions.



---

## Conclusion générale

---

La santé des enfants confiés à l'ASE représente un enjeu de santé publique majeur mis au centre des politiques publiques actuelles de protection de l'enfance.

En effet, l'existence d'un écart de santé important entre la population générale des enfants et la population spécifique des enfants confiés à l'ASE est établi et il entraîne des conséquences majeures sur le devenir de ces enfants à l'âge adulte. Pourtant, garantir la santé et la satisfaction des besoins des enfants confiés fait partie des missions de la protection de l'enfance. Alors nous nous sommes demandé pourquoi les difficultés de prise en charge médicale de ces enfants sont-elles majorées et conduisent-elles à un tel écart de santé. Ainsi, lors de cette étude, nous avons tenté de comprendre quelles étaient les causes de cet écart de santé.

Nous savons que la population des enfants confiés constitue une population d'enfants vulnérables car les carences et l'adversité auxquelles ils ont été exposés représentent des facteurs de compromission du bon développement de l'enfant et de sa bonne santé. Par ailleurs, la non-satisfaction des besoins fondamentaux et plus particulièrement du « méta-besoin » de sécurité de ces enfants entraîne l'émergence de besoins spécifiques en santé qui se surajoutent aux besoins fondamentaux universels de l'enfant. De plus, ils ont un risque plus important d'avoir préalablement ou de développer des besoins particuliers, c'est-à-dire d'être en situation de handicap.

Cependant, au-delà de la vulnérabilité causée par leur parcours de vie traumatique, quels facteurs font qu'un tel écart de santé est observé ? Existence-ils des manques ou des difficultés au cours du parcours en protection de l'enfance de ces enfants pour que leurs besoins restent insatisfaits et leur trajectoire développementale troublée ?

Lors de cette étude nous avons pu identifier des difficultés et des freins rencontrés par les professionnels des structures dans le parcours de soins des enfants confiés. Nous avons démontré que les enfants confiés sont soumis à des inégalités sociales de santé.

En effet, nous avons soulevé l'existence des difficultés d'accès primaire aux soins à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment au niveau de l'ouverture des droits des enfants à l'assurance maladie. Ces difficultés sont la conséquence d'inégalités sociales de santé subies par les enfants du fait de leur appartenance à un groupe social particulier. Cela entraîne de lourdes conséquences sur les structures qui doivent avancer les frais tant que les droits ne sont pas ouverts et sont confrontés au refus de soins de nombreux professionnels de santé tant que les enfants n'ont pas leur attestation. De plus, certains

professionnels de santé refusent de recevoir des patients affiliés à la CMU, ce qui constitue une discrimination en santé contre laquelle les politiques de santé actuelles luttent. Les professionnels des structures consacrent beaucoup de leur temps pour pallier ces problèmes administratifs. Tout cela entraîne des retards dans la prise en charge et ainsi une perte de chances pour ces enfants aux besoins en santé importants.

Concernant l'entrée dans un parcours de soins à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, les résultats obtenus sont plus positifs que ce que nous pouvions attendre. En effet, d'après les données recueillies, le bilan médical d'entrée prévu par le cadre législatif, est a priori réalisé systématiquement dans la majorité des structures dans les 3 premiers mois après l'arrivée de l'enfant. Ce bilan comporterait majoritairement un volet psychologique et un volet somatique et serait réalisé le plus fréquemment par des médecins généralistes libéraux et des psychologues rattachés aux structures. Cependant grâce aux entretiens nous avons pu comprendre qu'il consistait plus en un point santé qu'à un véritable bilan centré sur le développement de l'enfant et ses besoins.

Aussi, la quasi-totalité des structures ont précisé qu'un médecin traitant est déclaré à l'arrivée de l'enfant. Grâce aux entretiens nous avons pu comprendre que les structures avaient des fonctionnements très variés concernant la mise en place d'un partenariat avec un médecin traitant. Certaines avaient un médecin généraliste directement rattaché à la structure qui était présent sur un temps défini dans la structure, d'autres bénéficiaient d'un lien privilégié avec un médecin qui effectuait des visites régulières tandis que des structures ne bénéficiaient d'aucun lien avec un médecin généraliste et ne consultaient que dans des permanences médicales.

Au regard de ces résultats malgré tout rassurants, nous pouvons nous questionner sur le contenu du bilan d'entrée, de sa qualité ainsi que de son rôle dans l'identification des besoins des enfants.

Nous avons mis en évidence que les enfants protégés subissent également des inégalités d'accès secondaire aux soins. En effet, même si ces enfants semblent majoritairement entrer dans un parcours de soins lors de leur arrivée dans la structure, des difficultés persistent dans le suivi et la continuité du parcours de soins durant le placement. Ces difficultés affectent la pertinence des soins apportés aux enfants et interviennent à plusieurs niveaux. Elles concernent les moyens dont dispose les professionnels de l'ASE dans leurs structures et ceux présents sur le territoire mais aussi la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués. Les professionnels ont rapporté un manque de moyens humains dans les structures touchant à la fois le personnel éducatif et le personnel médical. Le manque d'éducateurs complique l'organisation de l'accompagnement des enfants aux rendez-vous médicaux. Il existe également une inégalité en

termes de présence de professionnels de santé dans les structures. En effet, toutes les structures ne bénéficient pas de la présence d'une IDE ou d'un psychologue pour effectuer des soins au plus près des enfants. De plus, les structures bénéficiant d'un lien privilégié avec un médecin généraliste sont encore moins nombreuses. Cela impacte l'organisation et la gestion des soins des enfants et nous avons observé sans surprise que les structures étant dotées de professionnels de santé rattaché aux structures sont celles qui fonctionnent le mieux.

Les professionnels des structures sont également confrontés à une offre de soins insuffisante sur le territoire avec des délais d'attente très importants et une pénurie de professionnels de santé notamment dans des spécialités essentielles pour répondre aux besoins spécifiques des enfants confiés (santé mentale, orthophonie, psychomotricité...). Aussi, il existe un manque important de places dans les structures de prise en charge du handicap tel que les IME ou les ITEP et il arrive que des enfants vivent plusieurs années dans des structures non adaptées. Ainsi nous avons pu mettre en exergue l'incapacité du système de santé à répondre de façon adaptée et suffisante aux besoins de ces enfants. Les professionnels des structures tentent d'identifier des professionnels de santé sensibilisés et ne refusant ni la CMU ni l'avance de frais afin de constituer leurs propres réseaux de soins, souvent grâce à des réseaux personnels. La réalisation de la cartographie nous a permis de mettre en évidence la constitution de ces réseaux de soins notamment par les structures bénéficiant de la présence d'une IDE et celles se trouvant dans la ville de Marseille.

Nous avons également observé de grandes difficultés de coordination de l'ensemble des acteurs autour de la prise en charge des besoins en santé de ces enfants causée en partie, d'après les professionnels interrogés et d'après mes observations, par une différence de temporalité et de culture entre le monde de l'éducatif et celui du sanitaire. Cela mène à une absence de langage commun et ainsi à des professionnels qui ne se comprennent pas ou qui ne priorisent pas de la même façon les différentes dimensions de la prise en charge des besoins de l'enfant. Cela a été particulièrement rapporté par les IDE qui sont confrontées quotidiennement à cette problématique au sein des structures et qui pour plusieurs d'entre elles peinent à trouver leur place au sein des équipes éducatives.

Enfin nous avons soulevé les difficultés liées à la place des parents dans la santé de leurs enfants et des représentations de la santé des enfants. Les parents ont une place importante dans la santé de leurs enfants puisqu'ils doivent signer des autorisations parentales pour certains soins lorsque leur autorité parentale est préservée. Cependant tout un travail de sensibilisation et d'implication doit être fait puisqu'ils n'ont souvent pas investi la santé de leur enfant avant le placement comme cela en témoigne l'absence fréquente d'historique en santé des enfants.

Les signatures d'autorisations d'actes de soins comme la délivrance du carnet de santé peuvent constituer des moyens d'opposition des parents et jouer en défaveur de l'enfant qui a pourtant été retiré de son milieu familial pour que ses besoins non satisfaits jusqu'ici puissent l'être. Il existe ici une incohérence, au carrefour entre les droits des enfants et des parents. Heureusement des solutions de recours existent en cas d'opposition nuisant à l'intérêt de l'enfant mais encore une fois ces démarches viennent freiner la prise en charge de l'enfant.

En parallèle, les enfants ont souvent peu été en contact avec le monde médical et peu éduqués à la santé avant leur placement. Ainsi leurs représentations de la santé sont souvent négatives et ils arrivent fréquemment qu'ils craignent les soins, qu'ils les rejettent ou qu'ils banalisent les comportements à risque et néfastes pour leur santé en grandissant.

Nous avons synthétisé l'ensemble de ces difficultés dans un « arbre à problèmes » (cf. Annexe 8) qui nous a permis ensuite de construire en miroir un « arbre d'objectifs » (cf. Annexe 9) dressant une liste non exhaustive d'objectifs à réaliser pour améliorer la santé des enfants confiés. Ce dernier s'inspire à la fois des propositions faites par les expérimentations PEGASE et Santé Protégée mais également des difficultés spécifiques au territoire des BDR ou encore des ressources identifiées pendant notre étude. PEGASE et Santé Protégée répondent notamment aux problématiques de coordination des parcours de soins avec la création d'une cellule de coordination au niveau macro ainsi que la mise en place d'un outil numérique de coordination. Elles répondent aussi au manque d'implication et de sensibilisation des professionnels de santé en proposant de revaloriser les consultations médicales (mesure généralisée au niveau national depuis le printemps 2022) et de leur mettre à disposition des échelles de développement adaptées à chaque âge de l'enfant. Par ailleurs le forfait annuel par enfant qu'elles proposent peut permettre de palier aux dépenses financières importantes de soins effectuées par les structures et ainsi d'éviter les renoncements aux soins non remboursés.

Cependant, préalablement à la mise en place de ces actions, il semble essentiel de résoudre les difficultés d'accès primaire aux soins et notamment d'ouverture des droits des enfants afin que leur entrée dans un parcours de soins puisse être optimale dès leur arrivée dans la structure.

Il semble également essentiel que chaque structure bénéficie de la présence d'un professionnel de santé (IDE, psychologue...) chargé de la coordination au niveau micro des soins. De plus nous avons montré que l'existence d'un lien privilégié avec un médecin généraliste est indispensable et notamment si ce dernier peut se rendre dans la structure de façon régulière afin de suivre l'ensemble des enfants. L'important est de recentrer la prise en charge au plus près du lieu de vie de l'enfant et de développer des structures « d'aller-vers » comme cela est prévu par la Stratégie nationale de santé 2018-2022. L'équipe mobile EMI-ECO est un exemple de

dispositif « d'aller vers » pour la prise en charge en santé mentale. Aussi il est important de s'appuyer sur les dispositifs de coordination (CPTS, MSP, centres de santé et plus récemment les DAC) afin d'organiser un véritable parcours coordonné autour des lieux de vie en lien avec le professionnel de santé coordinateur ainsi que le médecin généraliste référent.

Enfin, il est absolument indispensable de sensibiliser et d'impliquer l'ensemble des acteurs au plus proches des enfants, notamment les parents, les enfants eux-mêmes et les éducateurs afin que la santé prenne une place primordiale dans la prise en charge des enfants. L'idée est de mettre les actions de prévention, ciblée comme non ciblée, ainsi que la promotion de la santé au centre de leur prise en charge en s'inspirant par exemple des PJJ promotrices de santé et en apportant une attention particulière au développement des compétences psycho-sociales, qui ont été mises en avant par l'instruction interministérielle du 19 août 2022 relative au développement des compétences psychosociales. L'enjeu est de donner plus de place aux enfants dans les décisions concernant leur santé en les rendant acteurs de leur santé puis de leur apprendre à prendre soins d'eux afin qu'ils puissent tendre vers une trajectoire de vie résiliente.

Tout au long de cette étude nous avons *démontré* que la vulnérabilité due à l'exposition à l'adversité ne permet pas à elle seule d'expliquer l'écart de santé de ces enfants mais qu'elle constitue une « méta vulnérabilité ». C'est-à-dire qu'en miroir du « méta-besoin » de sécurité dont la satisfaction est indispensable pour celle des autres besoins, la « méta-vulnérabilité » est le point de départ de l'émergence de multiples autres vulnérabilités. Si l'enfance constitue en elle-même une période de la vie de l'individu particulièrement vulnérable, les enfants confiés cumulent de nombreuses autres vulnérabilités. Au-delà de la vulnérabilité psychologique et somatique que l'exposition à l'adversité entraînent, le statut particulier et la situation de placement de l'enfant constitue une vulnérabilité sociale le soumettant à de nombreuses inégalités sociales de santé comme nous avons pu le démontrer. Enfin, l'accumulation de ces vulnérabilités conduit à une « vulnérabilité en santé », car comme l'explique Mann les inégalités sociales ont, outre leurs conséquences directes sur l'accès aux soins et à la prévention, un impact indirect sur la santé, en constituant des inégalités de capacité à contrôler sa vie. »<sup>105</sup>

L'enjeu de la protection de l'enfance et du système de santé est d'amener ces enfants aux multiples vulnérabilités, sur le chemin de la résilience en leur proposant une prise en charge étayante et soutenue. Comme l'exprime Françoise Laborde et Michèle Créoff dans leur ouvrage publié en 2021 intitulé Les indésirables. Enfants maltraités : les oubliés de la République : « *Il*

---

<sup>105</sup> Heard, M. (2011). Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH. Dans : , G. Pialoux, J. Ameisen, D. Defert, G. Brückner & M. Heard (Dir), *Les défis actuels de la santé publique* (pp. 121-145). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

*faut qu'on sorte d'un modèle où on considère que l'enfant est protégé parce qu'il est "placé" ailleurs. Il ne faut pas se contenter de "mettre à l'abri" (...) Il faudrait surtout lui offrir l'espoir de s'en sortir, le pousser à réaliser ses rêves. »* La résilience est un concept médiatisé par Boris Cyrulnik<sup>106</sup> qui s'est lui-même inspiré de Bowlby, premier a insisté dans les années 50 sur le rôle de l'attachement dans la genèse de la résilience.<sup>107</sup> Boris Cyrulnik parle de tuteur de résilience car il explique que :

La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui... Il est surtout question de transactions, d'interactions entre celui qui souffre et son environnement. Ce n'est qu'en prenant appui sur des ressources externes que les ressources internes d'un individu peuvent se mobiliser, croître et s'enrichir.<sup>108</sup>

Un parallèle peut être fait entre la promotion de la santé et la résilience puisque selon Corinne Roehrig, ces deux révolutions ont une éthique commune, l'éthique relationnelle<sup>109</sup> qui est « *la responsabilité d'une personne vis-à-vis d'une autre, c'est le fait de prendre l'autre en compte.* »<sup>110</sup>

Ainsi, la visée éthique est de tendre vers un « prendre soin » global de ces enfants dans une démarche de « bien-traitance » en accord avec la déclaration de Marie-Jeanne Reichen, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans « l'opération pouponnière » en 1997 : « *La bienveillance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité.* »<sup>111</sup>

Ce travail répondait initialement à une demande du CD13 et elle a permis de proposer des pistes d'actions. J'ai pu par la suite présenter ma thèse aux inspecteurs enfance-famille du 13 puis à l'ODPE et bientôt à l'URIOPSS au même moment où le CD13 a accepté la contractualisation avec l'Etat et a pour projet de mettre en place une cellule de coordination de la santé des enfants confiés. La cartographie que j'ai réalisé dans le cadre de ce travail sera prochainement diffusée aux IDE des structures d'accueil et mises en commun avec un répertoire des professionnels de la santé mentale réalisé par la référente santé mentale à l'ASE. J'espère que par la suite elle pourra être diffusée à l'ensemble des professionnels de santé apparaissant

---

<sup>106</sup> Cyrulnik, B. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Desclée De Brouwer, coll. Hommes et perspectives.

<sup>107</sup> Bowlby, J. (1992). « *Continuité et discontinuité : vulnérabilité et résilience* ». Devenir.

<sup>108</sup> Cyrulnik B. (2003). *Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience*. La résilience ou comment renaître de sa souffrance. Paris : éditions Fabert. 23-43.

<sup>109</sup> Corinne Roehrig. 2015. La santé en action. N°431. L'éducateur en promotion de la santé, un tuteur de résilience ?

<sup>110</sup> Michard, P. (2005). *Qu'est-ce que l'éthique relationnelle ? Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. Paris : De Boeck Supérieur. 362 p

<sup>111</sup> Comité de pilotage de « L'opération pouponnières ». (1997). L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, 1997.



sur la carte afin d'initier la création d'un véritable réseau de santé au niveau départementale, ancrant d'autant plus la dynamique partenariale territoriale.

Par ailleurs il serait intéressant de poursuivre la recherche-action auprès des familles d'accueil afin d'enrichir le réseau de soins et d'identifier les pratiques et les difficultés rencontrées lors d'un placement individuel et de les comparer avec celles rencontrées par les structures collectives. Qu'en est-il du placement en famille d'accueil ? On pourrait penser que le placement individuel en famille d'accueil est de meilleure qualité mais est-ce que les assistants familiaux plus isolés ne rencontrent pas d'autres difficultés ?



---

## Bibliographie

---

Agence Régionale de Santé PACA. (2017). Projet régional de santé 2018-2023. Consulté le 23 mars 2022 sur <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/projet-regional-de-sante-2018-2023-0?parent=5278>

Agences Régionales de Santé. (2016). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Lexique des parcours de A à Z. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

Alla, F. (2016). La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ?. *Santé Publique*, vol. 28(6), 717-720.

Alliance pour des communautés en santé. (s.d.). *Modèle de santé et de bien-être*. <https://www.allianceon.org/fr/modele-de-sante-et-de-bien-etre>

ANESM. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_bientraitance.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf)

Antonovsky, A. (1993). The structures and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, vol. 36, p. 725-733

Arnaud-Melchiorre, G. (2022). *A (h)auteur d'enfants*. Rapport de la Mission La parole aux enfants. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_a\\_h\\_auteur\\_d\\_enfant\\_agm\\_04012022.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_a_h_auteur_d_enfant_agm_04012022.pdf)

Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance. ([JORF n°0179 du 3 août 2019](#)).

Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. ([JORF n°0224 du 25 septembre 2021](#)).

Arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. ([JORF n°0300 du 26 décembre 2021](#)).

Article 51 de la [LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018](#). ([JORF n°0305 du 31 décembre 2017](#)).

Article 372 du Code Civil

Article 375 du Code Civil

Article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. ([JORF n°0063 du 15 mars 2016](#)).

Article L.119-1 du Code de l'action sociale et des familles. LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. ([JORF n°0032 du 8 février 2022](#))

Article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale

Article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles

Balençon, M. (2020). *Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé*.

Baudier A., & Céleste B. (2019). *Le développement affectif et social du jeune enfant* (3<sup>ème</sup> éd.). Dunod.

Binet, E. (2020). Répression des pleurs comme traumatismes relationnels précoces. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100139>

Blanchet, A. & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2<sup>ème</sup> édition).

Bowlby, J. (1992). « Continuité et discontinuité : vulnérabilité et résilience ». Devenir.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press, 348 p.  
[https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie\\_bronfenbrenner\\_the\\_ecology\\_of\\_human\\_developbokos-z1.pdf](https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf)

Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., et al. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the Child welfare System : A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7):e2622.  
<https://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002622>

CAF. (2017). *Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse*.  
<https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/891/guide%20diagnostic%20site%20web.pdf>

Catroux, M. (2002). *Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique*. <https://doi.org/10.4000/apliut.4276>

Chambre régionale des comptes PACA. (2020). *Enquête sur la politique de protection de l'enfance mise en œuvre par le département des Bouches-du-Rhône*.  
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/PAR2020-1595.pdf>

Collège national des universitaires en psychiatrie. (2016). *Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie* (2<sup>ème</sup> éd.). Tours, France: Presses universitaires François Rabelais.

Conseil constitutionnel. (1946). *Préambule de la Constitution de 1946*. [https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/2019-03/20190307\\_preambule\\_constitution\\_1946.pdf](https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/2019-03/20190307_preambule_constitution_1946.pdf)

Conseil Départemental Consultatif du Développement social du Nord. (2017). *Le Développement social local, une démarche en 23 principes d'action*.  
<https://lenord.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dsl.pdf>

Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. <https://www.departement13.fr>

Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2016). *Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2016-2020*.  
[https://www.departement13.fr/fileadmin/user\\_upload/ConseilGeneral/SchemaDepartementaux/Document/Schema-enfance-famille%202016-2020.pdf](https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/ConseilGeneral/SchemaDepartementaux/Document/Schema-enfance-famille%202016-2020.pdf)

Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2021). *Livret des établissements d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance* (version 2021).

Corinne Roehrig. 2015. La santé en action. N°431. L'éducateur en promotion de la santé, un tuteur de résilience ?

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE.

Cyrulnik, B. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Desclée De Brouwer, coll. Hommes et perspectives.

Cyrulnik B. (2003). *Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience*. La résilience ou comment renaître de sa souffrance. Paris : éditions Fabert. 23-43.

Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles. ([JORF n°0261 du 9 novembre 2016](#)).

Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. ([JORF n°0068 du 20 mars 2021](#)).

Défenseur des droits. (2015). *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*.  
[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae\\_2015\\_accessible.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf)

Défenseur des droits. (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*.  
[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21\\_01access.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf)

Delage, M. (2015). Le système scolaire, les apprentissages et l'attachement : La place de l'enseignant comme base de sécurité. *Thérapie Familiale*, vol. 36(4), 363-376. doi:10.3917/tf.154.0363

De Montaigne, L., Bernard, O., Da Fonseca, D., Gaudart, J., Richardson, A., Soffer, M., Chabrol, B., Dubus, J-C., Bosdure, E. (2014). *Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône : regard social et médical sur les orientations à la Maison Départementale des Personnes Handicapées*. [Thèse de Médecine]. Université d'Aix-Marseille (France).

De Singly, F., Wissnia-Weil, V. (2015). *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent*.

[https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dp\\_enfance\\_ado\\_web.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dp_enfance_ado_web.pdf)

[Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. \(s.d.\). Protection maternelle et infantile.](#) Consulté le 27 janvier 2022 sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile#:~:text=Le%20service%20de%20protection%20maternelle,m%C3%A8re%20et%20de%20l'enfant.>

[Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. \(s.d.\). Résultats 2019 sur les mesures d'aide sociale départementale et les dépenses associées.](#) Consulté le 12 mars 2022 sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/resultats-2019-sur-les-mesures-daide-sociale-departementale-et-les-depenses>

[Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. \(2017\). L'état de santé de la population en France.](#) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referenc/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

[Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. \(2020\). Fiche 24 - Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance. L'aide et l'action sociale en France.](#) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l%E2%80%99aide%20sociale%20%C3%A0%20l%E2%80%99enfance.pdf>

Dourgnon, P., Jusot, F., Fantin, R. (2012). *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé*. <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT47EtudeImpactRenoncementFinancierSoinsEtatSante.pdf>

Duboc, A. (2012). Protection ou salutogénèse. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*: 2ème édition (pp. 254-256). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsiforma.2012.01.0254>

Dugravier, I. & Barbey-Mintz, A. (2015). *Origines et concepts de la théorie de l'attachement*. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>.

Dumaret, A., et al. (2011). Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5):289-298. [https://doi:10.1016/j.neurenf.2011.01.003](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.01.003)

Einaudi, M., Bernard, O. & Tardieu, S. (2019). Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. *Santé Publique*, 31, 347-355. <https://doi.org/10.3917/spub.193.0347>

Epipage 2. Consulté le 29 mars 2022 sur, <https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite/241-l-etude-epipage-2>

Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin*. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche\\_acces\\_sante\\_et\\_sens\\_du\\_soin\\_rapport\\_final\\_juin2016.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf)

Fang, X., Brown, D.S., Florence, C.S., Mercy, J.A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl.* 2012 Feb;36(2):156-65. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.10.006. Epub 2012 Feb 1. PMID: 22300910; PMCID: PMC3776454.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., et al. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14:245–258.

Fianu, A., Villeval, M., Naty, N., Favier, F. & Lang, T. (2017). Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle *fonctions clés/implémentation/contexte* à un programme de prévention du diabète. *Santé Publique*, 29, 525-534. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0525>

Gilbert, R., Widom, C-S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Jason, S. (2009). *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. *Lancet*, 373 (9657). Pages 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

Gingras, J., Mitchell, E.A., Grattan, K.E. (2005). *Fetal homologue of infant crying Archives Of Disease In Childhood – Fetal and Neonatal*, 90 (5), pp. 415-418

GIP Enfance en Danger – Snated. (s.d.). *Bilan relatif à l'activité du 119 Période de confinement du 18 mars au 10 mai 2020*. <https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/actualites/etude-confinement-119-20mai2020.pdf>

Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L. & Jégo, M. (2018). L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique*, 30, 349-359. <https://doi.org/10.3917/spub.183.0349>

Harris Interactive. (2017). *La maltraitance des enfants*. <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2017/11/rapport-harris-interactive-matraitance-enfants-Enfant-bleu-2.pdf>

Haute Autorité de Santé. (2021). *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe\\_psy\\_mel\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf)

Haute Autorité de Santé. (2021). *Le cadre national de référence : Evaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre\\_national\\_de\\_reference\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_synthese.pdf)

HCSP. (2000). *Qu'appelle-t-on système de soins ? Organisation, décision et financement du système de soins*. adsp n° 33 décembre 2000. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=62>

Heard, M. (2011). Vulnérabilité en santé : du concept à l'action, l'exemple du VIH. Dans : , G. Pialoux, J. Ameisen, D. Defert, G. Brücker & M. Heard (Dir), *Les défis actuels de la santé publique* (pp. 121-145). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Heim, CI, Young, L.J., Newport, D.J., et al. (2009). Lower CSF Oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry*. 2009; 14:954-58.

Hugon, M.A. & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, Recherches action : Le cas de l'éducation*. De Bœck Université.

HUMANIS & ASAH. (2014). Guide Montage de projet, Arbre à problème, slide 17. <https://fr.slideshare.net/assoasah/guide-montage-projet>

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Bourgogne. (2014). Compétences psychosociales et promotion de la santé. *Dossiers techniques n°5*. Page 5. [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier\\_techniques\\_competences\\_psychosociales.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_techniques_competences_psychosociales.pdf)

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé et Observatoire Régional de la santé des Pays de la Loire. (2008). *Repères pour agir en promotion de la santé n° 2*. [https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=12791](https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12791)

Instruction N° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2022/61 du 18 février 2022 relative à la contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance pour l'exercice 2022.

Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. (NOR : SSAH2132971J).

[La Documentation Française](#). (2021). *La protection sociale* (2<sup>ème</sup> édition).



Lanouziere, H., Legrand-Jung, B., Thomas, F., Bouysse, V. (2018). *Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance*. Tome 1. Paris: IGAS; 2019.  
[https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047R-TOME\\_1.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047R-TOME_1.pdf)

Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse: Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375>

Le Laidier, S. (2017). *Les enfants en situation de handicap*. Éducation & formations, DEPP.  
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01760773/document>

LOI n° 87-570 du 22 juillet 1987 sur l'exercice de l'autorité parentale. (NOR : PRMX8700091L).

LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. (JORF du 5 mars 2002).

LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. ([JORF n°185 du 11 août 2004](#)).

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (NOR : SANX0300217L).

LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. ([JORF n°55 du 6 mars 2007](#)).

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. ([JORF n°0022 du 27 janvier 2016](#)).

LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. ([JORF n°0063 du 15 mars 2016](#)).

LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. ([JORF n°0032 du 8 février 2022](#))

Lombrail P. (2000). *Accès aux soins*. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte. p. 403–18.

Lombrail, P. (2007). *Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Volume 55. Pages 23-30.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.002>.

Lopez, A. & Bréchat, P. (2016). *La planification en santé : un essai à transformer*. Les Tribunes de la santé, 50, 93-111. <https://doi.org/10.3917/seve.050.0093>

Lurie N. (1997). Studying access to care in managed care environments. Health Serv Res.

Marchand Buttin, F. (2016). Devenir pjj promotrice de santé: De rencontres en rencontres. *Les Cahiers Dynamiques*, 70, 6-17. <https://doi.org/10.3917/lcd.070.0006>

Martin-Blachais, M-P. (2017). *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf)

Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Médecins du monde. (2016). Planification de projets de santé. *Promotion de la santé et action humanitaire*. Page13.

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/40115/download?token=ouRRwlew>

Michard P. (2005). *Qu'est-ce que l'éthique relationnelle ? Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. Paris : De Boeck Supérieur. 362 p

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour agir.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde). Consulté le 28 janvier 2022 sur

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/nouvelle-perspective-sante-canadiens-rapport-lalonde.html>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Pacte pour l'enfance*. Consulté le 2 mars 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Protection de l'enfance*. Consulté le 28 mars 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012). *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. [https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES\\_-ENFANTS\\_2017-2019.pdf](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_acte\\_usuels.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Ma Santé 2022 : un engagement collectif. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *En finir avec les sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Aide sociale à l'enfance : 5 engagements retenus pour en finir avec les sorties non accompagnées*. Consulté le 23 janvier 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/en-finir-avec-les-sorties-seches-de-l-aide-sociale-a-l-enfance-ase>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_de\\_prevention\\_et\\_protection\\_de\\_l'enfance\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l'enfance_vf.pdf)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Le dispositif Paerpa*. Consulté le 28 mars 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Les réseaux de santé*. Consulté le 20 février 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Parcours de santé, de soins et de vie : une approche globale au plus près des patients*. Consulté le 20 janvier 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Qu'est-ce que le parcours de soins ?* Consulté le 20 janvier 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Système de santé, médico-social et social : pour une prise en charge globale de la personne*. Consulté le 14 mars 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (2001). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. [http://odas.net/IMG/pdf/200105\\_Guide\\_methodo\\_Enfance\\_en\\_danger\\_2001.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf).

Observatoire national de la protection de l'enfance. (s.d.). *Affiche sur le dispositif de protection de l'enfance*.

[https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/panneau\\_a4\\_2.pdf](https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/panneau_a4_2.pdf)

Observatoire national de la protection de l'enfance. (2021). *Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019*.

[https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_chiffres\\_cles\\_annee2019\\_0.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf)

OMS. (1946). *Constitution de l'OMS*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

OMS. (1983). *Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins primaires : document de fond destiné aux discussions techniques*. 32 p.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192623/WHA36\\_TD-1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192623/WHA36_TD-1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

OMS. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO\\_MNH\\_PSF\\_93.7A\\_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*.

[https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf)

OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf)

OMS. (2007). *Early Child Development : A Powerful Equalizer*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69729/a91213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2017). *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2018). *Santé mentale : renforcer notre action*. Consulté le 18 mars 2022 sur

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (2020). *Maltraitance des enfants*. Consulté le 23 mars 2022 sur

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

ONU. (2015). *Coûts économiques de la violence contre les enfants*. Consulté le 10 mars 2022 sur [https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic\\_costs\\_of\\_vac\\_viewpoint](https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic_costs_of_vac_viewpoint)

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Peyron, M. (2019). Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

Potin, E. (2012). *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*. Toulouse: Érès.

Préfet de la région PACA. (2021). Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. *Bilan 2020 et perspectives en PACA*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_d\\_etape\\_paca\\_2020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_d_etape_paca_2020.pdf)

Prevoteau, V. & Groseil, M. (2020). Santé des adolescents confiés à l'aide sociale à l'enfance : spécificités par rapport aux adolescents de la population générale en Ille-et-Vilaine. [Thèse de médecine]. Université Bretagne Loire.

Prigent, A., Vinet, M.A., Michel, M., Rozé, M., Riquin, E., Duverger, P., Rousseau, D., Chevreur, K. (2021). The cost of child abuse and neglect in France: The case of children in placement before their fourth birthday. *Child Abuse Negl.* 2021 Aug;118:105129. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105129>. Epub 2021 May 28. PMID: 34058479.

PromoSanté Ile-de-France. (2017). *Introduction à la méthodologie de projet*. <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/introduction-la-methodologie-de-projet>

Raimondeau, J. (2020). *Manuel de santé publique*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Rapoport, D. (2006). *La bien-traitance envers l'enfant*. Paris: Belin, p. 20.

Région Provence-Alpes-Côte-D'Azur. (2021). Cadre d'intervention. Kit de lutte contre les déserts médicaux. [https://www.maregionsud.fr/fileadmin/user\\_upload/Kit\\_de\\_\\_serts\\_me\\_\\_dicaux.pdf](https://www.maregionsud.fr/fileadmin/user_upload/Kit_de__serts_me__dicaux.pdf)

Roth, B., Einaudi, M., Tardieu, S. & Bernard, O. (2021). Évaluation des pratiques d'un dispositif de prévention des vulnérabilités périnatales : les staffs médico-psychosociaux. *Périnatalité*, 13, 173-182. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0113>

Rousseau, D. & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 50, 127-137. <https://doi.org/10.3917/ep.050.0127>

Rousseau, D., Riquin, E., Rozé, M., Duverger, P. & Saulnier, P. (2016). Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*, 343-374. <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343>

Susman, G. (1983). *Action Research : A Sociotechnical Systems Perspective*. G. Morgan (ed). London : Sage Publications.

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188.  
<https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Vie publique. (2022). *Loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants*. Consulté le 12 janvier 2022 sur <https://www.vie-publique.fr/loi/280364-loi-taquet-7-fevrier-2022-protection-des-enfants-ase>

Whitehead, M., Dahlgren G. (1991). What can we do about inequalities in health ? *The lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.). DOI: [10.1016/0140-6736\(91\)91911-d](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-d)

---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1</b> : Tableau III. Caractéristiques des structures d'accueil bénéficiant de la présence d'IDE.....	p1
<b>Annexe 2</b> : Tableau IV. Caractéristiques des structures d'accueil ne bénéficiant pas de la présence d'IDE.....	p2
<b>Annexe 3</b> : Tableau V. Description des professionnels interrogés par structure.....	p3
<b>Annexe 4</b> : Questionnaire exploratoire utilisé dans le cadre de l'étude.....	p4
<b>Annexe 5</b> : Guide d'entretien utilisé dans le cadre de l'étude.....	p9
<b>Annexe 6</b> : Tableau VI. Thèmes principaux émergents de l'analyse qualitative du questionnaire.....	p13
<b>Annexe 7</b> : Aperçu de la carte MyMaps des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des enfants confiés à l'ASE dans les Bouches-du-Rhône.....	p14
<b>Annexe 8</b> : Graphique 2. « Arbre à problèmes ».....	p15
<b>Annexe 9</b> : Graphique 3. « Arbre d'objectifs ».....	p16

### **Annexe 1 : Tableau III. Caractéristiques des structures d'accueil bénéficiant de la présence d'IDE**

<b>Structure N°</b>	<b>Public hébergé</b>	<b>Répartition des enfants par groupe ou foyer</b>	<b>Equipe éducative par groupe ou foyer</b>	<b>Professionnel(s) de santé rattaché(s) à la structure</b>
<b>Structure 1</b>	71 enfants de 2 à 18 ans et jeunes majeurs	7 groupes de 10 enfants (en fonction de l'âge) et plusieurs studios pour les jeunes majeurs.	4 éducateurs à temps plein et 1 éducateur temps partiel (excepté chez les très grands : 2 éducateurs) et 1 maitresse de maison.	1 psychologue à temps partiel ; 1 IDE à temps plein.
<b>Structure 2</b>	62 enfants de 3 à 18 ans et jeunes majeurs	5 groupes de 10 enfants (en fonction de l'âge) et plusieurs studios pour les jeunes majeurs.	4 à 5 éducateurs (2 éducateurs pour les jeunes majeurs) et 1 maitresse de maison	1 psychologue à temps partiel ; 1 IDE à temps partiel.
<b>Structure 3</b>	119 enfants de 3 à 18 ans et jeunes majeurs	11 groupes de 8 enfants (en fonction de l'âge) ; services de semi-autonomie et autonomie pour les grands mineurs et les jeunes majeurs ; service d'accueil d'urgence pour 10 enfants âgés de 11 à 17 ans	4 éducateurs et 1 maitresse de maison	1 temps plein de psychologue partagés par 3 psychologues ; 1 IDE à temps plein.
<b>Structure 4</b>	299 enfants de 0 à 18 ans (196 en hébergement, 70 MNA)	12 foyers (dont la pouponnière) et un pôle d'accueil de MNA	Pas d'information	3 foyers spécifiques (dont pouponnière) dans lesquels il y a la présence d'IDE, 1 IDE temps plein coordinatrice sur les autres foyers ; Psychologues à temps partiel dans plusieurs foyers.
<b>Structure 5</b>	239 enfants de 3 à 18 ans et jeunes majeurs : 65 en hébergement répartis à Aix (40) et Marseille (25)	6 groupes d'environ 10 enfants	5 éducateurs	1 IDE temps plein, 1 psychologue à temps partiel
<b>Structure 6</b>	25 enfants de 0 à 3 ans	5 unités d'accueil : 4 unités de 6 nourrissons et 1 unité de 5 nouveau-nés	Pas d'information	1 équipe relais constituée de 5 infirmières puéricultrices et de 12 auxiliaires de puériculture ; 1 pédiatre présent 2 demi-journées par semaine ; 1 psychologue à temps partiel



**Annexe 2 : Tableau IV. Caractéristiques des structures d'accueil ne bénéficiant pas de la présence d'IDE**

<b>Structure N°</b>	<b>Public hébergé</b>	<b>Répartition des enfants par groupe ou foyer</b>	<b>Equipe éducative par groupe ou foyer</b>	<b>Professionnel(s) de santé rattaché(s) à la structure</b>
<b>Structure 7</b>	54 enfants de 0 à 18 ans en hébergement	5 foyers	8 éducateurs	Aucun
<b>Structure 8</b>	8 enfants de 3 à 21 ans en hébergement (dont enfants en situation de handicap)	NA	9 éducateurs, 1 maîtresse de maison, 1 animateur, 1 moniteur éducateur, 3 éducateurs spécialisés et 2 assistants éducatifs et sociaux (AES)	Aucun
<b>Structure 9</b>	8 adolescentes âgées de 14 à 18 ans en très grande difficulté	NA	5 éducateurs	1 psychologue à temps partiel
<b>Structure 10</b>	33 jeunes filles âgées de 12 à 18 ans et jeunes majeures	4 groupes de 5 à 8 enfants et plusieurs studios	Pas d'information	1 psychologue à temps partiel
<b>Structure 11</b>	100 enfants de 18 mois à 18 ans et jeunes majeurs	Foyer de Marseille : 68 enfants répartis en 6 groupes de 5 à 10 enfants  Foyer d'Aix : 32 enfants de 3 à 16 ans répartis en 4 groupes	Marseille : 3 éducateurs et 1 maitresse de maison (excepté pour le groupe de 10 enfants âgés de 18 à 36 mois encadrés par 6 personnels éducatifs, 4 surveillants de nuits et 2 maitresses de maison).  Aix : 5 éducateurs et 1 maitresse de maison	Marseille : 1 médecin traitant rattaché à la structure présent 1 demi-journée par semaine assisté par 1 secrétaire pédagogique et médicale ; 1 psychologue à temps partiel  Aix : 1 Neuropsychologue à temps partiel

### Annexe 3 : Tableau V. Description des professionnels interrogés par structure

Structure N°	Type d'entretien	Type de structure	Pôle inspecteur	Professionnels interrogés (dénomination)	Expériences antérieures et/ou formation initiale des professionnels interrogés
<b>Structure 1</b>	Individuel	MECS	Marseille	IDE à temps plein depuis 4 ans ( <b>IDE1</b> )	Formation initiale : auxiliaire puéricultrice 1 <sup>er</sup> poste en protection de l'enfance
<b>Structure 2</b>	Individuel	MECS	Marseille	IDE à temps partiel depuis 8 ans ( <b>IDE2</b> )	Expériences antérieures : milieu humanitaire et hospitalier 1 <sup>er</sup> poste en protection de l'enfance
<b>Structure 3</b>	Individuel	MECS (avec activité d'accueil en urgence)	Marseille	IDE à temps plein depuis 2 ans ( <b>IDE3</b> )	Expérience antérieure : milieu hospitalier en service d'urgences pédiatriques 1 <sup>er</sup> poste en protection de l'enfance
<b>Structure 4</b>	Individuel	Foyer d'urgence	Marseille	IDE à temps plein depuis 13 ans ( <b>IDE4</b> )	Expériences antérieures : IDE puéricultrice à la pouponnière des BDR ; services adultes du secteur hospitalier (réanimation, urgences, oncologie).
<b>Structure 5</b>	Individuel	MECS	Aix-en-Provence	IDE à temps partiel depuis 35 ans ( <b>IDE5</b> )	Pas d'information
<b>Structure 6</b>	Collectif	Foyer d'urgence (pouponnière)	Marseille	Directrice ( <b>Poup1</b> ), IDE puéricultrice ( <b>Poup2</b> ), IDE ( <b>Poup3</b> ) et 1 stagiaire cadre ( <b>Poup4</b> ).	<u>Directrice</u> Formation initiale : éducatrice spécialisée <u>Stagiaire cadre</u> Expérience antérieure : référente ASE
<b>Structure 7</b>	Individuel	Foyer d'urgence	Aix-en-Provence	Directeur depuis 1 an ( <b>Dir1</b> )	Formation initiale : psychologue Expériences antérieures : protection de l'enfance, résidence autonomie, CHRS ; direction d'un centre de santé.
<b>Structure 8</b>	Individuel	MECS	Aix-en-Provence	Directeur depuis 6 ans ( <b>Dir2</b> )	Expériences antérieures : chef de service dans une autre MECS et éducateur spécialisé à la DIMEF pendant 11 ans.
<b>Structure 9</b>	Individuel	MECS (unité d'adolescentes avec double habilitation ASE/PJJ)	Marseille	Cheffe de service dans l'unité depuis 4 ans ( <b>Cds</b> )	Formation initiale : conseiller en économie sociale et familiale (CESF). Expériences antérieures : 18 ans sur des postes éducatifs dans différents services de MECS (PAD, jeunes majeurs, coordination...)
<b>Structure 10</b>	Collectif	MECS	Marseille	Directeur depuis 5 mois ( <b>Dir3</b> ) et psychologue à temps plein depuis 3 mois ( <b>Psy</b> )	<u>Directeur</u> Formation initiale : éducateur spécialisé Expériences antérieures : postes de terrain et de direction en MECS.
<b>Structure 11</b>	Individuel	MECS	Marseille	Directeur depuis 9 ans ( <b>Dir4</b> )	Formation initiale : éducateur spécialisé Expériences antérieures : direction dans une autre MECS.

## Annexe 4 : Questionnaire exploratoire utilisé dans le cadre de l'étude

### Projet autour d'un parcours de soins coordonné des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône

Chères infirmières, chers directeurs,

Nous souhaitons réaliser un état des lieux de la mise en œuvre du parcours de soins et de la prise en charge actuelle de la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans les MECS et les foyers d'urgence des Bouches-du-Rhône. Notre objectif est de constituer un répertoire et une cartographie des professionnels de santé et des centres médicaux avec lesquels votre structure est en lien dans le cadre du parcours de soins et de la prise en charge en santé des enfants confiés ainsi que d'explorer les pratiques et les difficultés liées à la prise en charge en santé des enfants confiés au sein des structures dans lesquelles vous travaillez.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 qui vise à améliorer le parcours de soins des enfants confiés.

L'enjeu est de connaître les professionnels de santé avec lesquels vous travaillez afin de les accompagner (formation, mise à disposition d'outils d'évaluation clinique, revalorisation des actes via un tarif de consultation complexe) et de connaître les pratiques et les difficultés rencontrées dans les structures d'accueil de l'ASE du territoire des BDR, afin de cheminer vers la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonné adaptée aux besoins du territoire.

Afin d'avancer dans ce projet, nous aurions besoin que vous répondiez à ce questionnaire. Nous vous demandons de renseigner le nom de votre structure et non pas le votre afin que l'anonymat de vos réponses soit préservé.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce projet.

Alice Garès, interne en médecine santé publique au sein de la DPMISP,  
Pour le Dr Einaudi, médecin référent protection de l'enfance, DPMISP, DGAS, CD13.

Q1 : Dans quelle structure de l'aide sociale à l'enfance exercez-vous ? Veuillez indiquer les coordonnées de la structure (nom et adresse).

---

Q2 : Les enfants bénéficient-ils d'un bilan médical somatique et psychologique lors de leur admission dans votre structure ?

*Une seule réponse possible.*

- Uniquement somatique
- Uniquement psychologique
- Somatique et psychologique
- Aucun

Q3 : Si un bilan d'entrée est effectué, quel est le délai entre l'admission et sa réalisation ?

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 3 mois
- Plus de 3 mois

Q4 : Par quels professionnels de santé le bilan médical d'entrée (santé physique et psychique) est-il réalisé ? Vous pouvez cocher plusieurs propositions. Si vous cochez "Autre", veuillez préciser votre réponse (professionnels hospitaliers, CAMPS, CMP, ...)

*Plusieurs réponses possibles.*

- Médecin généraliste libéral
- Médecin de Protection Maternelle et Infantile
- Médecin rattaché à votre structure
- Pédiatre libéral
- Psychiatre ou pédopsychiatre libéral
- Psychologue libéral
- Psychologue rattaché à votre structure

Autre :  \_\_\_\_\_

Q5 : Les enfants pris en charge dans votre structure ont-ils un médecin traitant déclaré ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Q6 : Afin de constituer un répertoire des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des enfants confiés, pouvez-vous lister les MÉDECINS avec lesquels vous travaillez ? Indiquez leurs coordonnées (nom, prénom, spécialité et adresse si vous en disposez).

---

---

---

---

---

Q7 : Afin de constituer un répertoire des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des enfants confiés, pouvez-vous lister les professionnels PARAMÉDICAUX avec lesquels vous travaillez ? Indiquez leurs coordonnées (nom, prénom, profession et adresse si vous en disposez).

---

---

---

---

---

Q8 : Si votre structure a passé des conventions ou si elle a des partenariats informels avec des structures de santé (centre dentaire, centre optique, maison médicale, ...), pouvez-vous les lister et indiquer leurs coordonnées (nom de la structure et adresse si vous en disposez).

---

---

---

---

---

Q9 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans la réalisation du suivi de la santé des enfants confiés ?

---

---

---

---

---

## **Annexe 5 : Guide d'entretien utilisé dans le cadre de l'étude**

Nom de la structure d'accueil :

Date :

Durée :

### **Présentation de l'interviewer :**

Bonjour, je suis interne en médecine santé publique en stage au sein de la Direction de la PMI et de la Santé Publique au Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (DPMISP). Je participe à un projet concernant le parcours de soins coordonné des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'enfance (ASE) dans les BDR. L'objectif de ce projet est de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE dans les BDR. Vous avez reçu préalablement un questionnaire à ce sujet. Ce questionnaire visait à recueillir des informations générales sur la prise en charge de la santé des enfants confiés au sein des foyers et de répertorier les professionnels de santé avec lesquels votre structure est en lien dans le cadre de la prise en charge en santé des enfants confiés à la structure. Nous avons voulu réaliser, en complément du questionnaire, des entretiens avec des professionnels de foyers afin de comprendre, à travers votre expérience, comment s'organise plus précisément le parcours de soins de ces enfants en pratique, quelle est leur prise en charge en santé et quelles difficultés vous rencontrez sur le terrain.

J'aurais besoin d'enregistrer notre conversation afin de pouvoir retranscrire l'entretien et ainsi rester le plus fidèle possible à vos propos. Les entretiens seront anonymisés et l'enregistrement sera par la suite supprimé. Est-ce que vous acceptez d'être enregistré(e) ? (Faire signer la fiche de consentement d'enregistrement audio).

### **Présentation du professionnel :**

- Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?
- Combien de jours par semaine travaillez-vous dans cette structure ?
- Avez-vous exercé dans différentes structures de l'aide sociale à l'enfance ?
- *Quelles sont vos missions principales ? comment travaillez-vous/intervenez-vous auprès des enfants accueillis dans ces structures ?*



### **Attribution médecin traitant à chaque enfant**

- La majorité des enfants ont-ils un médecin traitant à leur arrivée dans la structure ? (*Est-il le même que celui de ses parents ? Continuent-ils à voir leur médecin traitant antérieur s'ils en avaient un ? Même si la structure est trop éloignée ?*)
- Si l'enfant n'a pas de médecin traitant d'office, réussissez-vous à lui en attribuer un ? Comment faites-vous pour lui en attribuer un ?

### **Bilan d'entrée médical et psychologique dans le cadre du PPE :**

- Dans le cadre du Projet Pour l'Enfant (PPE), un bilan médical d'entrée est-il réalisé systématiquement dans votre structure ? Savez-vous qu'il est obligatoire ? Savez-vous que le PPE comporte un volet santé ?
- A quel moment le bilan d'entrée est-il réalisé la plupart du temps (*1<sup>ère</sup> semaine, 1<sup>er</sup> mois, 3 premiers mois, après 3 premiers mois*) ?
- Le bilan comporte-t-il les deux volets psychique et physique ? (Si non, pourquoi ?)
- Par quels professionnels de santé le bilan d'entrée est-il réalisé ?
- S'il n'est pas réalisé ou pas réalisé systématiquement quelles en sont les raisons ? (*Manque d'information ou méconnaissance de l'obligation à réaliser un bilan d'entrée ? Manque de temps ? Manque de personnel pour gérer la programmation de ces bilans ? Manque d'outils ? Manque de partenariat avec des professionnels de santé impliqués ? Autres difficultés ?*)
- S'il n'est pas réalisé systématiquement y-a-t-il une sélection des enfants ? Si oui, selon quels critères ?
- Des soins adaptés sont-ils mis en place en fonction de ce que l'enfant a subi, qui est à l'origine du placement et a ou pourrait avoir un impact sur sa santé ? (Ex : agressions sexuelles, meurtre d'un parent, placement de la fratrie, ...) *Lorsqu'un enfant est placé en urgences quelle prise en charge médicale et psychologique est réalisée ? Par quels professionnels ? Des professionnels formés en psycho traumatologie ? La prise en charge est-elle débutée dès l'arrivée de l'enfant ?*

### **Suivi médical et psychologique de la santé de l'enfant durant son séjour :**

- Proposez-vous un accompagnement des enfants personnalisé en fonction de leurs besoins comme cela est prévu dans le cadre du PPE ?
- Si un bilan d'entrée a été réalisé est-il actualisé chaque année ? Pour les deux volets physique et psychique ? Par quels professionnels ?
- S'il n'est pas réalisé quelles en sont les raisons ? (*cf même question pour le bilan d'entrée*)
- Par quels professionnels de santé le suivi est-il réalisé ?
- Est-il difficile de solliciter les professionnels de santé ? Si oui, pourquoi selon vous ? (*Difficultés concernant la prise en charge par la sécurité sociale, pas de carte vitale et donc impact sur leur rémunération ? Peur du comportement des enfants ? Manque d'outils ? Méconnaissance de leurs problématiques ? De l'ASE ?*)
- Y-a-t-il des professionnels plus réticents que d'autres ?

### **Transmission des informations concernant la santé des enfants**

- Réussissez-vous à récupérer les données de santé des enfants à leur arrivée (*carnet de santé ? état de santé antérieur ? antécédents*) ? Qui vous les transmet ?
- Comment les informations sont-elles gérées durant le séjour des enfants ?
- A qui sont-elles transmises lors de la sortie ? (*Parents ? IDE du nouveau lieu de vie ? médecin traitant ?*)

### **Les parents et la santé de leurs enfants**

- Etes-vous en lien avec les parents au sujet de la santé de leurs enfants ? (*Comment arrivez-vous à travailler avec les parents autour de la santé de leurs enfants ?*)
- Cela est-il déjà arrivé que des parents s'opposent aux soins ? (*Que des enfants qui auraient dus avoir des soins n'ont pas pu en bénéficier du fait du non-consentement des parents ?*) Qu'avez-vous fait dans ce cas ?
- Les parents sont-ils impliqués dans la réalisation du PPE et l'identification des besoins de l'enfant ?
- Y-a-t-il une liste d'actes usuels et non usuels concernant la santé des enfants qui est donnée aux parents à l'arrivée de l'enfant et discutée ? autorisation parentale ? (Ex : vaccination Covid ?)

### **Difficultés, freins et leviers :**

- *Quelles sont les problématiques de santé des enfants auxquelles vous êtes le plus souvent confrontées (physiques et psychiques) ?*
- Quels sont les situations problématiques concernant la prise en charge de la santé des enfants que vous rencontrez le plus souvent ?
- Quels freins ou quels manques repérez-vous concernant la prise en charge de la santé des enfants et leur parcours de soins ? Quels leviers repérez-vous ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge de leur santé ?

### **Ouverture :**

- Utilisez-vous une messagerie sécurisée de santé ? Si oui laquelle ? Si non, connaissez-vous ce système ?
- Est-ce que vous avez connaissance d'une expérimentation sur le parcours de soins coordonné des enfants confiés ?

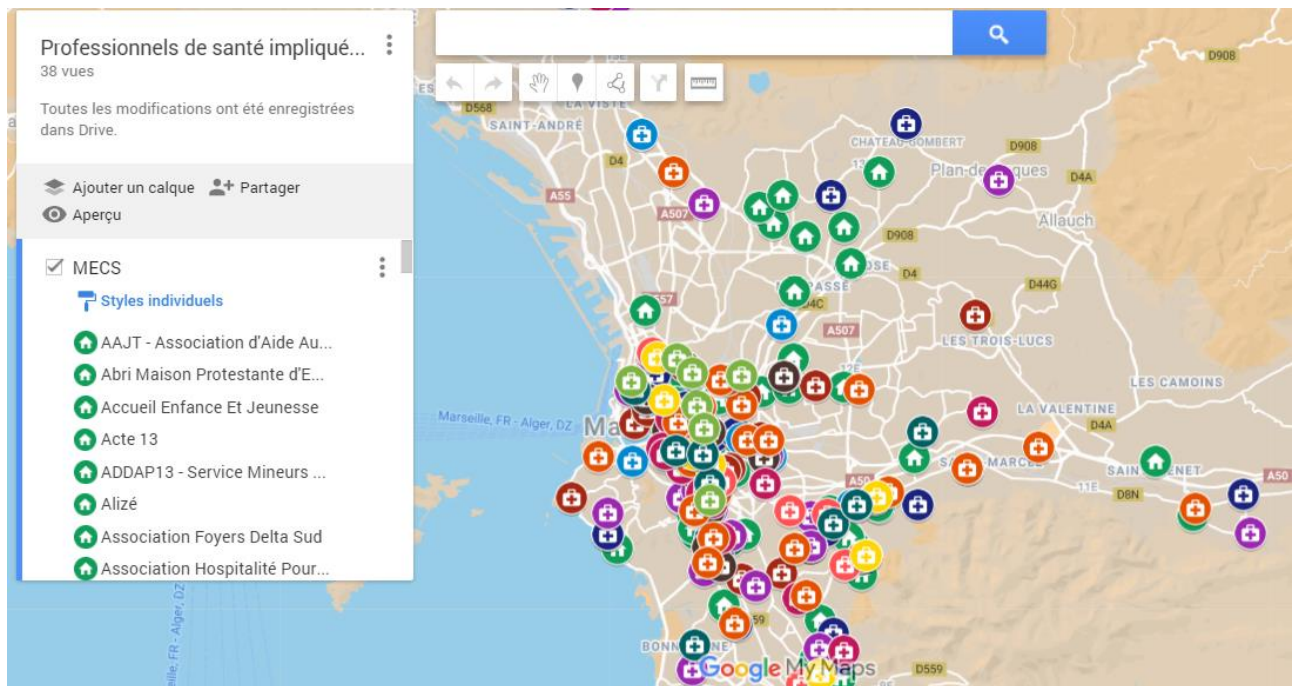
### **Conclusion :**













Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

**Annexe 6 : Tableau VI. Thèmes principaux émergents de l'analyse qualitative du questionnaire**

<b>Grands thèmes</b>	<b>Thèmes (nombre de répondants)</b>
Difficultés d'accès primaire aux soins des enfants (38 occurrences)	Difficultés administratives concernant l'ouverture et le renouvellement des droits à l'assurance maladie (28)
	Réticence des professionnels de santé face aux difficultés d'ouverture des droits et à la couverture maladie universelle et refus de la CMU (10)
Difficultés d'accès secondaire aux soins des enfants (41 occurrences)	Difficultés d'accès aux soins au cours du placement liées à une offre de soins insuffisante (21)
	Difficultés d'accès à des soins adaptés aux besoins spécifiques et particuliers des enfants confiés au cours du placement (5)
	Difficultés de mise en œuvre de partenariats entre les professionnels de santé et les structures d'accueil et difficultés de coordination entre IDE et équipe éducative au sein des structures (8)
	Difficultés de gestion des soins dans la structure d'accueil par manque de temps et de moyens humains (7)
Difficultés de prise en charge en santé des enfants, liées à l'enfant et ses parents (14 occurrences)	Difficultés liées à l'adhésion aux soins et à l'implication des parents dans la santé de leur enfant avant et après le placement (8)
	Difficultés de prise en charge relatives à l'adhésion aux soins de l'enfant (6)

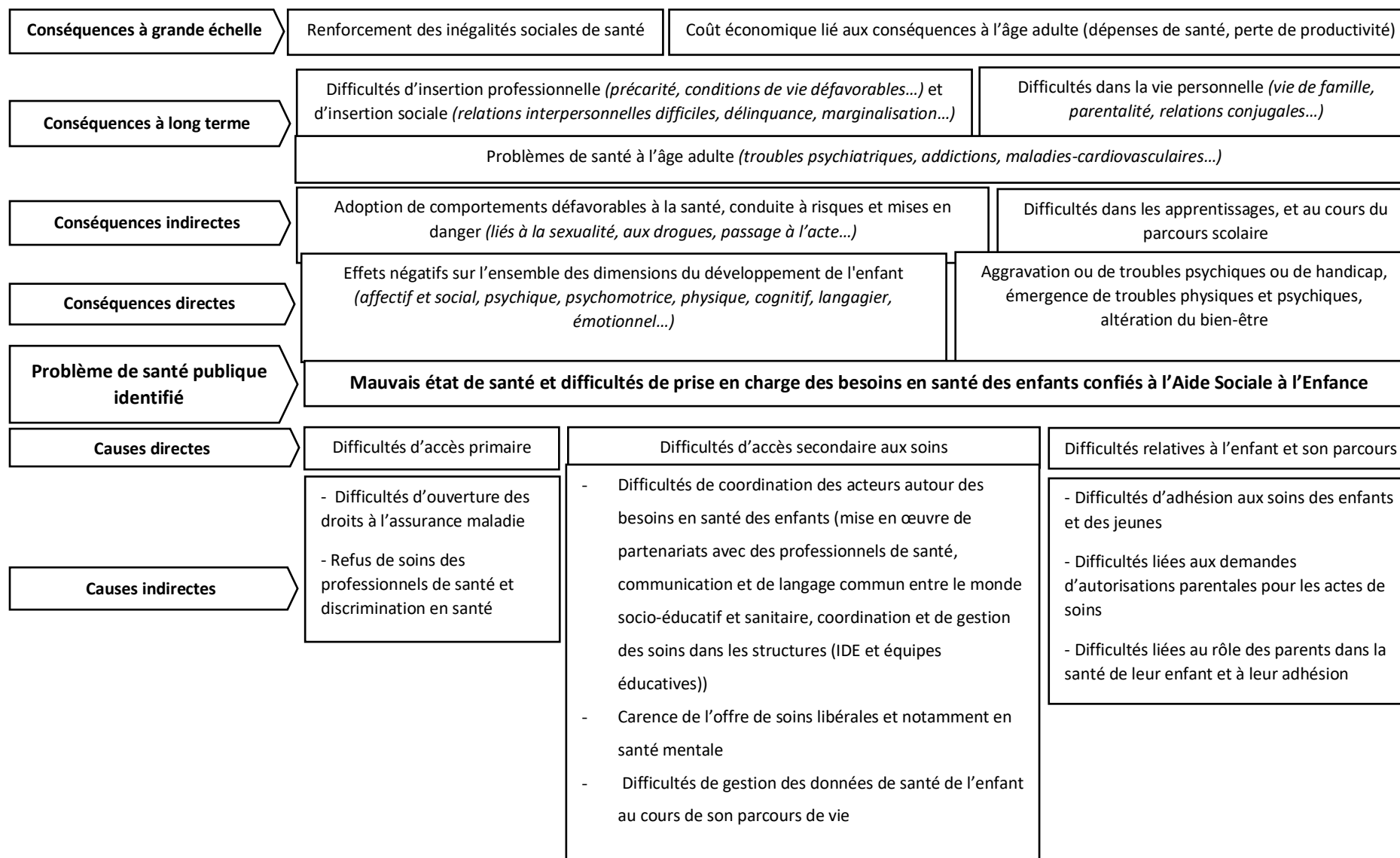
## Annexe 7 : Aperçu de la carte MyMaps des professionnels de santé



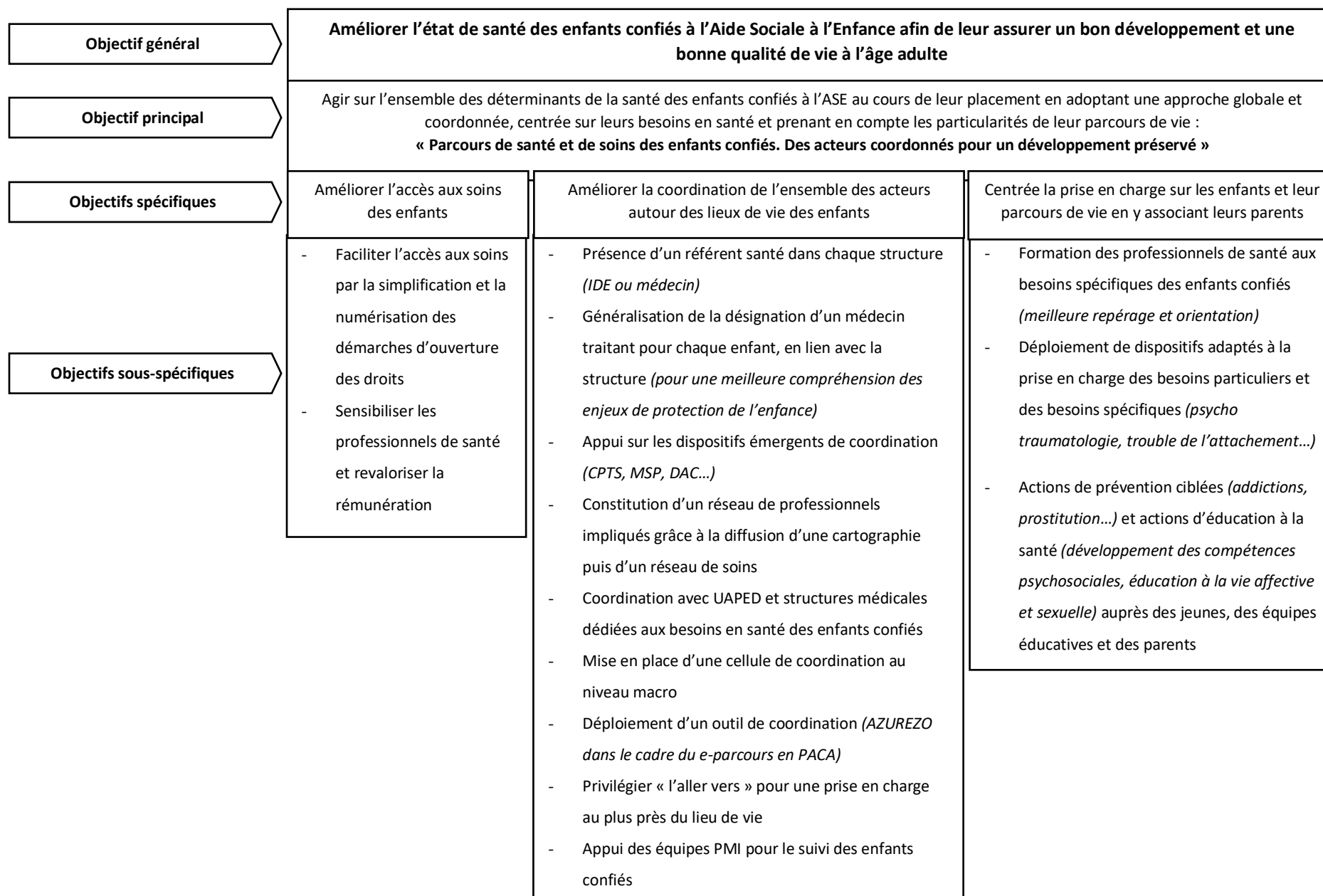
- Groupe 1 :  Structure d'accueil de l'ASE
- Groupe 2 :  Médecins généralistes
- Groupe 3 :  Hôpitaux, centres d'urgence et permanences médicales
- Groupe 4 :  Dentistes et centres dentaires
- Groupe 5 :  Spécialistes
- Groupe 6 :  Ophtalmologues et centres d'ophtalmologie
- Groupe 7 :  Professionnels et centre de prise en charge de la santé mentale
- Groupe 8 :  Paramédicaux
- Groupe 9 :  Laboratoires       Pharmacies       Centres de radiologie
- Groupe 10 :  Centres médicaux



## Annexe 8 : Graphique 2. « Arbre à problèmes »



## Annexe 9 : Graphique 3. « Arbre d'objectifs »





GARÈS	Alice	26/09/022
<p align="center"><b>Master 2 mention santé publique</b>  <b>Parcours : « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnements »</b></p>		
<p align="center"><b>Difficultés rencontrées par les structures d'accueil collectif de l'ASE dans l'accès aux soins et à la santé des enfants protégés</b></p>		
<p align="center"><b>Promotion 2021-2022</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les études épidémiologiques nationales et internationales mettent en évidence un important écart de santé entre la population des enfants protégés et la population générale. Les enfants confiés ont des besoins spécifiques en santé et l'amélioration de leur parcours de santé est au cœur de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 puis de la loi relative à la protection de l'enfance de février 2022.</p> <p>Ce mémoire de recherche tente de comprendre et d'identifier les causes de cet écart de santé à partir d'une recherche-action menée auprès d'infirmières diplômées d'état (IDE) et de directeurs exerçant dans les structures d'accueil collectif (maisons d'enfants à caractère social et foyers d'urgence) du département des Bouches-du-Rhône.</p> <p>Ce mémoire propose une analyse des différentes inégalités d'accès aux soins que subissent les enfants confiés au cours de leur placement puis il s'inspire des deux expérimentations du parcours de soins coordonnés des enfants confiés, PEGASE et Santé Protégée, pour apporter des pistes d'amélioration.</p>		
<p><b>Mots-clés :</b> Aide Sociale à l'Enfance (ASE) - Enfants confiés - Protection de l'enfance - Parcours de soins coordonnés – Accès aux soins – Inégalités Sociales de Santé (ISS) - Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS)</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique, l'Université Rennes 1 et l'Université Rennes 2  n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :  ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		