



**HAL**  
open science

# La santé des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (270 cas dans les Alpes-Maritimes) et la place du médecin généraliste

Aurélie Mercurelli

► **To cite this version:**

Aurélie Mercurelli. La santé des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (270 cas dans les Alpes-Maritimes) et la place du médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01377572

**HAL Id: dumas-01377572**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01377572>**

Submitted on 7 Oct 2016

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

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

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

**FACULTE DE MEDECINE**

---

THESE

Pour l'obtention du grade de

**Docteur en médecine**

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 février 2016

Par

**Aurélie MERCURELLI**

Née le 11 Novembre 1985 à Marseille

**La santé des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance ( 270 cas dans les Alpes-Maritimes) et la place du médecin généraliste.**

Président du jury : Monsieur le Professeur J-B. SAUTRON

Assesseurs : Monsieur le Professeur P. HOFLIGER  
Monsieur le Professeur G. GARDON  
Monsieur le Docteur D. DARMON

Directrice de thèse : Madame le Docteur Mai Ly DURANT, CONSEIL DEPARTEMENTAL 06

## RESUME

Les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (au nombre de 1200, soit 9% des 0-21 ans dans les Alpes-Maritimes) n'ont jamais fait l'objet d'une enquête épidémiologique et leur suivi peut être assuré par n'importe quel médecin généraliste. Objectif : Décrire leur état de santé pour identifier les points à prioriser en consultation de médecine générale, puis comparer avec l'état de santé des adolescents de la population générale. Matériel et Méthode : Etude transversale descriptive de Janvier à Juin 2014 par questionnaire sur un échantillon de 400 enfants dans les Alpes-Maritimes. 270 jeunes vivant dans les 15 structures tirées au sort, ont été inclus. Résultats : 80% ont participé avec un sex-ratio de 0,96. Agés de 12 à 20,8 ans, avec une moyenne de 16 ans, ils étaient 153 (70,8%) à vivre en établissement. 73 (33,3%) y étaient placés en moyenne de 4 ans 8 mois. 16,3% déclaraient avoir fait une tentative de suicide, 22,8% souffraient d'auto-agressivité, 55% s'étaient scarifiés, 100% des répondants avaient eu recours à un professionnel de santé pour des problèmes d'ordre psychologique et 34,7% à une structure de prise en charge. Cependant 83,3% se déclaraient en bonne santé, le facteur déterminant étant de ne pas présenter de trouble du sommeil. 44% déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels. Les filles étaient plus nombreuses à déclarer : avoir fait une tentative de suicide (23,8% vs 6,6% des garçons,  $p=0,001$ ) ; s'être scarifiée (62,9% vs 30% des garçons,  $p=0,065$ ) ; consommer de l'alcool ( $p<0,01$ ) ; avoir eu une démarche de contrôle du poids ( $p=0,01$ ). 95 jeunes (45%) déclaraient fumer. La part de fumeurs et de consommateurs d'alcool augmentait avec l'âge ( $p<0,05$ ). Le lieu de vie influait sur la consommation de cannabis et sur la qualité du sommeil, puisque les jeunes vivant en établissement étaient plus nombreux à consommer du cannabis et se plaindre de troubles du sommeil ( $p<0,05$ ) que ceux accueillis en famille d'accueil. Les deux sujets les plus fréquemment cités et dont les jeunes auraient aimé parler sont l'environnement socio-familial et psychologique et la sexualité. Conclusion : La prise de risque est plus fréquente chez les adolescents confiés que chez les adolescents de la population générale tous domaines confondus mais plus particulièrement au niveau psychique. Cela peut être expliqué par la problématique abandonnique qui leur est spécifique. Les médecins généralistes doivent être sensibilisés sur ce sujet afin de pérenniser le suivi de ces jeunes.

Mots clés : enfants confiés, aide sociale, adolescents, risques, santé, médecin généraliste

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIAANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Vice-Doyen</b>	M. BOILEAU Pascal
<b>Assesseurs</b>	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	Mme DE LEMOS Annelyse
<b>Directrice administrative des services</b>	Mme CALLEA Isabelle
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel  
M. BATT Michel  
M. BLAIVE Bruno  
M. BOQUET Patrice  
M. BOURGEON André  
M. BOUTTÉ Patrick  
M. BRUNETON Jean-Noël  
Mme BUSSIERE Françoise  
M. CAMOUS Jean-Pierre  
M. CHATEL Marcel  
M. COUSSEMENT Alain  
M. DARCOURT Guy  
M. DELLAMONICA Pierre  
M. DELMONT Jean  
M. DEMARD François  
M. DOLISI Claude M  
. FRANCO Alain  
M. FREYCHET Pierre  
M. GÉRARD Jean-Pierre  
M. GILLET Jean-Yves  
M. GRELLIER Patrick  
M. HARTER Michel  
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel  
M. LAMBERT Jean-Claude  
M. LAZDUNSKI Michel  
M. LEFEBVRE Jean-Claude  
M. LE BAS Pierre  
M. LE FICHOUX Yves Mme  
LEBRETON Elisabeth  
M. LOUBIERE Robert  
M. MARIANI Roger  
M. MASSEYEFF René  
M. MATTEI Mathieu  
M. MOUIEL Jean  
Mme MYQUEL Martine  
M. OLLIER Amédée  
M. ORTONNE Jean-Paul  
M. SAUTRON Jean Baptiste  
M. SCHNEIDER Maurice  
M. SERRES Jean-Jacques  
M. TOUBOL Jacques  
M. TRAN Dinh Khiem  
M VAN OBBERGHEN Emmanuel  
M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
Mme DONZEAU Michèle  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. FRANKEN Philippe  
M. GASTAUD Marcel  
M. GIRARD-PIPAU Fernand  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques Mme  
MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. POIRÉE Jean-Claude Mme  
ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie - Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)**

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

**PROFESSEUR AGRÉGÉ**

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)



### PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

### PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## **Remerciements**

### **A monsieur le Professeur Sautron**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

### **A monsieur le Professeur Gilles Gardon**

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites d'accepter de siéger dans ce jury. Vous avez accepté sans hésiter ni me connaître. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

### **A monsieur le professeur Philippe Hofliger**

Vous me faites le plaisir et l'honneur de participer à ce jury. Vous avez participé à ma formation de médecin généraliste notamment lors des séminaires. Vous avez su être à l'écoute en cellule thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

### **A monsieur le docteur David Darmon**

Merci pour ta participation à ma formation de médecin. Merci d'avoir partagé ton expérience de jeune médecin lors des GEASP et de nous avoir transmis l'envie d'exercer ce métier et de s'installer malgré tout.

### **A madame le docteur Mai Ly Durant**

Merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce projet qui vous tient tant à cœur et dont vous êtes l'initiatrice alors que vous ne me connaissiez pas. Vous avez été une directrice de thèse dont la disponibilité et le soutien ont toujours été sans faille malgré votre emploi du temps. Merci surtout pour votre patience et votre compréhension !

Un grand merci à **Sarah-Line Lancrerot** de m'avoir fait confiance et surtout de m'avoir tant aidé à la réalisation de ce projet. Tu as partagé avec moi ce travail, je t'en serai toujours reconnaissante.

**A tous les médecins qui ont partagés avec moi leur expérience**

Au Dr Couderc, ce fut un vrai bonheur de vivre mon premier trimestre d'interne à tes côtés dans le service du Dr Capriz qui a su forgé mes premières armes de médecin !

Merci à l'équipe du service de gynécologie du Pr Bongain et notamment au Dr Galiba pour sa gentillesse et son enseignement.

Merci aux Dr Fouque, Dr ferrier et Dr Ceccarelli de m'avoir encore plus donné envie de pratiquer ce métier. Vous m'avez beaucoup appris tant sur le plan humain que professionnel.

**A ma famille**

A mes parents et mes deux frères qui m'ont accompagnée et soutenue sur ce long chemin.

A mon mari qui a su prendre le relai ! Merci pour ton amour, ta gentillesse, ton humour et ta patience... Je t'aime

A mes enfants Victor et Nina qui font mon bonheur chaque jour même s'ils ont su pimenter la préparation de cette thèse !

A mes beaux parents et ma belle sœur merci pour votre gentillesse.

A ma nièce Sophie qui était pressée d'arriver, et à mes neveux Lorenzo et Mattéo pour leur sens du divertissement !

**A mes ami(e)s**

Aux marseillais qui m'ont accompagné durant la première partie de mes études (et ça n'a pas été de tout repos...)

Aux niçois qui se reconnaîtrons et qui ont partagés ces dernières années avec moi !

A toi ma Milou. Mais aussi toi Bertou , et toi Emma, Clem, Del ;Suzy sans qui je n'aurai jamais fait ce travail ; Pepette ; Anne ;Jb ;Virginie ; Isa et tous les autres : Merci !!!!

## Sommaire

### **A. INTRODUCTION**

### **B. LE CONTEXTE : les enfants de l'aide sociale**

#### 1. Définitions

#### 2. Les différentes mesures d'accueil

2.1. L'enfant confié par décision administrative

2.2. L'enfant confié par décision judiciaire

2.2.1. Enfants confiés au titre de l'assistance éducative

2.2.2. La délégation d'autorité parentale

2.2.3. La tutelle sociale

2.3. L'enfant pupille de l'État

2.4. Le cas particulier des mineurs isolés étrangers

#### 3. Les établissements hébergeant les enfants en difficulté sociale

3.1. Les foyers de l'enfance

3.2. Les maisons à caractère social

3.3. Les familles d'accueil

3.4. Les autres modes d'accueil

#### 4. La problématique abandonnique de l'enfant confié

### **C. OBJECTIF, MATERIEL ET METHODE**

#### 1. L'étude

#### 2. Matériel et méthode

2.1. Une étude transversale descriptive

2.2. La population étudiée

#### 3. Le déroulement de l'enquête

3.1. Lieux et période de l'enquête

3.2. Réalisation

3.3. Saisie et exploitation

## D. RESULTATS

### 1. Description de l'échantillon

- 1.1. Le taux de participation
- 1.2. L'âge des participants
- 1.3. Sex-ratio homme/femme
- 1.4. La répartition en fonction du lieu de placement
- 1.5. La durée de placement
- 1.6. Scolarité et enfant ayant des dossiers à la maison des personnes handicapées (MDPH)
- 1.7. Les troubles avec la loi et les fugues nocturnes

### 2. Réponses

#### 2.1. Santé psychique

2.1.1. Tentatives de suicide, auto-agressivité et recours à un professionnel

2.1.2. Auto-évaluation de leur santé psychique Tatouages et piercing

#### 2.2. Consommation de toxique et addictions

2.2.1. Tabac

2.2.2. Alcool

2.2.3. Cannabis

2.2.4. Jeux d'argent

#### 2.3. Troubles du sommeil

2.3.1. En fonction du sexe

2.3.2. En fonction de l'âge

2.3.3. En fonction du lieu de placement

2.3.4. Types de troubles du sommeil

#### 2.4. Sexualité

#### 2.5. Poids et alimentation

#### 2.6. Auto-évaluation de leur santé

#### 2.7. Accès à l'information à la santé

#### 2.8. Pratique des Loisirs

### 3. Analyse des sujets à discuter évoqués par les jeunes

### 4. Remarques

## E. DISCUSSION.

### 1. Résultats de l'enquête et comparaison avec la population générale tout venante du même âge

#### 1.1. Santé psychique

#### 1.2. Auto-évaluation de leur santé

#### 1.3. Prise de risque chez les adolescents

#### 1.4. Troubles de l'alimentation

#### 1.5. Troubles du sommeil

1.6. Loisirs

2. Limite de l'étude

3. Propositions

- 3.1. Sensibiliser les médecins qui peuvent être amenés à suivre cette population
- 3.2. Etablir un guide de consultation
- 3.3. Disposer des questionnaires en salle d'attente

**F. CONCLUSION**

**G. BIBLIOGRAPHIE**

**Liste des principales abréviations utilisées**

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AED : Action éducative à domicile

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

OPP : ordonnance de placement provisoire

MIE : Mineurs isolés étrangers

MECS : Maisons d'enfants à caractère social

FDE : Foyers de l'enfance

MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées.

## A. INTRODUCTION

L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est un service dont la mission première, mission obligatoire, est la prévention et la protection de l'enfance. Elle recouvre trois prestations principales : les actions éducatives (à domicile ou en milieu ouvert), les mesures de placement et des aides financières. Ces prestations sont accordées lorsque la santé de l'enfant, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent. Depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1983, chaque département est responsable de ce service, en assure le financement et l'organise sur une base territoriale. <sup>(1)</sup>

La loi du 5 Mars 2007 est venue réformer la protection de l'enfance et parle désormais de mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont *en danger ou risquent de l'être*. <sup>(1bis)</sup>

Les enfants confiés à l'ASE sont au nombre de 1200 (9 % de la population des 0-21 ans) dans le département des Alpes-Maritimes. La protection de l'enfance s'organise autour de 2 pôles :

- L'autorité administrative départementale :

Elle met en œuvre les actions sociales, à la demande et avec le soutien des parents.

- L'autorité judiciaire :

Elle intervient pour imposer des mesures d'assistance éducative lorsque le consentement de la famille ne suffit pas ou qu'il fait défaut pour garantir la santé, la sécurité ou la moralité de l'enfant. Le Conseil départemental assure l'exécution et le financement des décisions judiciaires : actions éducatives en milieu ouvert, accueil des enfants en établissement spécialisé ou chez un tiers. <sup>(2)</sup>

Afin d'assurer le suivi médical de ces enfants, une consultation systématique est organisée au moment de leur placement puis tous les ans.

Pour les réaliser, ainsi que pour les consultations intercurrentes (motifs divers) les structures ainsi que les familles d'accueil font appel à un médecin généraliste qui est choisi la plupart du temps par proximité géographique.



Dans les cas les plus favorables, mais les plus rares, les enfants continuent à être suivis par leur médecin traitant de « famille » tout au long de leur parcours à l'ASE. Le maintien d'une continuité malgré les changements de lieux de vie est souvent très difficile à mettre en place. <sup>(4)</sup>

On sait que l'ancienneté du suivi et la fréquence des consultations sont des facteurs de protection vis-à-vis d'une crise aiguë dépressive ou d'un passage à l'acte chez les adolescents. <sup>(5)</sup>

Or les enfants et les adolescents pris en charge par l'ASE constituent une population vulnérable sur le plan psychologique et psychiatrique. <sup>(6)</sup>

D'autre part ces enfants n'ont, jusqu'alors, pas fait l'objet d'enquêtes épidémiologiques au niveau départemental, permettant de mieux connaître leurs situations sociale, familiale et scolaire ainsi que leurs comportements à risques et leurs problèmes de santé.

Ainsi connaître leur état de santé, pourrait permettre au médecin généraliste de mieux répondre à leurs attentes, faciliter la relation de confiance afin d'assurer une continuité des soins et éviter le nomadisme médical de ces futurs adultes « à risque ».

Ce travail a donc pour objectif principal de décrire l'état de santé des enfants confiés afin d'identifier les points à prioriser lors des consultations de médecine générale.

Dans un second temps une analyse des données disponibles dans la littérature pour les enfants de la population « générale » sera faite afin de comparer l'état de santé entre les deux populations de jeunes.

## **B. CONTEXTE : les enfants de l'aide sociale**

### **1. Définitions**

#### **Actions éducatives**

Menées à domicile par des travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs, psychologues), elles interviennent, en principe, auprès d'un enfant nommé désigné. Mais bien souvent le travail est mené également sur la famille, en vue d'apporter une aide psychologique, éducative et éventuellement matérielle. L'objectif est d'exercer une action préventive pour éviter un retrait de l'enfant du milieu familial, et donc un éclatement des familles, ou pour préparer un placement. En terme décisionnel, on distingue l'action éducative à domicile (AED) (décidée par l'ASE) et l'action éducative en milieu ouvert (AEMO), exercée en vertu d'un mandat judiciaire (décision du juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative des articles 375 du Code civil) et contraignante vis-à-vis de la famille. Dans tous les cas, les actions éducatives sont financées par l'ASE sous forme d'un prix de journée.

#### **Les services AEMO et AED**

Les services AEMO et AED ont pour objet de suivre à domicile des mineurs et leur famille, de leur apporter un soutien éducatif et psychologique, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'ils rencontrent, d'accompagner les parents dans le développement de leurs capacités parentales.

L'action éducative permet, chaque fois qu'il est possible, de maintenir le mineur dans son milieu de vie habituel. Si nécessaire, le service peut assurer un hébergement exceptionnel ou périodique au mineur, à condition d'être habilité spécifiquement à cet effet. <sup>(11)</sup>

### **Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance**

Enfants qui bénéficient d'une mesure administrative ou d'une mesure judiciaire confiés à l'ASE.

#### **Mesures administratives**

Il s'agit des mesures décidées par le président du Conseil départemental.

Elles comprennent l'accueil provisoire de mineurs qui ne peuvent être maintenus dans leur milieu de vie, l'accueil provisoire de jeunes majeurs de 21 ans et moins et des enfants déclarés pupilles.

Le suivi de secteur est assuré par les travailleurs sociaux avec notamment l'AED.

L'AED intervient à la demande, ou avec l'accord, d'un ou des parents, lorsque la santé de celui-ci, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent. L'AED a, notamment, pour objet de rétablir le dialogue entre le jeune et sa famille, de restituer aux parents leur autorité et de proposer au jeune des centres d'intérêt.

**Un accueil est dit administratif** s'il se fait avec l'accord des parents qui conservent alors en concertation avec l'ASE la possibilité d'organiser le déroulement de l'accueil et le retour de l'enfant chez lui dès que possible. <sup>(8)</sup>

#### **Mesures judiciaires confiées à l'ASE**

Il s'agit des mesures décidées par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative.

L'enfant est confié au service de l'ASE qui décide de la nature du placement de l'enfant. Elles comprennent la délégation ou le retrait partiel de l'autorité parentale, le placement à l'ASE par le juge et la tutelle déferée à l'ASE. Le suivi est assuré par l'AEMO qui est une mesure contrainte prononcée par le juge des enfants si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

**Un accueil est dit judiciaire** quand il est décidé par le juge des enfants. Dans ce cas les visites, sorties, et hébergements en famille sont décidés par le juge et l'organisation peut en

être confiée à l'ASE. Le retour définitif de l'enfant dans sa famille ne peut se faire qu'après décision du juge.<sup>(8)</sup>

### **Placements directs**

Ils comprennent le placement par un juge auprès d'un établissement ou d'un tiers digne de confiance et la délégation de l'autorité parentale à un particulier ou un établissement.

Dans le cas d'un placement direct, le service d'ASE n'est que le payeur de la mesure.  
(7)

## 2. Les différentes mesures d'accueil

### 2.1. L'enfant confié par décisions administratives

Des parents peuvent être dans l'impossibilité momentanée d'assurer l'éducation et l'entretien de leur enfant, par exemple pour des raisons médicales ou économiques, et lorsqu'ils sont sans possibilité de se faire aider par des proches. Ils peuvent alors le confier temporairement au service de l'ASE.

Durant l'accueil de l'enfant, ils conservent à son égard tous les droits et obligations liés à leur autorité parentale.

Ils peuvent donc décider de son retour chez eux lorsque leurs situations personnelle et familiale s'améliorent. Ils sont associés à toutes les décisions concernant leur enfant, comme le lieu d'accueil ou l'orientation scolaire par exemple.

### 2.2. L'enfant confié par décision judiciaire

Différents magistrats peuvent prendre des décisions relatives à la protection de l'enfance selon les situations.

### 2.2.1. Enfants confiés au titre de l'assistance éducative

Le juge des enfants peut décider de retirer un enfant de son milieu familial lorsque sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger <sup>(9)</sup> ou que ses conditions de développement physique, affectif, intellectuel et social étaient gravement compromises <sup>(10)</sup>. Il peut décider de le confier au service de l'ASE en prenant une ordonnance aux fins de placement provisoire (OPP) d'une durée de six mois ou un jugement d'une durée maximum de deux ans. <sup>(9)</sup>

L'article 375 du Code Civil précise qu'elle peut être renouvelable. <sup>(10)</sup>  
Il peut préciser les conditions de visite et d'hébergement des parents. Ces derniers continuent d'exercer leurs droits et obligations liés à leur autorité parentale sur leur enfant et donnent leur accord ou non sur les principales décisions concernant leur enfant. Seul le juge peut décider du retour de l'enfant dans sa famille. <sup>(9)</sup>

En outre, une disposition issue de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance permet au juge des enfants de prononcer une mesure d'assistance éducative de plus de deux ans lorsque « *les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles, dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leurs responsabilités parentales* ». <sup>(10)</sup>

### 2.2.2. La délégation d'autorité parentale : enfants pour lesquels l'autorité parentale a été déléguée au service de L'ASE par le juge aux affaires familiales

Le juge aux affaires familiales peut déléguer l'autorité parentale sur des mineurs au service de l'ASE, soit avec l'accord des parents, soit en raison de leur désintérêt pour leurs enfants. Les parents conservent le droit de consentir à l'adoption, au mariage et à l'émancipation de leur enfant. Le service de l'ASE exerce tous les droits et devoirs liés à l'autorité parentale à l'égard du mineur. <sup>(9)</sup>

La délégation de l'autorité parentale peut donc être demandée par le tiers qui a recueilli l'enfant dans deux hypothèses : celle du désintérêt du (des) parent(s) et celle de l'impossibilité pour ce(s) dernier(s) d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale. <sup>(10)</sup>

**2.2.3. La tutelle sociale** : enfants dont la tutelle est déclarée vacante par le juge aux affaires familiales exerçant la mission de juge des tutelles, et est déferée au service de l'Aide sociale à l'enfance.

La tutelle est ouverte lorsque les parents sont dans l'incapacité d'exercer leur autorité parentale : décès, absence, éloignement. Le service de l'ASE exerce les droits et les devoirs liés à l'autorité parentale à l'égard du mineur, sauf celui de consentir à l'adoption, au mariage et à l'émancipation, exercé par le juge des tutelles.

### 2.3. L'enfant pupille de l'État

Les pupilles de l'État sont des mineurs placés sous la responsabilité du président du conseil départemental pour lesquels l'autorité parentale est exercée par le préfet, tuteur, assisté d'un conseil de famille des pupilles de l'État.

Les enfants pupilles de l'État sont juridiquement adoptables.

Le tuteur et le conseil de famille sont consultés avant toute décision relative au lieu et au mode de placement du pupille. Ils sont compétents également pour effectuer le choix des futurs adoptants. En lien avec les services de l'ASE, ils sont chargés du suivi de la situation des pupilles à chaque moment important de leurs vies, ainsi que de la gestion de leurs biens.

### 2.4. Le cas particulier des mineurs isolés étrangers

Qu'ils soient en situation régulière ou non et quelle que soit leur nationalité, les mineurs isolés étrangers (MIE) sont pris en charge par les services de l'ASE sur le fondement de l'article L. 112-3 du CASF qui indique que l'un des objectifs de la protection de l'enfance est de « *prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou*

*définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge*». En d'autres termes, l'accueil et la prise en charge des MIE relèvent de la responsabilité des départements qui exercent cette compétence au titre la protection de l'enfance.

Une nouvelle donne s'est imposée à un grand nombre de conseils départementaux depuis quelques années : la forte augmentation du nombre de MIE arrivant sur le territoire français dans un contexte géopolitique marqué par la multiplication des conflits, notamment interethniques. Certains départements sont plus concernés que d'autres, en fonction des lieux d'arrivée des MIE, par des phénomènes d'engorgement de l'accès au dispositif de la protection de l'enfance.

### 3. Les établissements hébergeant les enfants en difficulté sociale <sup>(11)</sup>

Les places d'accueil se répartissent entre les familles d'accueil et les établissements (les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de l'enfance, les pouponnières à caractère social, les villages d'enfants et les lieux de vie et d'accueil). Ces différents types d'établissements accueillent et hébergent des mineurs ou des jeunes adultes (jusqu'à 21 ans) relevant de la protection de l'enfance, mais se différencient par l'âge des publics qu'ils reçoivent, les formes d'hébergement et d'encadrement ou encore la durée d'accueil.

#### 3.1. Les foyers de l'enfance

Les foyers départementaux de l'enfance accueillent, à tout moment, les mineurs en situation difficile nécessitant une aide d'urgence. Ils ont pour mission d'observer et d'évaluer les enfants durant leur séjour, afin d'amorcer un travail éducatif avec les enfants et les parents et de préparer leur orientation (retour à la famille, placement en famille d'accueil, placement en établissement, adoption).

Les enfants sont confiés dans le cadre d'une protection administrative ou d'une protection judiciaire.

Si à l'origine les foyers de l'enfance avaient pour vocation d'assurer une mission d'accueil d'urgence, ils développent depuis quelques années, un service d'hébergement pouvant s'inscrire dans la durée.

En général, les foyers de l'enfance sont gérés par le Conseil départemental, directement ou sous forme d'établissement public. Ils peuvent regrouper la pouponnière à caractère social du département, ainsi qu'une section d'accueil mère-enfant.

### 3.2. Les maisons à caractère social (MECS)

Les MECS accueillent pour des séjours de durée variable, des enfants et jeunes majeurs dont les familles se trouvent en difficulté momentanée ou durable et ne peuvent, seules ou avec le recours de proches, assumer la charge et l'éducation de leurs enfants. Les enfants y sont confiés par le service départemental de l'ASE ou par le juge des enfants, dans le cadre d'une protection administrative ou d'une protection judiciaire - au titre de l'enfance en danger (article 375 du Code civil) ou au titre de l'enfance délinquante (ordonnance du 2 février 1945). Les prestations assurées par les MECS sont de plus en plus comparables à celles proposées par les foyers de l'enfance : à côté de leur mission traditionnelle d'accueil long, ces structures assurent un accueil d'urgence des mineurs. Cependant, les MECS sont communément gérées par des associations ou autres organismes privés à but non lucratif, là où les foyers de l'enfance sont départementaux. Les MECS sont autorisées par le président du Conseil départemental ou conjointement avec le préfet de département (au nom du ministère de la Justice). Une convention d'habilitation au titre de l'aide sociale à l'enfance est signée entre le responsable de l'organisme gestionnaire et le président du conseil départemental. Pour accueillir des enfants placés directement par le juge, les établissements peuvent également être habilités « Justice » par le préfet. Certains établissements sont également conventionnés par la Sécurité sociale, principalement pour accueillir des jeunes présentant des troubles du comportement.



### 3.3. Les familles d'accueil <sup>(12)</sup>

Etre assistant familial, c'est accueillir à son domicile 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, un enfant âgé de 0 à 18 ans, voire 21 ans, dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance en danger.

#### **Un lieu protecteur et sécurisant**

L'assistant familial offre à l'enfant confié un cadre stable, sécurisant et chaleureux. Il veille à son bien-être, à sa santé, à son éducation et à son éveil, tout en maintenant le contact avec sa famille dans la perspective de son retour. Il est important d'établir le contact, de prodiguer de l'attention et de donner des repères. L'assistant familial assure des conditions matérielles d'accueil satisfaisantes pour le mineur ou le jeune majeur accueilli (hébergement, nourriture, entretien).

#### **Un accueil qui engage toute la famille**

Avec son conjoint et ses propres enfants, l'assistant familial constitue une « famille d'accueil ». L'accueil familial engage toute sa famille. Le conjoint et les enfants sont aussi concernés, ils font partie intégrante du projet d'accueil.

#### **Le profil**

Des qualités et capacités professionnelles conjuguées à une certaine souplesse éducative sont requises pour le métier :

- faire preuve de tolérance, d'ouverture d'esprit pour accompagner un enfant qui n'est pas le sien,
- être accueillant, chaleureux, disponible pour les enfants, à l'écoute de leurs difficultés,
- avoir le sens de l'observation, savoir identifier et prendre en compte les besoins de l'enfant,
- présenter des aptitudes à la communication et au dialogue,

- disposer de capacités d'adaptation et d'organisation,
- être capable de travailler en équipe et accepter les remises en question,
- faire preuve de discrétion, respecter l'histoire de l'enfant ou du jeune majeur et de sa famille, faire preuve de neutralité.

### **Une équipe pour aider à surmonter les difficultés**

Dans l'exercice de leur mission, les assistants familiaux peuvent compter sur l'écoute et le soutien de travailleurs médico-sociaux (échanges réguliers entre eux). Ils font en effet partie intégrante d'une équipe de professionnels : psychologue, éducateur, référent administratif, cadre éducatif et travailleurs sociaux. L'assistant familial est le partenaire privilégié du dispositif de protection de l'enfance. Il participe avec l'équipe à l'élaboration du projet de vie de l'enfant. Il est idéalement placé pour observer son évolution, être à son écoute.

### **Statut, droits et obligations professionnelles**

Salaire mensuel brut : 1153 € (au 31/12/2014) pour l'accueil d'un enfant.

Primes : indemnité journalière d'entretien de l'enfant de 12,32 € (au 31/12/2014), allocations destinées à l'enfant (habillement, argent de poche...) et éventuelle majoration liée au handicap.

Régime fiscal avantageux.

Formation initiale (300 heures), avec une préparation au diplôme d'Etat.

**Autres droits liés au statut d'agent public** : formation continue, congés, protection sociale complémentaire, œuvres sociales, chèques vacances, suivi social, médecine du travail, droit syndical.

**Obligations professionnelles** : l'assistant familial est tenu au secret professionnel ainsi qu'au secret partagé. Des dispositions relatives au cumul d'emplois et à la discipline sont également à prendre en compte.

### **Comment devient-on assistant familial?**

On ne devient pas assistant familial du jour au lendemain. Plusieurs étapes sont nécessaires avant d'exercer ce métier.

**Agrément (relève de la mission Protection maternelle et infantile(PMI)) :**

Il est obligatoire d'obtenir un agrément pour exercer la profession. Il est délivré par le médecin de PMI par délégation du président du Conseil départemental et atteste des conditions d'accueil et des capacités éducatives de l'assistant familial (santé, sécurité, et épanouissement des enfants confiés). Il est délivré pour l'accueil de trois enfants au maximum âgés de 0 à 21 ans et est valable sur le territoire national. L'équipe de PMI est mobilisée tout au long de la vie de l'agrément. L'agrément est renouvelable tous les 5 ans. Le site du service public précise les démarches à suivre pour en faire la demande. <sup>(13,14)</sup>

Le casier judiciaire de chaque membre de la future famille d'accueil est vérifié.

**Candidature :** lettre de candidature après l'obtention de l'agrément, puis entretien avec un responsable socio-éducatif et un psychologue et/ou une puéricultrice pour l'accueil des jeunes enfants de moins de trois ans.

**Contrat de travail :** le contrat de travail démarre, ainsi que la rémunération, avec le stage préparatoire à l'accueil.

### 3.4. Les autres modes d'accueil

Il était important de les décrire ici car même si au moment de l'étude les participants vivaient dans les MECS, FE ou FA leurs parcours montrent pour certains un placement dès la naissance et donc des hébergements en pouponnière par exemple. Il me semblait donc nécessaire de décrire toutes les structures d'accueil pour comprendre le parcours de ces jeunes.

#### **Les pouponnières à caractère social.**

Les pouponnières à caractère social ont pour objet de garder jour et nuit les enfants de moins de trois ans accomplis qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille ni bénéficier d'un placement familial surveillé et dont l'état de santé ne nécessite pas de soins médicaux.

Les enfants sont confiés par le service départemental de l'aide sociale à l'enfance ou par le juge des enfants, dans le cadre d'une protection administrative ou d'une protection judiciaire au titre de l'enfance en danger (article 375 du Code civil).

Les pouponnières à caractère social sont généralement gérées par le département, directement ou sous forme d'établissement public. Elles sont souvent rattachées à un foyer de l'enfance, dont elles constituent une section.

### **Les villages d'enfants**

Les villages d'enfants accueillent des frères et sœurs orphelins ou dont la situation familiale perturbée nécessite un placement de longue durée. Ils se composent de quelques maisons regroupant chacune une ou deux fratries autour d'un éducateur familial, formant ainsi un cadre de vie de type familial, stable et sécurisant, dans lequel les enfants peuvent se reconstruire.

### **Les lieux de vie et d'accueil**

Les lieux de vie et d'accueil (LVA) sont des structures d'accueil non traditionnelles qui offrent une prise en charge de type familial. Autour d'un ou plusieurs permanents éducatifs, ils accueillent au moins trois et au plus sept personnes (dix par dérogation, seulement si les personnes accueillies sont réparties dans deux unités de vie individualisées ne dépassant pas sept personnes chacune).

Par un accompagnement continu et quotidien, ils visent à favoriser l'insertion sociale des personnes accueillies. À l'égard des mineurs qui leur sont confiés, les lieux de vie et d'accueil exercent également une mission d'éducation, de protection et de surveillance.

Les publics des lieux de vie et d'accueil sont multiples : enfants et jeunes majeurs bénéficiaires d'une protection administrative ou judiciaire, mineurs ou majeurs présentant des troubles psychiques, mineurs ou majeurs handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation, personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale. Cependant, les LVA ne peuvent qu'exceptionnellement accueillir plusieurs de ces publics sur un même site.

### **Les sections d'accueil mère-enfant**

Conçus pour éviter les abandons d'enfants, les établissements d'accueil mère-enfant hébergent les femmes enceintes et les mères isolées accompagnées de leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique. L'hébergement dans le centre permet aux mères de bénéficier pendant leur séjour d'une formation professionnelle adaptée, de rechercher ou d'exercer un emploi.

L'admission est prononcée par le président du Conseil départemental, pour une prise en charge de six mois, renouvelable sur une durée maximum de trois ans.

Les établissements d'accueil mère-enfant peuvent être autonomes et s'appellent alors centres maternels. Les centres maternels peuvent être sections de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), ce qui suppose une convention passée entre les CHRS et les Conseils départementaux pour le financement.

#### 4. La problématique abandonnique de l'enfant confié <sup>(27)</sup>

Le traumatisme de l'abandon désigne l'ensemble des manifestations psychologiques symptomatiques ou structurales qui s'élabore au cours ou après une situation d'abandon.

Les services de protection de l'enfance du Québec ont travaillé cette thématique depuis plus de 20 ans. Deux types de situations spécifiques ont ainsi été repérés :

➤ La première concerne l'abandon explicite, le plus souvent à la naissance. L'abandon apparaît ici délibéré, clair et définitif. Il s'agit de situation où s'intriquent des facteurs de détresse affective, d'isolement familial et de précarité sociale.

En France, chaque année autour de 600 enfants sont confiés à la naissance par leur parent dans le cadre de l'accouchement avec demande de secret. Ces nourrissons le plus souvent vont être placés rapidement dans une famille adoptive où ils vont reprendre un développement psychoaffectif de qualité. L'abandon fera partie de l'histoire de l'enfant mais le fait d'être élaboré par le langage va réduire l'ampleur du traumatisme. Comme l'écrit très justement R.NEUBURGER « chez certains, l'abandon laisse une cicatrice, il y a des grands arbres plein de cicatrices qui poussent très bien. »

➤ La seconde concerne l'abandon de fait. L'enfant abandonné de fait est cet enfant placé en famille ou en établissement dont les parents se sont peu à peu désintéressés. « L'abandon de fait serait alors le résultat d'un processus évolutif de délaissement par les parents. Ce processus aboutit malgré le refus d'un abandon ouvert, explicite, au rejet physique et affectif : l'enfant vit séparé de ses parents, sans contacts significatifs ; ses parents n'investissent plus auprès de lui »

Ces situations d'abandon qui, souvent, ne sont pas verbalisées à l'enfant et ne font pas l'objet d'une élaboration psychique, sont lourdes de conséquences sur le plan du développement. Dans la situation de délaissement parental, l'enfant va progressivement organiser sa personnalité par rapport à cette absence et ce vide. Son fonctionnement psychique et sa structure de

personnalité vont s'élaborer autour de l'absence de ses parents et autour de l'expérience du manque. C'est ce que l'on appelle « le syndrome » ou la « **problématique abandonnique** ». Dans un premier temps, l'enfant va éprouver un sentiment permanent d'angoisse, de tristesse et de colère envers les adultes ; il va ensuite développer un sentiment profond de dévalorisation de soi. De nombreux psychanalystes ont décrit le vécu et le fonctionnement psychique de ces enfants qui se distinguent par l'anxiété, l'agressivité et le sentiment de non-valeur.

IL a été constaté un fonctionnement particulier du langage qui apparaît chez eux comme coupé des émotions et du corps.

Les effets psychologiques du délaissement sont d'autant plus graves lorsque cette situation délétère se prolonge et qu'elle n'est pas reconnue auprès de l'enfant. On peut ainsi distinguer 4 atteintes spécifiques :

*1-L'atteinte des processus d'attachement et d'investissement de soi-même*

L'enfant placé qui rencontre ses parents régulièrement, va progressivement intégrer leurs défaillances et leurs limites. Il va faire le deuil d'une certaine image de ses parents puis remobiliser son énergie psychique et reprendre son développement psychologique, c'est la résilience. Dans les situations de délaissement, si l'abandon n'est pas nommé et reconnu, l'enfant ne peut faire le deuil de ses parents. Le développement psychologique sera alors marqué, par la difficulté à s'investir soi-même comme une personne digne d'amour, d'intérêt et ayant une valeur propre.

Le psychanalyste N.HAMAD a écrit des mots très forts pour décrire cette situation : « L'expérience m'a appris que les parents que l'on perd de vue se figent dans un statut de morts vivants qui continue à hanter la mémoire des enfants et les empêchent de faire leur deuil». L'estime de soi apparaît globalement défaillante dans ses trois composantes : l'amour de soi, l'image de soi et la confiance en soi. Le résultat c'est que l'enfant n'est pas en capacité d'acquérir le sentiment de sécurité intérieure nécessaire à son bon développement.

Claire GORE écrit : « Plus les comportements abandonniques apparaissent tôt et favorisent un vécu insécurisant et déstructurant, plus ils perdurent, plus les dommages psychiques seront

conséquents et difficiles à soigner ». Aussi l'enfant peut refuser de s'investir dans la famille d'accueil vivant tout attachement comme dangereux. Il peut également élaborer des « croyances » négatives qui vont s'inscrire profondément en lui.

### 2-L'atteinte des processus d'affiliation ou d'appartenance

L'enfant, pour se construire, a besoin de se sentir appartenir à une famille. Le besoin d'appartenance est un besoin fondamental de l'être humain.

C.GORE estime que cette dimension est sous estimée par les professionnels « parce que probablement la grande majorité d'entre nous est, ou a été, investie dans une appartenance familiale avec le plus souvent une filiation clairement établie ». L'enfant placé, délaissé, est souvent un enfant « resté dans l'attente », qui n'a pu constituer des images parentales internes cohérentes en lien avec ses origines. Le travail de clarification de ses origines et l'élaboration du deuil, ont fréquemment été impossibles à réaliser auparavant pour différentes raisons. La conséquence majeure de ce « mal d'appartenance » c'est une construction identitaire profondément défailante avec comme corollaire l'agressivité, l'angoisse et la tristesse.

### 3-L'atteinte des processus d'apprentissage

Pour R.NEUBURGER, la relation d'attachement et la relation d'appartenance sont les deux supports fondamentaux de l'existence. Lorsqu'ils sont défailants, fragilisés ou attaqués, l'énergie psychique est détournée de son but. Elle n'est plus investie dans les apprentissages mais sert à lutter contre la dépression et le mal-être par le biais de répétition ou de ruminations sur le passé. Les enfants délaissés ont des difficultés importantes pour investir la scolarité et d'une manière générale les apprentissages que ce soit dans le domaine de la culture ou du sport. Ils présentent également des difficultés de socialisation, l'isolement s'associe alors au retard scolaire.



4-L'atteinte des processus visant à donner du sens et à construire le sentiment  
d'exister

Très tôt l'enfant délaissé est en difficulté pour donner du sens aux événements de sa vie. Il n'a pas la capacité psychique de faire face aux absences répétées et non expliquées de ses parents. Il existe souvent un décalage entre ce qu'il vit et ce qui lui est dit par son entourage. Il faut souvent attendre plusieurs années avant que la justice ne reconnaisse sa situation d'abandon. Cette difficulté à donner du sens en lien avec les défaillances de la relation d'attachement et d'appartenance vont empêcher l'enfant, puis l'adulte, à être en accord avec lui-même et à concilier et pacifier ses différentes appartenances. Pour R.NEUBURGER « le sentiment d'exister », l'aptitude à vivre sa vie et à se définir des buts se révèle profondément défaillante. De nombreux auteurs constatent la fréquence dans la population carcérale ou, chez les personnes SDF ou, hospitalisées en psychiatrie, l'existence d'un placement à l'aide sociale à l'enfance dans leur passé.

**Tableau 2 : résumé des conséquences des atteintes des différents processus d'attachement.**

Défaillance d'un processus psychique fondamental	Relation avec autrui ou à lui-même	Conséquence développementale	Syndrome abandonnique
Processus d'attachement (1er support d'existence)	Relation sociale indifférenciée ou inhibée	Impossibilité de développer un sentiment interne (confiance en soi défaillante)	Anxiété Sentiment de non valeur
Processus d'appartenance (2e support d'existence)	Défaillance ou fragilité des appartenances primaires	Sentiment d'impermanence de soi-même, trouble identitaire (image de soi défaillante)	Agressivité Repli sur soi
Processus d'apprentissage ou d'acquisition	L'énergie psychique sert à lutter contre l'angoisse et la dépression	Désinvestissement des processus d'apprentissage retard scolaire, isolement	Difficultés de socialisation, de repérage dans le temps et l'espace vécus
Capacité à donner du sens et à exister	Impossibilité de s'accorder avec soi-même ou de concilier ses appartenances	Difficultés à se projeter dans le temps, rumination sur le passé, répétition stérile	Sentiment de désespoir

## C. OBJECTIF, MATERIEL ET METHODE

### 1. Objectif de l'étude

Le but de ce travail était de décrire l'état de santé des adolescents confiés à l'ASE, accueillis en établissement ou en famille d'accueil afin d'effectuer une comparaison de leur état de santé avec celui des adolescents en population générale.

### 2. Matériel et méthode

#### *2.1. Une étude transversale descriptive*

Une étude transversale descriptive par questionnaires a été réalisée sur un échantillon représentatif de plus 400 enfants confiés à partir d'une base départementale exhaustive.

L'échantillonnage a été stratifié sur le type d'accueil et selon les tranches d'âges.

N'ont pas été inclus dans l'étude les enfants accueillis en pouponnière, accueillis par un tiers digne de confiance ou en accueil parent-enfant.

Trois types de questionnaires ont été élaborés pour l'équipe référente, l'équipe répondante de suivi de secteur et pour le jeune s'il était plus âgé de 12 ans. L'échantillon comprenait 270 jeunes de cette tranche d'âge. Le travail de cette thèse se limite sur les données issues des questionnaires répondus par les jeunes âgés de plus de 12 ans.

Le questionnaire pour le jeune comportait 60 questions à réponses fermées catégorisées par thème d'étude : âge, sexe, loisirs, alimentation, sommeil, comportements à risque, sexualité et contraception, moral et comportement, niveau scolaire, auto-évaluation de la santé.

Les 3 dernières questions permettaient aux jeunes de faire des remarques sur leur santé, sur les sujets dont ils voudraient être mieux informés, et des remarques libres.

#### *2.2. La population étudiée*

Les jeunes placés et âgés de plus de 12 ans.

Cette tranche d'âge a été choisie en raison des problématiques de santé qui sont plus variées à étudier.

Le refus d'un des parents ou d'un jeune (courrier d'information/formulaire d'opposition) constitue un critère de non-inclusion.

Tous les jeunes confiés dans une structure sélectionnées sont inclus.

15 structures sur 27 ont été tirées au sort réparties comme ceci :

- **Foyer de l'Enfance (FDE)**: La Couronne d'or (Cannes) ; Villa Clair Castel (Antibes) ; La Beluga (Antibes) ; Villa La Poulido (Vence) ; La Parenthèse (Nice, la Trinité) ; Buenos Ayres (Nice) ; Villa Alta Riba (Nice) ; Villa les Iris (Nice) ; Villa Victor Robini (Nice).
- **Maison d'enfance à caractère social (MECS)**: Fondation Emile Chiris (Grasse) ; Fondation Saint Léon (Cannes) ; Villa Béatrice (Cannes) ; ALC (Nice) ; Villa Marie-Ange (Nice) ; Maison de l'enfance (Nice, la Trinité).

### 3. Le déroulement de l'enquête

#### 3.1. *Lieux et période de l'enquête*

L'enquête s'est déroulée dans le département des Alpes-Maritimes de janvier à juin 2014 après une information des responsables des structures et des personnels cadrant au quotidien les jeunes.

#### 3.2. *Réalisation*

Le jeune, qui après explication collective du référent, a retourné son questionnaire sous enveloppe T de façon anonyme au service départemental de PMI.

#### 3.3. *Saisie et exploitation*

Les données des questions à réponses fermées sont saisies et exploitées au sein de la section Epidémiologie du service départemental de PMI. Le test du chi<sup>2</sup> a été utilisé pour tester l'indépendance entre deux pourcentage avec l'hypothèse nulle rejeter leur indépendance avec

une différence significative lorsque  $p < 0.05$ , le test *anova* pour la comparaison des moyennes. Les non-réponses ont été exclues pour le calcul des pourcentages.

La prise en compte simultanée de plusieurs facteurs afin d'étudier les déterminants de déclarer être en bonne santé pour le jeune est effectuée par la régression multi variée avec un  $p$  de 0,05.

Les dernières questions ouvertes ont fait l'objet d'une étude qualitative ayant permis de classer les thèmes et remarques par ordre de fréquence évoqués par les enfants.

## D. RESULTATS

### 1. Description de l'échantillon

#### 1.1. *Le taux de participation*

Parmi les 270 jeunes âgés de plus de 12 ans, 216 ont retourné leur questionnaire, soit un taux de participation de 80,0 %.

#### 1.2. *L'âge des participants*

Ils étaient âgés de 12 à 20,8 ans, avec une moyenne d'âge de 16 ans.

40 étaient des mineurs isolés étrangers (18,5% de l'échantillon) ont eu besoin dans la majorité des cas de remplir le questionnaire à l'aide d'un tiers car ils ne parlaient pas bien le français.

#### 1.3. *Sex-ratio (M/F) et les mesures au moment de l'étude*

Le sex-ratio a été de 0,96. Les jeunes ont été placés par des mesures qui sont réparties comme suit:

		Fréquence	Pourcentage
Valide	accueil provisoire	23	10,6
	autre	11	5,1
	confié par le juge	152	70,4
	contrat jeune majeur	29	13,4
	Total	215	99,5
Manquant		1	0,5
Total		216	100,0

#### *1.4. Répartition des jeunes en fonction du lieu de placement*

Au moment de l'étude la majorité des enfants étaient placés en établissement : 62 jeunes étaient placés en foyer de l'enfance (FDE) (28,7%), 91 en MECS (42,1%) et 63 en famille d'accueil (29,2%).

#### *1.5. Durée de placement*

Un placement long correspond à une durée de placement supérieure à 5 ans. Cela concernait 72 des adolescents ayant participé à l'étude soit 33,3 % de l'échantillon.

Le placement le plus récent était de 10 jours et le plus ancien était de 20 ans et 8 mois. La durée moyenne était de 4 ans et 8 mois avec un écart type de 5,3.

#### *1.6. Scolarité et enfant ayant des dossiers à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)*

Parmi les 172 enfants scolarisés ayant répondu, 66 (33,5%) d'entre eux avait déjà redoublé. 32 d'entre eux sont concernés par un dossier MDPH soit 16,3% de ces adolescents.

#### *1.7. Les troubles fréquents avec la loi et les fugues nocturnes*

Ils étaient seulement 6 à avoir eu des troubles fréquents avec la loi (3,1%).

14 (7,2% des réponses) adolescents avaient fait des fugues fréquemment.

2. Les réponses au questionnaire

2.1. *La santé psychique*

2.1.1. Tentative de suicide, auto-agressivité et recours à un professionnel

Item étudié (réponse oui)	Nombre de réponses à l'item	N (%)
Tentative de suicide	196	32 (16,3%)
Auto-agressivité	205	47 (22,8%)
Scarification	45	25 (55,6%)
Recours à un professionnel pour problème d'ordre psychologique.	123	123 (100%)
Recours à une structure, hôpital ou site internet.	75	75 (34,7%)

Les filles sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide (23,8 % vs 6,6 % des garçons,  $p = 0,001$ )

Elles sont ici aussi plus nombreuses à s'être scarifiées (62,9 % vs 30% des garçons,  $p = 0,065$ ).



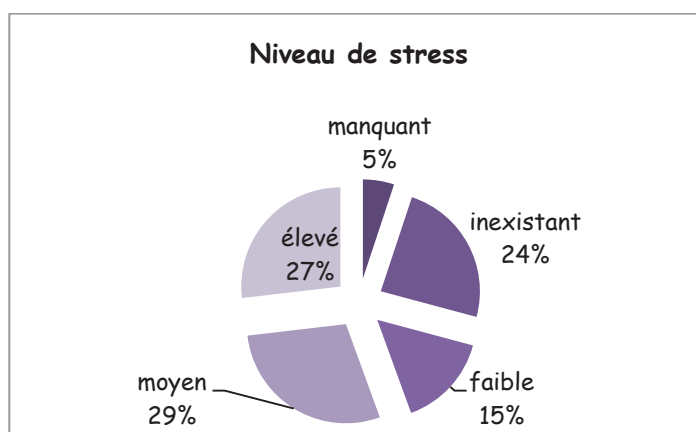
## 2.2.2. L'auto-évaluation de leur santé psychique

### ❖ Se sentir stressé

Le score du niveau de stress a été défini de la manière suivante :

- 0 : Stress inexistant
- < 4 : Stress faible
- 4 à 6 : Stress moyen
- > 6 : Stress élevé

La répartition des différents niveaux de stress :

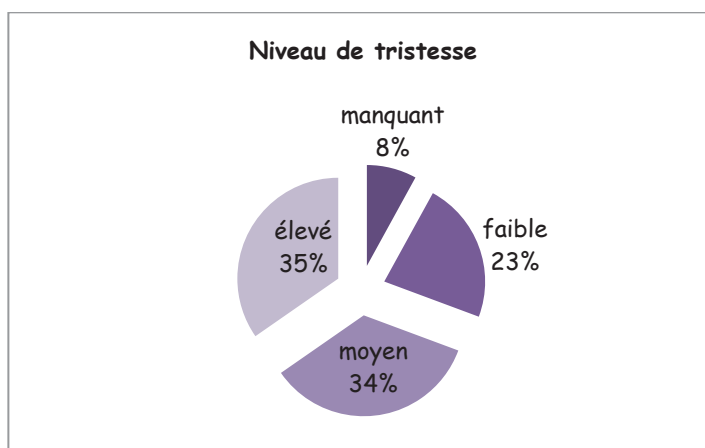


### ❖ Se sentir triste

Le score de tristesse a été défini comme ceci :

- 0 : Inexistant
- 1 à 3 : Faible
- 4 à 6 : Moyen
- 7 à 10 : Elevé

La répartition des différents niveaux de tristesse :

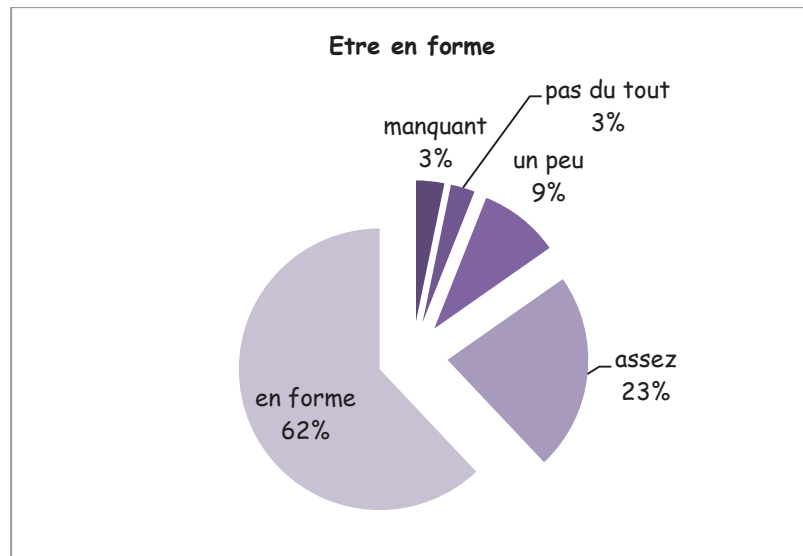


❖ Se sentir en forme

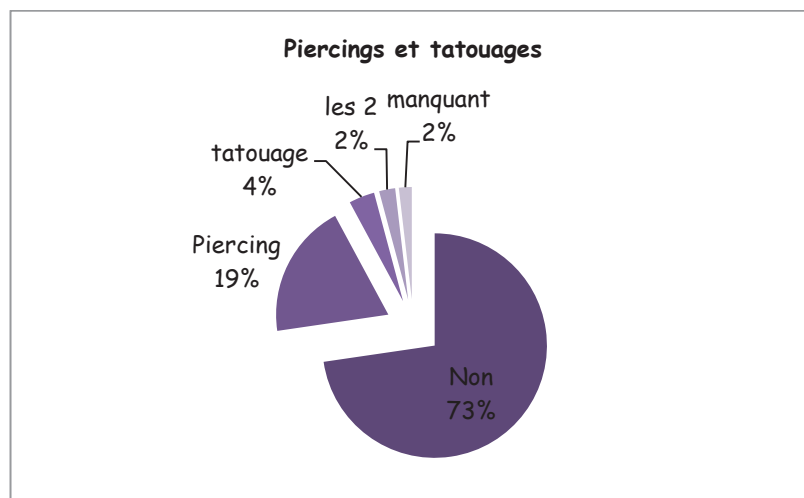
Le score du niveau de forme a été défini comme suit :

- 0 : Pas du tout en forme
- 1 à 3 : Un peu
- 4 à 6 : Assez
- 7 à 10 : En forme

La répartition en fonction du niveau de forme :



2.2.3. Tatouages et piercings

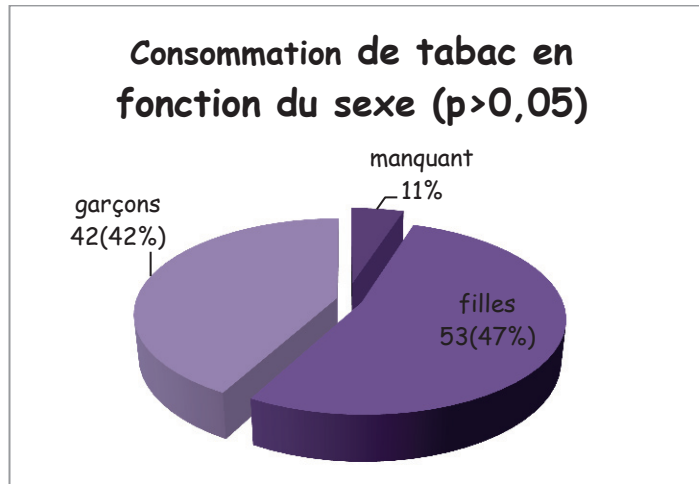


7 avaient déjà eu une infection sur un piercing ou un tatouage, soit 13,7% des répondants (51/216).

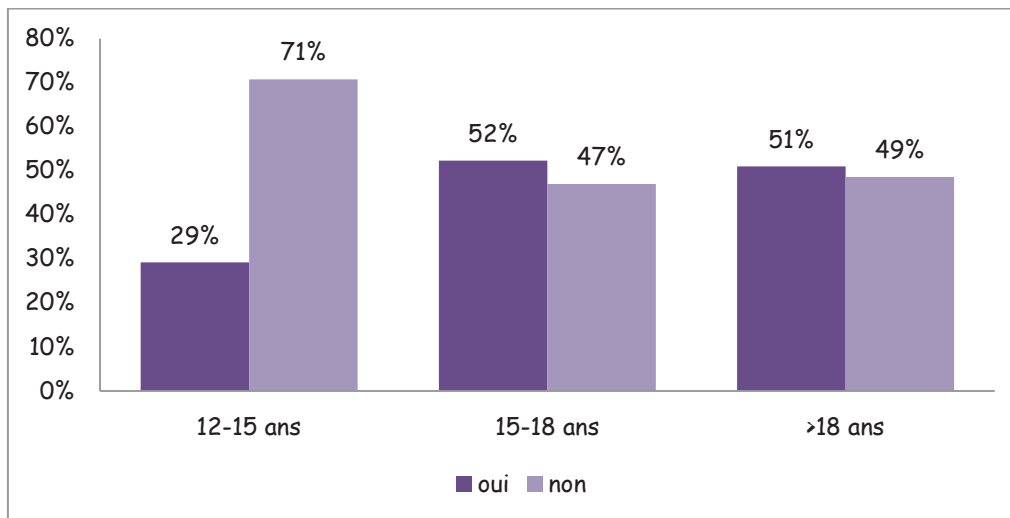
## 2.1 Consommation de toxiques et addictions

### 2.2.1 Tabac

Parmi les répondants, 95(45%) déclaraient fumer actuellement.



Consommation de tabac en fonction de l'âge :



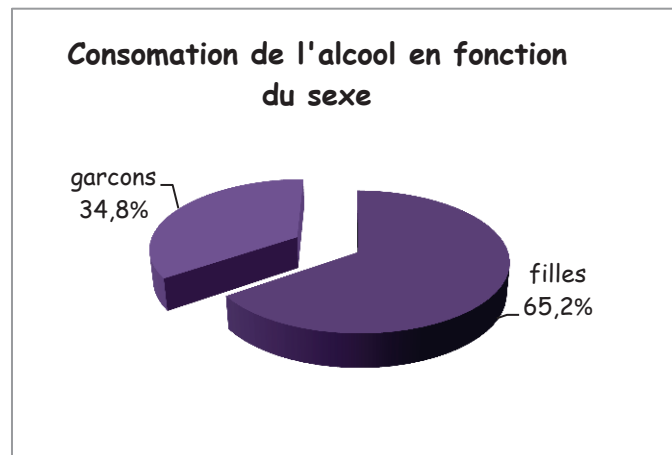
La consommation tabagique est plus élevée avec l'âge ( $p < 0.01$ ).

Par ailleurs, ils étaient 48 déclarant fumer plus de 35 cigarettes par semaine (considéré comme un usage quotidien) soit 22,9 %, 25,2% chez les filles et 20,2% chez les garçons ( $p=0,39$ ).

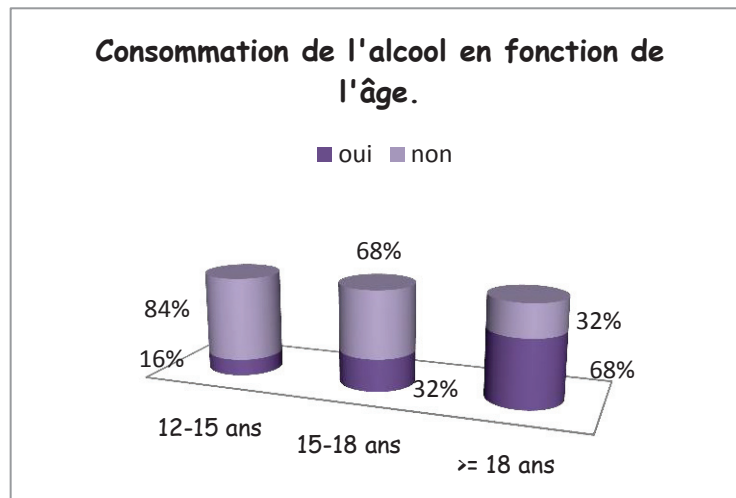
Ils sont 45(56,3%) à avoir déclaré vouloir arrêter de fumer.

## 2.2.2 L'alcool.

Item étudié	N (%)
-Alcool au cours des 3 mois précédents l'étude = oui	69 (33%)
-Alcool ( vin ou bière ou alcool fort) quotidien	3,5%



p = 0,008.



p &lt; 0.001.

### 2.2.3. Le cannabis.

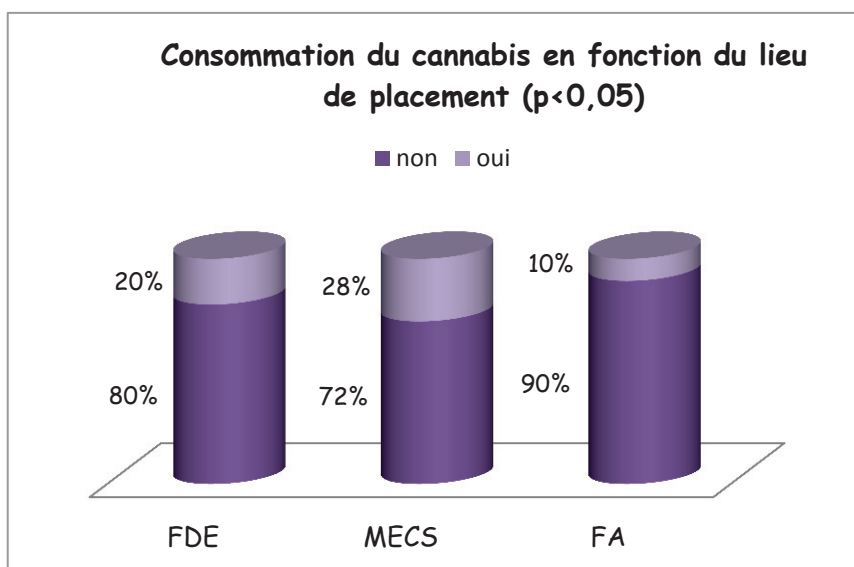
Item étudié	Nombre de participants	N(%)
Consommation = oui	210	43(20,5%)
Consommation hebdomadaire	210	29(13,8 %)
Consommation quotidienne	210	10(4,8%)

23,6 % sont des filles (26), et 17 % sont des garçons (17).(  $p>0,05$ )

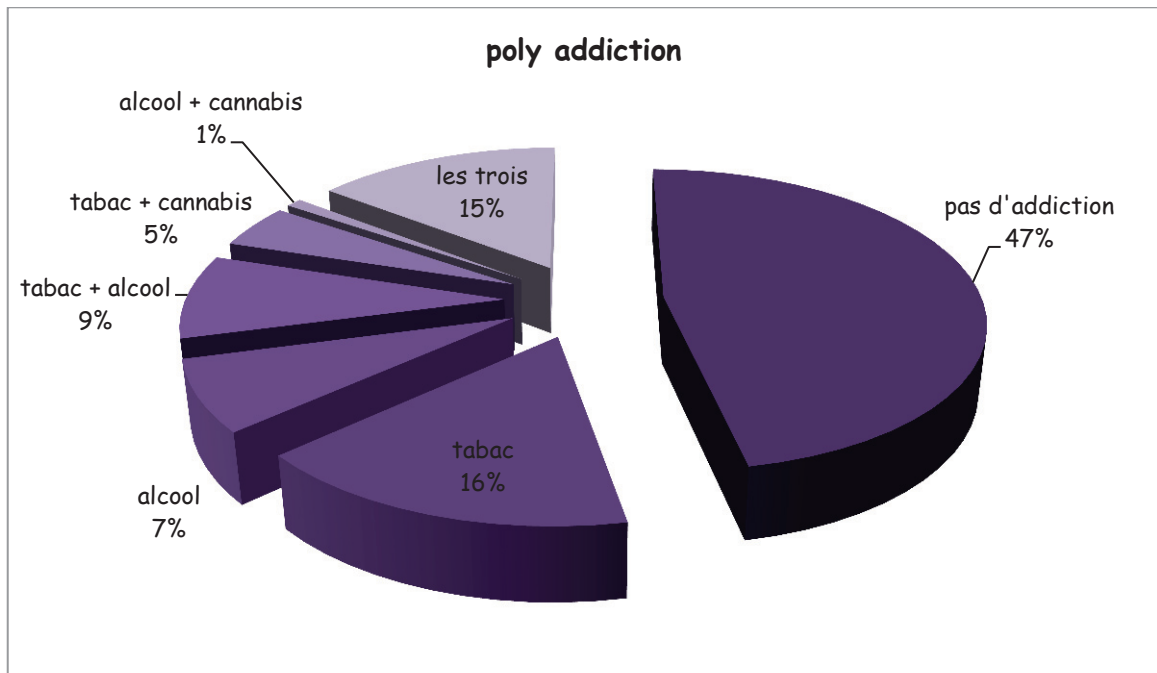
Consommation de cannabis chez les jeunes en fonction de l'âge :

Tranche d'âge	N /nombre de répondants	Alcool = oui
[12-15[ans	67	11(16,4%)
[15-18[ans	108	26(24,1%)
>= 18 ans	35	6(17,1%)

La consommation varie avec le lieu de placement ( $p<0,05$ ).

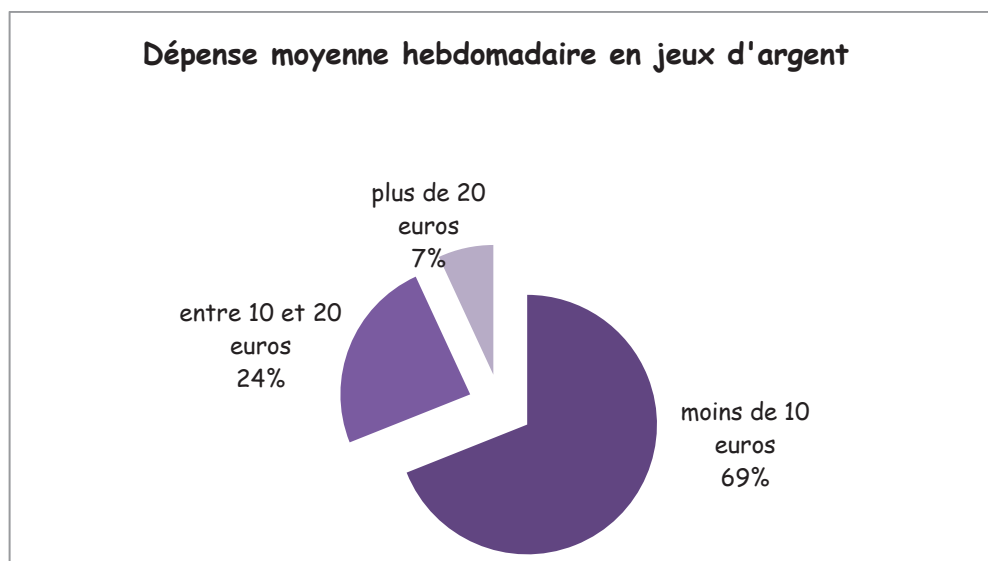


53 (54,9%) jeunes déclaraient consommer au moins un toxique.



#### 2.2.4. Les jeux d'argent

Au cours des 3 mois ayant précédé l'étude, ils étaient 29(13,8%) à avoir participé à des jeux d'argent. (210 répondants sur 216).



### 2.3 Troubles du sommeil

104 jeunes sur les 216 ayant répondu ont déclaré avoir des troubles du sommeil au moins assez souvent, soit 48,1% de l'effectif.

23,7% déclaraient avoir assez souvent à souvent des difficultés d'endormissement, 20,8% ont déjà été assez souvent à souvent en retard à cause de réveils tardifs, et 25,5 % déclaraient avoir assez souvent à souvent des réveils nocturnes.

#### 2.3.1. Durée du sommeil et impact des écrans

##### ❖ **Les adolescents dorment plus qu'ils ne le pensent.**

Ils étaient 122 à déclarer dormir suffisamment (58 1%).

Mais en définissant à 7 heures le nombre d'heures suffisantes de sommeil par nuit pour un adolescent, ils ne sont plus que 28(13,3%) à dormir peu vs 183 (84,7%) à dormir assez, avec une moyenne de 8 heures 21 minutes par nuit, une médiane à 8 heures et un écart type de 1,8.

##### ❖ **L'utilisation des moyens de communication influent sur la durée du sommeil.**

On a défini une variable « temps écran » permettant de regrouper les adolescents passant du temps au téléphone, sur internet et sur des jeux vidéo. Ils étaient 87 à répondre aux 3 critères, avec un temps écran moyen de 20 heures 10 minutes par semaine.

Parmi ce groupe d'adolescents, 12 dorment peu (moins de 7 heures) avec une durée moyenne temps écran de 26 heures et 51 minutes, et 74 dorment au moins 7 heures avec un temps écran moyen de 19 heures et 30 minutes.

##### **Moins le temps écran est long, plus la durée du sommeil augmente (p = 0,018).**

De même, si l'on analyse le temps de sommeil des utilisateurs de jeux vidéo et d'internet, on constate que plus la durée d'utilisation est longue plus le temps de sommeil raccourci (p à 0,007). La durée moyenne hebdomadaire d'utilisation pour des adolescents dormant moins de 7 heures (au nombre de 12) est de plus de 18 heures, contre 14 heures et trente minutes pour les autres (n=77).

### 2.3.2. Troubles du sommeil chez les jeunes en fonction du sexe

Les filles ont déclaré davantage des troubles de sommeil que les garçons : 60,9% vs 34,9%,  $p > 0,01$ .

### 2.3.3. Troubles du sommeil chez les jeunes en fonction de l'âge

Les troubles du sommeil diminuent avec l'âge ( $p = 0,266$ ) :

- [12-15[ans : 37 (54,4%)
- [15-18[ans : 53 (47,7%)
- $\geq 18$  ans : 14 (37,8%)

### 2.3.4. Troubles du sommeil chez les jeunes en fonction du lieu de placement

Les adolescents placés en MECS présentent plus de troubles du sommeil, avec  $p < 0,01$ .

		Lieu de placement			Total
		FDE	MECS	FA	
Présence de troubles du sommeil $\geq$ souvent	Effectif	22	56	26	104
	% dans lieu placement	<b>35,5%</b>	<b>61,5%</b>	<b>41,3%</b>	48,1%
Total	Effectif	62	91	63	216
	% dans lieu placement	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



### 2.3.5. Types de troubles du sommeil

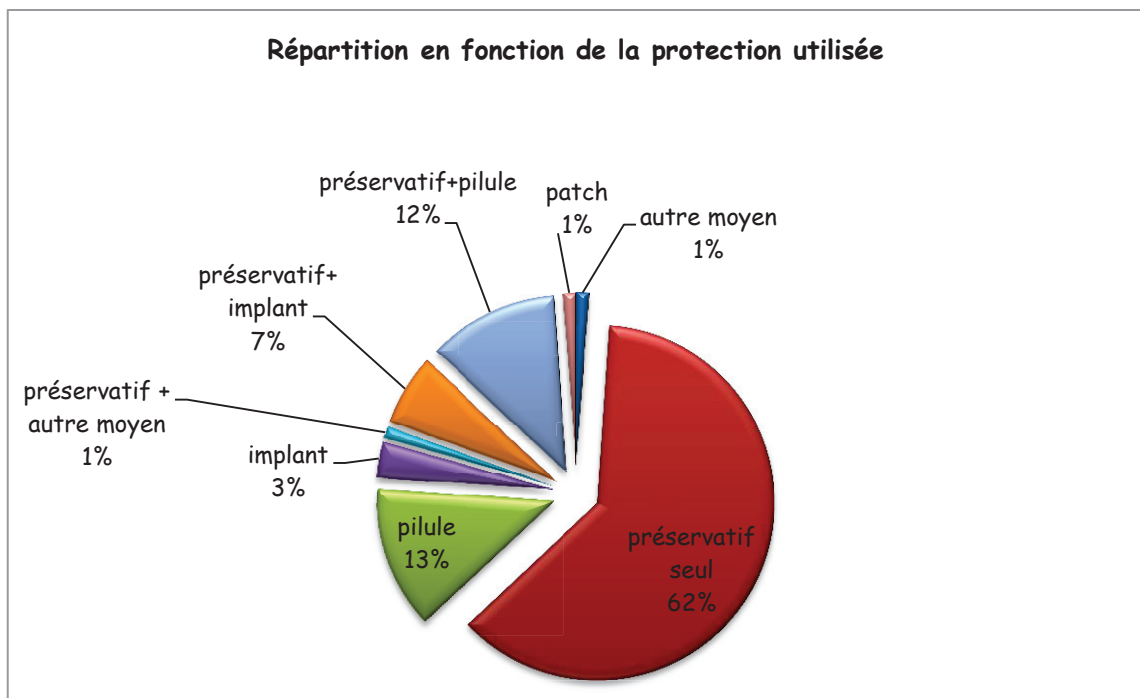
Les types de troubles.	Nombre de répondants	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Difficultés d'endormissement	215	78 (36,3%)	26 (12,1%)	25(11,6%)
Réveils nocturnes	216	82 (38%)	39 (18,1%)	16 (7,4%)
Réveils tardifs	212	50(23,6%)	32 (14,8%)	12 (5,7%)

Parmi les 22 adolescents ayant donné une cause à leurs difficulté d'endormissement, 9 (35 %) ont cité une cause liée à l'anxiété et le stress. Parmi les troubles de sommeil, les réveils nocturnes ont été plus cités.

### 2.4. Sexualité

Répartition des adolescents ayant répondu à la question avoir déjà eu des rapports sexuels en fonction du sexe et de l'âge :

Item étudié	N(%)		
Rapports sexuels = oui	95 (44%)		
Selon le sexe (filles vs garçons)	86% vs 59%		
Selon tranche d'âge	12-14 ans	15-17 ans	>= 18 ans
Filles	6%	24%	56%
Garçons	8%	36%	15%



Parmi les 81,5% d'utilisateurs du préservatif, 53,6 % l'utilisent à chaque rapport.

Utilisation du préservatif en fonction du sexe : Garçons 100% / Filles 66%.

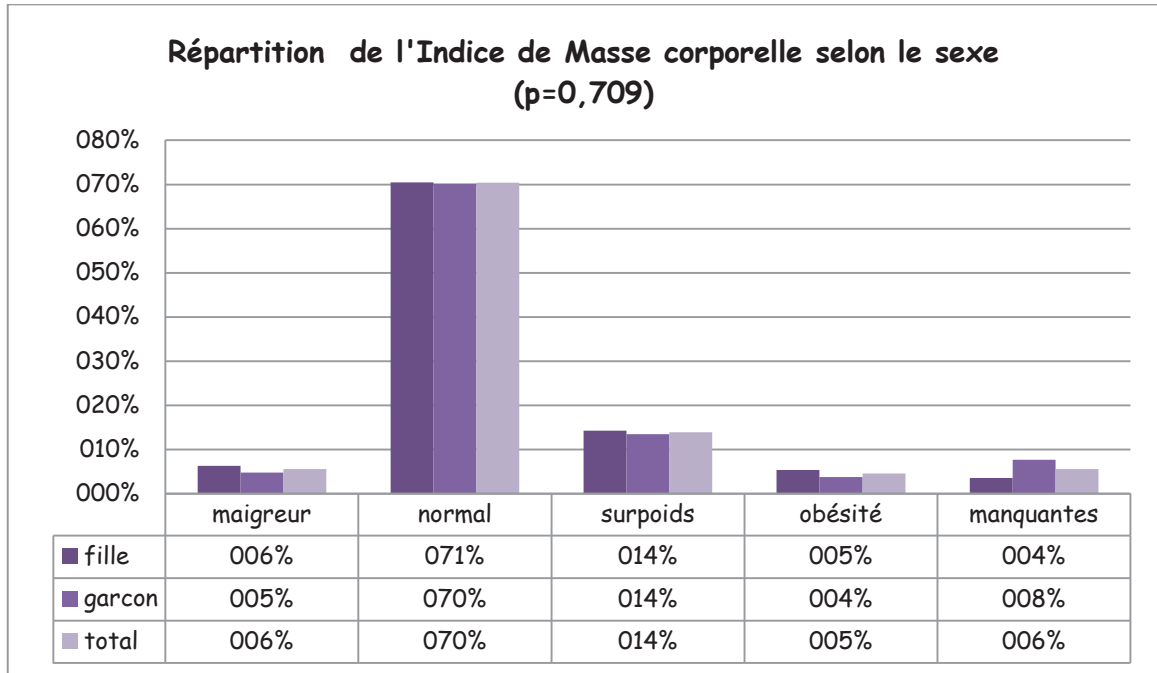
En fonction de l'âge :

- [12 -15[ans 100%
- [15 -18[ans 87,5%
- >= 18 ans 63%

Sur les 110 filles ayant répondu au questionnaire :

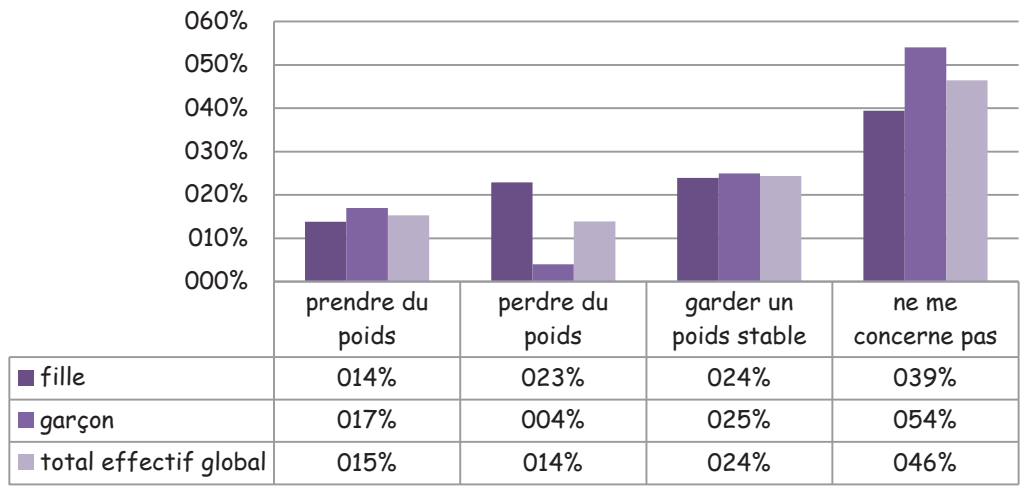
- 48,2% ont déjà **consulté un gynécologue**
- 31,8% ont une **contraception**
- 22,7% ont déjà utilisé la **contraception d'urgence**
- 10 (9,1%) ont eu une **grossesse** : 9 IVG et 1 FCS

## 2.5. Poids et alimentation

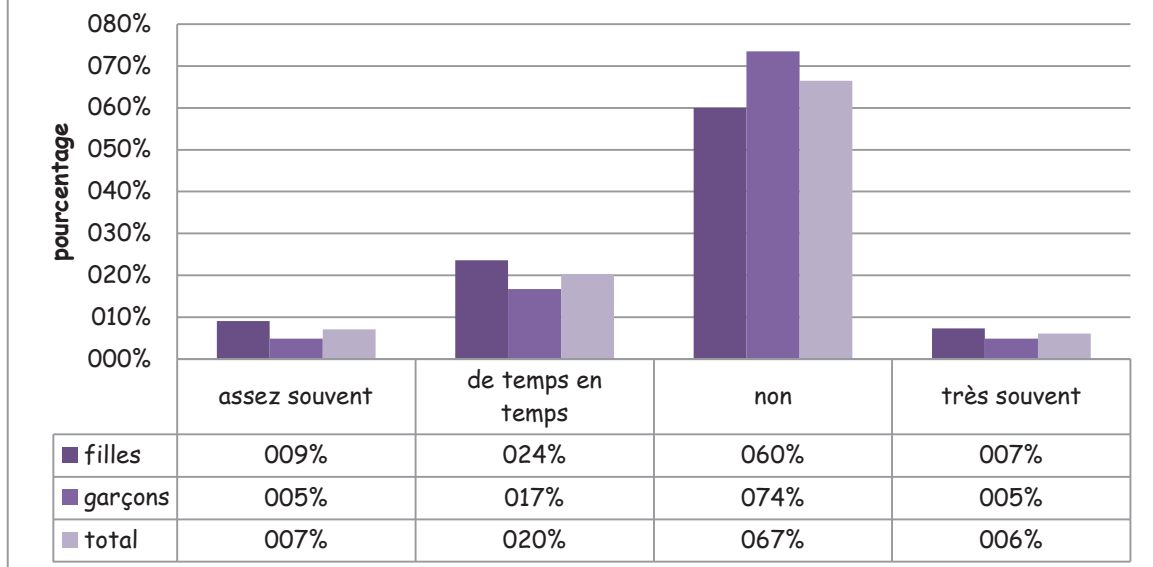


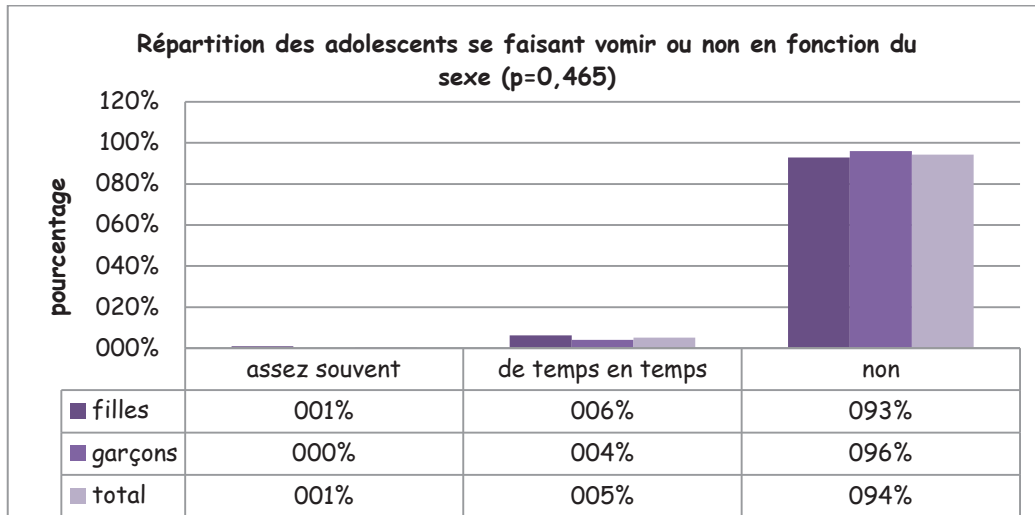
24,8% des filles déclaraient avoir perdu du poids au cours des 3 derniers mois, contre 25,5% des garçons ; 21,1% des filles ont eu un poids qui a diminué, contre 12,7 % des garçons; 33,9% des filles ont eu un poids stable versus 48% des garçons et 20,2% des filles ne savaient pas si leur poids avait changé contre 13,7% des garçons.

Répartition des adolescents ayant eu une démarche de contrôle du poids selon le sexe (p=0,001)



Répartition des adolescents déclarant faire de l'hyperphagie selon le sexe (p=0,210)





## 2.6 Auto-évaluation de leur santé par les jeunes

210 ont répondu avec une moyenne à 8,22 / 10 et une médiane à 9.

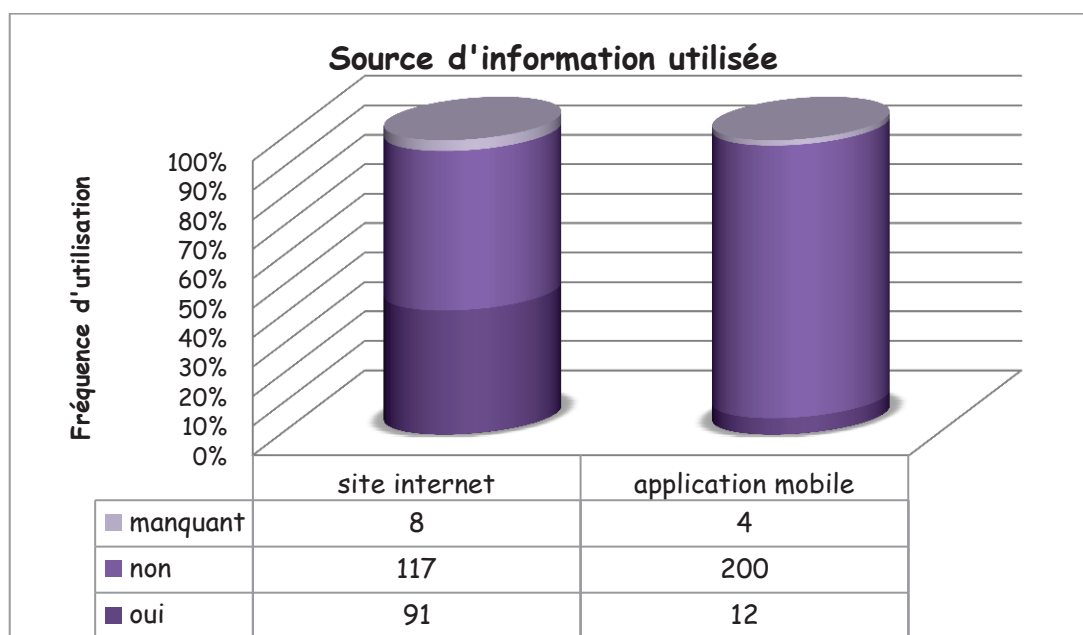
Si l'on considère être en bonne santé à partir du score 7 et plus, la proportion des jeunes en bonne santé est de 175(83,3%).

*Résultats de l'analyse bi-variée :*

Variabiles	Se déclarent en bonne santé	p
Sexe	87% chez les garçons vs 80% chez les filles	0,17
Lieu de placement	84,7% en FDE - 79,8% en MECS -97,1% en FA	0,47
Type de placement	81,8% en établissement - 87,1% en famille d'accueil	0,34
Catégories d'âge	84,6% - 84,3% - 78,4%	0,67
Alcool au moins 1x/sem	83 % vs 86%	0,72
Fumer >= 38 cg	83% vs 97%	0,50
Cannabis au moins 1x/sem	84% vs 79%	0,50
<b>Tentative de suicide</b>	<b>87,0% vs 68,8%</b>	<b>0,01</b>
<b>Troubles du sommeil &gt;= souvent</b>	<b>95% vs 71%</b>	<b>0,000</b>
Redoublement	83,5% vs 82,8%	0,91
MDPH	83,6% vs 82,2%	0,82
>= 2 toxiques	84,0% vs 83,3%	0,93
Sport	83,1% vs 83,3%	0,95
Troubles fréquents avec la loi	83,7% vs 80%	0,83

L'analyse multi variée, en prenant en compte tous les facteurs, montre que le seul facteur déterminant pour se déclarer en bonne santé est l'absence de troubles du sommeil.

## 2.7 Accès à l'information sur la santé



## 2.8 Loisirs

54,9 % des participants déclaraient pratiquer un sport. Les filles étaient moins nombreuses (47,5 %) que les garçons (52,5%) à répondre oui.

*Répartition du temps passé à voir des copains en dehors de l'école en fonction de l'âge :*

	11-14 ans	15-17 ans	plus de 18 ans	total
De temps en temps	28(41%)	51(45%)	9(28%)	88(41%)
Assez souvent	14(20%)	25(22%)	13(40%)	52(24%)
Très souvent	7(10%)	25(22%)	7(22%)	39(18%)
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>113</b>	<b>32</b>	<b>213</b>

On note que même s'ils étaient moins nombreux, les plus de 18 ans étaient ceux qui déclaraient le plus voir leurs copains en dehors de l'école.

Répartition du temps passé au téléphone en nombre d'heure par semaine selon la tranche d'âge :

	11-14 ans	15-17 ans	18 ans et plus	total
Moins de 10 h/semaine	51(85%)	80(75%)	26(79%)	157(78,5%)
De 10 à 19h / semaine	4(6%)	18(17%)	4(12%)	26(13%)
Plus de 20h / semaine	5(8%)	9(8%)	3(9%)	17(8,5%)

Quelque soit l'âge, les adolescents déclaraient en majorité passer moins de 10 heures par semaine au téléphone.

Cette tendance se retrouvait aussi quelque soit le sexe, puisque 71% des filles ayant répondu à la question et 86% des garçons, déclaraient passer moins de 10 heures par semaine au téléphone.

Jeu vidéo :

En ce qui concerne les jeux vidéo, 216 adolescents ont répondu à la question. 102(47 %) des adolescents jouaient, 43(42%) étaient des filles et 59(58%) des garçons.

76,3% des adolescents déclaraient y jouer moins de 10 heures par semaine, 23,7% de 10 à 30 heures par semaines.

Temps passé sur internet :

Ils étaient 80,9% à passer moins de 10 heures par semaine sur internet, avec une utilisation moyenne de 7 heures, et un écart-type de 9,3.

### 3 Analyses des sujets dont les adolescents aimeraient discuter

On peut les distinguer en 9 thèmes eux-mêmes divisés en 2 ou 3 sous thèmes, que je vous présente ci-dessous selon leur fréquence.

#### ENVIRONNEMENT SOCIOFAMILIAL ET PSYCHOLOGIE

Cité 21 fois, soit 19% des réponses.

Ce sujet est plus souvent évoqué par les filles.

3 sous thèmes :

- a) **Le contexte socio-familial.** Evoqué par 4 garçons et 2 filles : « *ma famille* » ; « *mon école* » ; « *les systèmes des foyers de l'enfance* » ; « *les internats scolaires* » ; « *l'école* ».
- b) **Le vécu psychologique de leur situation** évoqué par 4 filles et 2 garçons : « *ma vie* » ; « *psychologie* » ; « *faire mes valises* » ; « *sortir du foyer* » ; « *les personnes placées en famille ou dans un foyer d'accueil* » ; « *la vie d'un enfant placé* » ; « *la mort et après ?* ».
- c) **Leurs relations avec les pairs** évoqué par 4 filles et 2 garçons : « *comment vaincre la timidité ?* » ; « *le harcèlement* » ; « *les vols* » ; « *comment gérer son stress ?* » ; « *comment maîtriser son stress habituel* » ; « *comment avoir plus d'amis* » ; « *comment se faire respecter par les autres ?* » ; « *comment se faire accepter comme on est et pas comme on voudrait être ?* ».

#### SEXUALITE ET CONTRACEPTION

Cité 20 fois, soit 18 % des réponses.

Ce sujet est plus fréquemment cité par les garçons.

3 sous thèmes :

- a) **La sexualité** évoqué par 8 garçons et 4 filles : « *la sexualité* » ; « *les différentes sexualités* »
- b) **La contraception** évoquée exclusivement par des filles (4) : « *les différents moyen de contraception* » ; « *contraception* », « *les risques des moyens de contraception* » ; « *les IVG* »



- c) **Les relations avec le sexe opposé** évoqué par 4 garçons et 1 fille : « *les filles* » ; « *les relations avec les garçons* » ; « *les relations avec les hommes* »

### SANTE ET MALADIES

Cité 12 fois soit 11% des réponses.

Ce sujet est plus fréquemment cité par les filles.

2 sous thèmes :

- a) **Le bien être** évoqué exclusivement par les filles (5) : « *les habitudes de vie* » ; « *aller plus régulièrement chez le médecin pour les lunettes* » ; « *l'hygiène de vie* » ; « *la santé* »
- b) **La maladie** évoqué par 2 garçons et 5 filles : « *les maladies* » ; « *les cancers* » ; « *les maladies* » ; « *le ver solitaire* » ; « *les maladies du trauma* »

### ACTIVITES SPORTIVES

Cité 11 fois, soit 10% des réponses.

Majoritairement cité par les garçons (9 contre 2 fois par les filles) : « *le sports* » ; « *football* »

### AVENIR

Cité 11 fois soit 10 % des réponses.

Cité plus souvent par les filles.

2 sous thèmes :

- a) **Etudes et vie professionnelle** évoqué 2 fois par les garçons et 4 fois par les filles : « *le travail et les études* » ; « *les études* » ; « *la vie professionnelle* » ; « *scolarité* »
- b) **Futur/ projet** évoqué exclusivement par des filles (4) : « *projet professionnel* » ; « *le métier de professeur (mon futur métier)* » ; « *la vie en société d'un adulte* » ; « *les études (avenir)* »

### CONSOMMATION ET EFFETS

Évoqué 11 fois, soit 10% des réponses.

Ce thème est lui aussi plus souvent évoqué par des filles (7 contre 4 fois par les garçons) qui s'interrogent plus particulièrement sur les effets des produits consommés. Les mots employés : « *qu'est-ce qui donne envie de fumer ?* » ; « *tabac* » ; « *conséquences de la chicha* » ; « *l'effet de la drogue sur le corps* » ; « *l'effet des drogues et du cannabis sur les corps* » ; « *la cigarette électronique( danger et bienfaits par rapport au tabac classique)* » ; « *comment arrêter de fumer ?* » ; « *la drogue* » ; « *l'alcool et la drogue* » ; « *effets du tabac sur les poumons* » ; « *dangers sur la route* ».

### LES LOISIRS

Évoqué 10 fois soit 9% des réponses.

Plus fréquemment évoqués par les filles (6 fois contre 4 par les garçons) : « *la nature* » ; « *les jeux vidéos* » ; « *la musique* » ; « *voyage* » ; « *faire des activités plus féminines* » ; « *des prochaines sorties ou vacances* » ; « *fleurs déco* » ; « *loisirs* ».

### ALIMENTATION

Évoqué 7 fois, soit 6% des réponses.

Majoritairement cité par des filles (5 contre 2 fois par les garçons), qui laisse transparaître un problème avec leur poids (subjectifs ou objectifs avérés par le calcul de leur indice de masse corporel) par les mots « *mon alimentation* » ; « *la nourriture* » ; « *l'alimentation* » ; « *le régime/perdre du poids* »

### POLITIQUE ET RELIGION

Évoqué 6 fois, soit 6% des réponses et majoritairement cité par des garçons (4). « *La politique* » est retrouvé 4 fois parmi les réponses et la religion 2 fois par les mots « *la religion* » ; « *dieu(Islam)* ».

4 RemarquesCelles liées au questionnaire:

Ce sont les remarques les plus nombreuses (26 remarques liées au contenu du questionnaire, soit plus de 63% des réponses).

- *Intérêt du questionnaire.* (14 remarques soit 34% des réponses sur ce thème).

Les adolescents ont clairement exprimé leur opinion concernant l'utilité de ce questionnaire « *j'ai trouvé des questions intéressantes d'autres non* » ; « *Je ne vois pas l'utilité de ce questionnaire* ».

- *Adapté à leur situation* (6 remarques soit près de 15 % des réponses).

3 d'entre eux ne se sont pas sentis concernés par tout le questionnaire : « *il y a des choses qui ne nous regardent pas comme l'alcool* » ; « *ce test [...] ne reprend pas tous les critères : les jeunes ne sont pas tous à l'école et s'activent aussi ! (jeune salariée)* » ; « *beaucoup pour adulte* ».

Pour les 3 autres un tiers a noté l'absence de scolarité ou la difficulté à finir.

- *Questionnaire trop intrusif* (4 remarques soit 10% des réponses).

14 filles et 1 garçon ont trouvé les questions trop « indiscrètes ».

Celles liées à leur contexte de vie

Elles représentent 15 remarques soit environ 37 % des réponses.

- *Doléances sur leurs quotidiens.* (2 remarques, 5% des réponses).

2 adolescents ont émis des besoins directement liés à leur quotidien : « *il important d'améliorer la qualité de la nourriture, ainsi que les lits, le matériel de divertissement [...]* » ; « *les foyers de l'enfance [...] deviennent n'importe quoi* ».

- *Constats sur leur santé.* (4 remarques, 10% des réponses)

« *J'ai des kilos en trop et j'aimerais les perdre* » ; « *je ne mange pas assez. J'ai du mal à me concentrer j'ai trop de soucis.* » ; « *Je vais bien* » ; « *je ne pense pas que ma santé est parfaite [...]* ».

- *Constat sur leur placement et leur comportement / vécu. (9 remarques soit 22% des réponses).*

Certains adolescents expriment leur ressenti concernant leur placement actuel, « *heureusement que je suis en famille d'accueil, je n'ai plus de famille et malgré mes problèmes ma maman d'accueil reste toujours auprès de moi* » ; « *mon assistante familiale n'a jamais voulu se donner du mal de m'accompagner[...]* » ; « *ça me saoule d'être placé* » ; « *je me sens super bien dans ma famille d'accueil et je souhaite y rester encore longtemps[...]* » ; « *cela fait 17 ans que je suis placée et je me sens bien dans mes baskets, voilà* ».

D'autres font des remarques plus évasives mais en lien avec leur contexte de vie comme ces 2 adolescents immigrés : « *nous étrangers souffrons en France* » ; « *les filles françaises n'aiment pas les noirs* ».

D'autres analyse leur comportement / relation aux autres et celles des autres à eux : « *être dans un groupe est compliqué surtout lorsque l'on n'arrive pas à s'exprimer* » ; « *je parle un peu mal aux éducateurs et éducatrices à l'école je parle très mal* ».

## E. DISCUSSION

### 1. Résultats de l'enquête et comparaison avec la population générale tout venante du même âge

#### 1.1. Santé psychique

L'étude a mis l'accent sur les troubles psychologiques, psychiques dans le développement des jeunes entraînant des troubles de concentration et des apprentissages.

Les enfants confiés sont des adolescents à risque en raison d'une part d'un point de vue médico-social selon le motif de leur placement et d'autre part en raison des troubles du comportement que cette situation familiale aurait pour conséquences. <sup>(6)</sup> Les adolescents qui ont des relations positives avec leurs parents ou d'autres adultes sont moins enclins à la dépression. <sup>(21)</sup>

❖ Dans notre enquête 16,3% de ces adolescents ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide (TS).

Si l'on compare ces chiffres avec ceux de la population générale on note effectivement un taux plus élevé. Un récent article de l'INSERM 2015 résumant les données d'une étude menée en 2013 confirme ce fait puisque 7,8 % des jeunes interrogés ont déclaré avoir déjà effectué une TS. <sup>(16)</sup>

Entre 2007 et 2011 les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés avoisinant en moyenne 43 pour 10 000. Chez les 10-14 ans, ces taux étaient autour de 14 pour 10 000. <sup>(15)</sup> Toutefois dans le rapport de l'INVS seuls sont recensés les TS ayant conduites à l'hospitalisation d'où un biais de recrutement ne permettant pas de faire de comparaison.

❖ Cependant dans notre étude plus d'un jeune sur 10 déclarait avoir été violent envers lui-même. Le recours à un professionnel de santé ou à une structure pour un problème psychiatrique a été lui aussi important (53,4%). Enfin 68% déclaraient se sentir moyennement à très triste et 48% stressés.

Or, si on utilise le test CAFARD préconisé comme outil en consultation de médecine générale pour le dépistage du risque suicidaire chez les adolescents on peut constater que ces enfants sont de part leur situation familiale et leurs réponses au questionnaire dans le groupe à risque de commettre un jour une tentative de suicide<sup>(17,18)</sup>.

Dans notre étude, 11,6% des jeunes interrogés déclaraient s'être scarifiés soit presque le double si l'on considère selon les chiffres de l'enquête de la fondation Pfizer : 6 %.<sup>(19)</sup>

❖ Tatouage et piercing, même s'ils apparaissent comme un phénomène de mode actuel, restent de nos jours, pour beaucoup, des pratiques marginales parce qu'elles paraissent davantage liées à la mutilation qu'à l'ornementation corporelle. Le signe tégumentaire est, chez l'adolescent en mal de reconnaissance (il ne sait pas où se situer : ni plus tout à fait enfant, ni encore tout à fait adulte) une manière d'écrire dans la chair les moments clés de l'existence. La marque corporelle est une prise d'autonomie, une manière symbolique de prendre possession de soi, une manière de rompre le cordon ombilical et de s'affirmer. Le corps, faute pour l'adolescent de pouvoir exercer un contrôle sur son existence, est un objet à portée de main sur laquelle la volonté personnelle est presque sans entrave. Ces modifications corporelles sont le témoin d'une transformation.<sup>(20)</sup>

« Les jeunes en souffrance vivant leur corps comme un lieu malencontreux qui ne leur correspond pas, veulent soit l'abimer en l'attaquant, le scarifiant, ou en lui imposant des formes de toxicomanie et d'alcoolisation ; soit se réconcilier avec lui en le réparant à travers par exemple le tatouage ou le piercing. Ce genre de modifications corporelles peuvent se montrer efficace pour faire renâître à eux-mêmes certains de nos adolescents qui vont parfois jusqu'à évoquer un rite de passage », déclare David Le Breton. Ainsi, 12% ont déjà fait un piercing (19% des filles contre 5% des garçons), 7 % un tatouage (7% des filles, 6% des garçons). « Pour les adolescents bien dans leur peau, modifier son corps par le tatouage contribue à davantage de mieux-être », souligne-t-il. Quand on s'attache aux pratiques des 17-18 ans, les pourcentages relatifs aux tatouages et piercing notamment se révèlent plus élevés : 13% des adolescents de 18 ans ont déjà fait un tatouage, 21% un piercing contre respectivement 1% et 6% à 15 ans, « probablement parce que les jeunes de cette tranche d'âge gagnent en autonomie, échappent moins à la culture de classe d'âge et sont moins sous l'emprise de l'autorité parentale », analyse l'anthropologue<sup>(19)</sup>.

Si l'on compare avec notre étude on constate que ces chiffres sont inférieurs à ceux de notre échantillon En effet 23 % déclaraient avoir un tatouage, un piercing ou les deux dont 19,4% un piercing et 3,7% un tatouage. La part plus importante de piercings peut s'expliquer par leurs coûts inférieurs aux tatouages.

Il est important de connaître ces chiffres pour le médecin qui sera amené à suivre ces enfants, car au-delà du côté psychologique de ces pratiques, il y aura aussi le travail de prévention sous-jacent avec les risques d'infection qui en découlent et l'importance de la mise à jour des vaccinations.

La problématique abandonnique décrite plus haut nous permet de comprendre ces résultats puisque par définition ces enfants se construisent dans un profond sentiment de dévalorisation de soit.

### 1.2. Auto-évaluation de leur santé

Paradoxalement ils étaient 62 % à se déclarer en forme. On pourrait penser que ces adolescents font la distinction entre leur santé physique et leur santé psychique. Mais nous avons aussi vu plus haut que le langage chez les enfants ayant subi un « abandon de fait », c'est-à-dire placés au sein de l'ASE, apparaît chez eux comme coupé du corps.

C'est d'ailleurs ce que révèlent leurs réponses à l'auto-évaluation puisqu'ils sont 87% à se déclarer en bonne santé.

L'étude a révélé que le contexte de placement était un facteur influençant puisque les enfants confiés en famille d'accueil sont plus nombreux à se déclarer en bonne santé que ceux placés en structure.

Cela semble aussi cohérent puisque le fait d'être en famille d'accueil leur permet de reprendre souvent un développement psychoaffectif de qualité, même si ce n'est pas toujours évident. Au sein de ces familles ils ne subissent pas les troubles du comportement des autres enfants dans la même situation qu'eux, ni leur agressivité. De plus, ils accèdent à des conditions de vie semblables aux adolescents lambda.

## 1.3. Prise de risque chez les adolescents

Tabac, Alcool et cannabis sont les trois substances psycho actives les plus consommées en population générale.

		Notre étude	Enquête ESCAPAD	
<b>Tabac</b>	<i>Oui = en ce moment même de temps en temps</i>	45%	8,9 %	Régulièrement = Au moins 10 usages dans les 30 derniers jours et quotidiennement
	<i>Quotidiennement en ce moment (&gt;=7cg/sem)</i>	39,2%	32,4%	Quotidiennement = 1 usage/jour au cours de 30 derniers jours
	<i>Filles vs garçons</i>	47% vs 42%	70,1% vs 66,8%	
	<i>&gt;10 cigarettes/jour</i>	Filles > garçons	Garçons > filles	
<b>Alcool</b>	<i>Oui au cours des 3 derniers mois</i>	33%	89,3%	Oui = au moins une fois dans la vie
	<i>Filles vs garçons</i>	filles > garçons	Garçons > filles	
<b>Cannabis</b>	<i>Oui au cours des 3 derniers mois</i>	20,5%	9,2%	Régulièrement = au moins 10 usages dans les 30 derniers jours
	<i>Filles vs garçons</i>	Filles (23,6%) > garçons (17%)	Garçons (44%) > filles (45,8%)	
	<i>Quotidiennement</i>	4,6%	4%	Quotidiennement = 1 usage/jour au cours de 30 derniers jours

L'enquête ESCAPAD 2014 menée par l'organisation française des drogues et toxiques, parue en Avril 2015 concernait 22023 individus âgés de 17 ans et a permis d'obtenir une estimation de leur consommation. <sup>(21)</sup>

Les jeunes confiés consommaient davantage de tabac, d'alcool et de cannabis que ceux de l'étude ESCAPAD avec des items qui sont presque similaires.

Les filles confiées sont plus nombreuses à fumer du tabac et du cannabis.

Elles sont aussi significativement plus nombreuses à avoir consommé de l'alcool au cours des 3 mois précédents leur participation.

D'autre part plus on avançait dans l'âge plus les jeunes déclaraient avoir consommé de l'alcool avec une surconsommation chez les plus de 18 ans. Près d'un jeune sur 5 déclaraient en avoir consommé au cours des 3 derniers mois précédents l'enquête.



En revanche le lieu de placement s'est révélé être un facteur influençant la consommation de cannabis, puisque les adolescents placés en famille d'accueil consommaient moins que ceux placés en FDE et eux-mêmes consommaient moins que ceux placés en MECS.

Ces résultats peuvent nous laisser penser que l'accès au cannabis est plus facile en MECS ou du moins que le lieu de placement est un facteur influençant le comportement de ces adolescents.

Globalement les enfants confiés sont plus nombreux à fumer, à consommer du cannabis et de l'alcool, l'usage est plus régulier et les filles ont tendance à être plus concernées par ces comportements à risque.

Ici encore la problématique abandonnique pourrait expliquer en partie ces résultats notamment lorsque le parallèle est fait entre la dévalorisation de soi et la consommation de cannabis.

#### ❖ Sexualité et contraception

Que ce soit pour l'âge du premier rapport, la pilule du lendemain ou bien encore les IVG les résultats de notre étude révèlent que les adolescents confiés sont plus nombreux à avoir des rapports sexuels tôt, utilisent plus la pilule du lendemain, et ont eu plus souvent recours à l'IVG :

- Presque 8% des garçons et 6% des filles âgés de 12 à 14 ans avaient déjà eu un rapport et 36% des garçons vs 24% des filles entre 15 et 17 ans. Dans l'étude HBSC de 2010 <sup>(12)</sup>, 9 % des garçons et 4 % des filles déclarant des rapports avant 13 ans, et 25,5% des garçons (respectivement 14% des filles) avant 15 ans, Près d'un élève sur cinq en 4e et 3e a déjà eu un rapport sexuel, les garçons étant plus nombreux que les filles (22% vs 14%)

Cette enquête nationale a montré que l'initiation sexuelle précoce a été associée à d'autres comportements à risque, tels que le tabagisme (surtout pour les filles), l'ivresse, l'usage du cannabis et les sorties nocturnes fréquentes, mais aussi à des facteurs plus contextuels.

Ceci explique peut-être les résultats de notre étude.

- Toujours dans l'enquête HBSC, <sup>(23)</sup> parmi les moyens de contraception, une majorité d'élèves ont utilisé le préservatif (85,4 %) lors de leur dernier rapport, suivi de la pilule contraceptive (33,1 %), et de la pilule du lendemain (16,5 %).

Dans les deux tiers des cas (62,3 %), les adolescents initiés ont déclaré n'avoir utilisé qu'une seule méthode de contraception lors de leur dernier rapport, et dans un cas sur cinq (22,6 %), deux méthodes. <sup>(23)</sup>

Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés dans notre étude, à l'exception de l'utilisation de la pilule du lendemain puisque les adolescentes de notre étude étaient 22,7% à avoir déjà utilisé la contraception d'urgence.

Mais si l'on compare avec l'exploitation par l'ORS PACA des données du Baromètre santé 2010 on constate dans notre région que 22,6% des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives ont déjà eu recours, au moins une fois, à la contraception d'urgence. <sup>(25)</sup>

- Chez les mineures, le taux d'IVG en France métropolitaine en 2011 était de 10,5‰. En 2011, parmi les régions de France métropolitaine, la région PACA présente également le plus fort taux d'IVG chez les mineures avec un taux de 13,9‰ (contre 10,5‰ en France métropolitaine). <sup>(25)</sup>  
8% des jeunes filles confiées ont eu recours à l'IVG, soit 5 fois plus nombreuses que celles de la population de même âge.

On peut constater là encore que notre population adopte des comportements plus à risque.

#### 1.4. Troubles de l'alimentation

Les résultats de notre étude ont montré que 14% des adolescents (15% des filles et 13% des garçons) étaient en surpoids; 5 % souffraient d'obésité (5% des filles et 4% des garçons); enfin 6 % étaient en insuffisance pondérale (6% des filles et 5%des garçons).

Par ailleurs l'étude a montré que les filles étaient le plus concernées par une démarche de contrôle de leurs poids. Elles étaient près de 23% (22,9%) à avoir répondu qu'elles avaient modifié leur alimentation au cours des 3 mois précédents l'enquête dans le but de perdre du poids contre seulement 4% des garçons. 54% des garçons ont répondu ne pas être concerné par cette question contre moins de 40% (39,4%) des filles.

Un article paru en 2005 révélait que les troubles de l'alimentation concernaient, pour les formes avérées, 1 % des adolescentes pour l'anorexie, 4 % pour la boulimie. Ils débutaient le plus fréquemment à 13-14 ans ou 17-18 ans pour l'anorexie et à 18-20 ans pour la boulimie. Ils étaient de prédominance féminine : 9 cas sur 10 pour l'anorexie mentale et 7 sur 10 pour la boulimie. <sup>(22)</sup>

Dans l'étude HBSC réalisée en 2010, les filles se sont montrées plus nombreuses à s'investir dans une démarche de contrôle du poids, en particulier à travers un régime. Environ 1/3 des adolescents pensaient devoir faire ou faisaient un régime. À cet âge, le poids constitue une composante centrale de l'image de soi. Les résultats poids/taille montraient que 5% des jeunes interrogés étaient en insuffisance pondérale et 11% en surpoids (obésité incluse). Cette dernière tendance se stabilise depuis 2006 et place la France parmi les pays avec les taux de surpoids les plus faibles (33e et 38e places des 39 pays pour les garçons et les filles de 11 ans). <sup>(23)</sup>

Ces chiffres montrent que notre population présente plus de trouble du poids et notamment concernant le surpoids et l'obésité.

### 1.5. Troubles du sommeil

Dans l'étude HBSC, le temps de sommeil total (TST) - déclaré pour les jours avec classe le lendemain (Temps de Sommeil Total Classe, TSTC), ainsi que pour les jours sans classe le lendemain (Temps de Sommeil Total Non-Classe, TSTN) - a été calculé en faisant la différence entre l'heure de coucher et l'heure de réveil. L'écart entre garçons et filles est assez net concernant la notion de dette de sommeil (TSTN - TSTC). En 3e, on observe 1 h 53 de dette en moyenne pour les filles contre 1 h30 pour les garçons. Bien que dans notre travail les réponses concernant l'item sommeil ont été regroupées sous le terme « troubles du sommeil » et qu'il ne s'agisse pas d'un décompte du nombre d'heures, nos résultats vont dans le sens de ceux de l'étude puisque les filles étaient plus touchées par ces troubles.

L'analyse des données a montré que Les adolescents dorment plus qu'ils ne le pensent et que l'utilisation des moyens de communication influent sur la durée du sommeil : moins le temps écran est long, plus la durée du sommeil augmente.

Ces données vont dans le sens de celles de l'étude HBSC puisqu'avec ceux qui utilisent un ordinateur dorment moins longtemps (8 h 06 vs 8 h 50), de même ceux disposant d'un téléphone portable équipé d'Internet (7 h 59 vs 8 h 44) ou encore ceux regardant la télévision le soir dans leur chambre (8 h 16 vs 8 h 48). À l'inverse, les collégiens qui lisent dorment plus longtemps que les autres : 8 h 52 vs 8 h 28. Le sommeil apparaît ainsi en compétition avec l'utilisation des divers outils électroniques et audiovisuels disponibles dans la chambre. <sup>(23)</sup>

Par ailleurs, nous savons que le sommeil joue un rôle fondamental sur la santé, le bien-être physique et psychologique des individus. Il est également un facteur essentiel de la cognition et de l'émotion y compris de l'apprentissage et la consolidation de la mémoire. En effet, les troubles du sommeil sont les symptômes révélateurs des troubles de l'anxiété, de la dépression et d'autres maladies psychiatriques chez l'enfant.

L'analyse multi variée, en prenant en compte tous les facteurs, montre que le seul facteur déterminant pour se déclarer en bonne santé est l'absence de troubles du sommeil.

Or 104 adolescents (48,1%) ont déclaré avoir souvent des troubles du sommeil tous types confondus.

Ils sont donc par définition plus exposés à développer des troubles d'ordre psychologique.

## 1.6. Loisirs

Le temps passé avec les amis après l'école n'est pas lié au niveau de formation, alors que celui passé en soirée augmente significativement entre la 6e et la 3e et donc avec l'âge. <sup>(23)</sup> C'est aussi ce qu'a révélé notre étude.

Dans l'étude HBSC, plus de la moitié des adolescents (54,6 %) déclarent une activité sportive supérieure ou égale à 2 heures par semaine. Les garçons sont bien plus nombreux que les filles à pratiquer une activité sportive plusieurs fois par semaine (77,8 % vs 48,9 %). Ces résultats rejoignent ceux de notre étude : 54,9% pratiquaient un sport et les filles étaient moins nombreuses que les garçons (47,5% vs 52,5%).

## 2. Limite de l'étude

Le fait que seuls les adolescents parlant bien le français et ne présentant pas de troubles psychiatriques graves ont pu répondre seuls au questionnaire représente le biais de sélection principal de cette étude.

## 3. Propositions.

### 3.1. Sensibiliser les médecins qui peuvent être amenés à suivre cette population.

Les résultats de notre enquête nous confortent dans l'idée que les enfants confiés à l'ASE font effectivement partie d'une population particulière ayant ses propres spécificités. On a pu constater que même si les préoccupations médicales rejoignent celles de la population adolescente générale, ils n'en restaient pas moins des adolescents à risque dans leurs habitudes de vie.

Il semble donc nécessaire que les médecins généralistes qui croiseront leur chemin un jour puissent bénéficier d'une formation complémentaire afin d'être sensibilisés sur le sujet, notamment concernant les problèmes psychologiques, avec la création d'un réseau avec la pédopsychiatre, voir la réalisation d'un travail en lien avec les services médico-sociaux. L'ANESM a d'ailleurs récemment publié des recommandations concernant la prise en charge des enfants et préconise le travail en réseau de tous les acteurs de la santé intervenant dans le parcours de soin des enfants confiés à l'ASE. <sup>(28)</sup>

La place du médecin généraliste dans le suivi des jeunes confiés pour éviter une rupture dans leurs parcours de soins pourrait peut-être passer par le dossier médical partagé et son implication lors du placement.

### 3.2. Disposer des questionnaires en salle d'attente

Cela est pratiqué depuis les débuts du service de médecine pour adolescents en 1982 à l'hôpital Bicêtre.<sup>(26)</sup>

Les principaux avantages d'un questionnaire confidentiel de pré-consultation sont les suivants :

- il rassure d'emblée, par sa nature confidentielle, sur l'intention du médecin de respecter le droit de l'adolescent au secret professionnel;
- il permet à l'adolescent de se faire immédiatement une idée de la disposition du médecin face à un inventaire assez large des besoins ou préoccupations de santé possibles;
- il indique, par le choix des questions, la position d'anticipation du médecin et la valeur qu'il accorde a priori à certaines préoccupations familières à beaucoup d'adolescents;
- il représente un outil de médiation implicite permettant à l'adolescent de prendre d'emblée et sans trop de risques une part autonome et active dans le processus de la consultation tout en y laissant sa trace, et au médecin de gagner du temps tout en ayant la possibilité de relancer ou d'approfondir telle ou telle réponse.

Ce questionnaire de pré-consultation du Pr P. Alvin se conçoit comme le préambule d'une consultation complète, à un moment de laquelle il sera repris par le médecin, discuté avec l'adolescent puis conservé dans le dossier de façon confidentielle.

*Voici un questionnaire confidentiel. Remplis-le et donne-le au médecin qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses (« oui » ou « non ») permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.*

1. Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment?
2. Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier?
3. Est-ce que tu sautes souvent un repas?
4. Est-ce que tu fumes?
5. Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter?
6. As-tu déjà fumé de l'herbe ou du hash?
7. Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools?
8. Si oui, plusieurs fois par jour?
9. En scooter ou en moto, tu portes ton casque tout le temps?
10. En voiture, tu portes une ceinture tout le temps?

*D'autres adolescents comme toi parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns (ici aussi, réponds par « oui » ou « non »).*

11. J'ai du mal à m'endormir.
12. Je me réveille souvent la nuit.
13. Je suis assez fatigué pendant la journée.
14. Il m'arrive encore de faire pipi au lit.
15. J'ai souvent mal à la tête.
16. J'ai souvent mal au ventre.
17. J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir.
18. J'ai souvent des douleurs aux jambes.
19. J'ai des règles douloureuses.
20. J'ai l'impression que mes seins sont trop petits/trop gros.
21. Ma santé m'inquiète.
22. Je me sens trop maigre.

23. Je me sens trop gros/trop grosse.
24. Je me sens trop petit/trop petite.
25. Je me sens trop grand/trop grande.
26. Je pense que mes parents s'entendent bien.
27. Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète.
28. J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents.
29. Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète.
30. L'école, c'est un problème pour moi.
31. Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école.
32. Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard.
33. J'ai peur de devenir enceinte.
34. J'ai peur de rendre une fille enceinte.
35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour.
36. Sais-tu ce qu'est la contraception?
37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible?
38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents?
39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout?
40. Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste?
41. Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi?
42. Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête.
43. As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire?

Rajouter des items spécifiques aux enfants confiés concernant leurs conditions de vie en structure et/ou famille d'accueil :

Je me sens bien dans la structure ou dans la famille d'accueil dans laquelle je vis.

Je vis avec mes parents/en famille d'accueil/ dans une structure de l'enfance.



On peut proposer aux adolescents qui ne l'ont pas rempli avant de rentrer en consultation de le faire pour le prochain rendez-vous.

### 3.3. Etablir un guide de consultation

J'ai repris le questionnaire HEADSS (26) qui propose une série d'items adaptée à une clientèle adolescente pour recueillir les informations pertinentes qui affectent la santé (la vie familiale, les amis, l'école, les loisirs, la consommation de substances, la sexualité et les problèmes de santé mentale). Initialement destiné aux adolescents en général il suffit d'adapter seulement quelques items pour l'utiliser avec les enfants confiés.

- H: home (composition de famille)

Dans quelle structure l'adolescent vit-il ? Depuis quand ? IL y a-t-il eu des changements récents ? Quelles sont les relations avec sa famille ? Est-ce que l'adolescent a quelqu'un autour de lui en qui il a confiance et avec qui il pourrait discuter des difficultés personnelles.

- E: éducation (école)

Fréquence de l'absentéisme, résultats scolaires. Activités para scolaires. Projets pour l'avenir.

- A: activités (intérêts, projets futurs)

Activités pratiquées pour le plaisir. Activités physiques. Celles avec les amis. Emploi rémunéré. Isolement ou retrait social.

- D: diète, alimentation

Comment juge-t-il son alimentation ? Calcul de l'IMC. Image de soi. Démarche de contrôle du poids.

- S: sommeil, substances, suicide et idées noires

Qualité du sommeil. Difficulté à s'endormir. Réveils nocturnes. Réveils tardifs ? Substances (tabac, alcool, drogues, médicaments: début, fréquence, quantité). Problème de jeu de hasard et d'argent. Conséquences

négatives associées (absentéisme ou exclusion scolaire, conduite avec facultés affaiblies, conduites sexuelles à risque, démêlées avec la justice). Humeur (être triste plusieurs fois par semaine; être stressé; être agressif). Idées de mourir, de s'enlever la vie, antécédent de tentatives suicidaires.

Difficulté régulière à s'endormir (penser à dépression, abus de substances); initiation précoce à la consommation de substances, consommation régulière, poly consommation; tristesse la plupart du temps (bon indicateur d'un état dépressif), tentative suicidaire antérieure.

Le test TSTS-CAFARD peut-être utilisé :

### **TSTS**

- Traumatologie « As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année? »
- Sommeil « As-tu des difficultés à t'endormir le soir? »
- Tabac « As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté? »
- Stress « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

### **CAFARD**

À chaque réponse positive obtenue au TSTS, il est proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés ».

- Sommeil → **Cauchemars**: « Fais-tu souvent des cauchemars? »
- Traumatologie → **Agression**: « As-tu été victime d'une agression physique? »
- Tabac → **Fumeur quotidien**: « Fumes-tu tous les jours du tabac? »
- Stress scolaire → **Absentéisme**: « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école? »
- Stress familial → **Ressenti familial désagréable**: « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable? »

Trois réponses positives pour l'ensemble du test concernent la moitié des adolescents ayant eu des idées suicidaires et ce qui rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.

Il existe un site en ligne qui permet de remplir de manière interactive ce test. <sup>(18)</sup>

• S: sexe

Ne pas présumer qu'il est sexuellement actif ou préjuger de son orientation sexuelle. Est-ce que tu vis une relation amoureuse actuellement? Ou en as-tu vécu une? Est-ce que tu envisages d'avoir des relations sexuelles? As-tu déjà eu des relations sexuelles? Est-ce que c'était avec un garçon, une fille ou les deux? (Risques et protection à l'égard des IST et des grossesses). Est-ce que les relations se déroulent de manière agréable? Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de subir des gestes sexuels alors que tu ne le désirais pas? Abus sexuel, violence dans les relations amoureuses, rupture récente.

## F. CONCLUSION

Les enfants confiés à l'ASE sont des adolescents à risques tous domaines confondus, que ce soit les troubles psychiques, les habitudes de vie avec leurs usages réguliers de tabac ou de cannabis, les troubles de l'alimentation et de poids, les troubles du sommeil, leurs comportements sexuels. Les résultats de notre étude sont le reflet des conséquences de la problématique abandonnique décrite en préambule qui touche ces jeunes. Ils utilisent leur énergie psychique pour lutter contre la dépression et le mal être et se détournent des préoccupations qui devraient être les leurs. Ainsi ils sont plus tristes que les adolescents de la population générale, sont plus à risque de suicide, ont plus de difficultés scolaires, fument plus, sont plus nombreux à avoir des troubles de l'alimentation, ont plus de trouble du sommeil, prennent plus de risques dans leur comportement sexuel. Mais aussi s'isolent, se sociabilisent moins.

Tous ces éléments renforcent l'idée que les médecins généralistes doivent être mieux sensibilisés afin d'assurer un suivi optimal et durable. Savoir prioriser les points à évaluer avec eux en consultation avec eux pourra permettre d'accéder plus rapidement à leurs besoins. Il faudrait notamment les sensibiliser sur les problèmes psychologiques, et essayer de créer des liens avec les travailleurs médico-sociaux.

La création du dossier médical partagé et la mise en place du médecin référent pour les enfants âgés de moins de 16 ans pourraient dans cette situation, qui nécessite un travail pluridisciplinaire, trouver leur sens.

Mais ces jeunes n'en restent pas moins des adolescents avec les spécificités liées à cette période de la vie. Ainsi proposer un questionnaire en salle d'attente avec des thèmes généraux pourrait permettre aux médecins généralistes en manque de temps d'étayer leur consultation en tenant compte de la particularité de cette population.

Une question persiste et pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire : faut-il envisager l'éducation à la santé individuellement (consultation préventive) ou collectivement (projet d'établissement) afin de répondre aux besoins formulés par les jeunes ?

**BIBLIOGRAPHIE**

Guide du thésard

<http://scd.univ-fcomte.fr/node/169>

1- Bailleaux G., Trepeux. *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010*, DRESS, Etudes et résultats F.N° 787 · janvier 2012

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er787.pdf>

1 bis- Loi 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Site legifrance

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000823100&categorieLien=id>

2- Site du conseil général

<https://www.cg06.fr/enfance/action-sociale-pour-l-enfance-2561.html>

3- Annuaire des foyers de l'enfance

<http://annuaire.action-sociale.org/?cat=foyer-de-l-enfance-175&region=provence-alpes-cote-d-azur&details=liste>

4- Archives de pédiatrie *Comment prendre en compte la santé des enfants relevant des dispositifs de protection de l'enfance*. Volume 16, numéro 6 ; pages 904-905 (juin 2009).

<http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/showarticlefile/219710/main.pdf>

5- *Comment aborder l'adolescent en médecine générale ?*

[http://www.medecin-ado.org/docs/ACCEUIL\\_ADO-MG\\_Rdp.pdf](http://www.medecin-ado.org/docs/ACCEUIL_ADO-MG_Rdp.pdf)

6- *Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers*

[http://ac.els-cdn.com/S0222961711001085/1-s2.0-S0222961711001085-main.pdf?\\_tid=cb483daa-ca62-11e4-8a2f-00000aab0f6c&acdnat=1426348819\\_7a72f4b912d802fcdcec670965db3925](http://ac.els-cdn.com/S0222961711001085/1-s2.0-S0222961711001085-main.pdf?_tid=cb483daa-ca62-11e4-8a2f-00000aab0f6c&acdnat=1426348819_7a72f4b912d802fcdcec670965db3925)

7- DRESS n 46. *L'aide sociale à l'enfance : davantage d'actions éducatives et de placements décidés par le juge*. janvier 2000

<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13296/1/er046.pdf>

8- Protection de l'enfance et aide sociale à l'enfance (ASE). *Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF*. Date de création du document 2011-1012. - © Université Médicale Virtuelle Francophone -

[http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection\\_enfance/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection_enfance/site/html/cours.pdf)

9- <http://www.hauts-de-seine.fr/solidarites/famille/prevention-et-protection-de-lenfance/les-enfants-confies-au-service-de-lase/?noMobile=1>

10- 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption.

<http://oned.gouv.fr/actualite/40-propositions-pour-adapter-protection-lenfance-et-ladoption>

11- MAINAUD, Thierry. Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale : Activité, personnel et clientèle au 15 décembre 2008.

[http://oned.gouv.fr/system/files/base\\_documentaire/seriestats173.pdf](http://oned.gouv.fr/system/files/base_documentaire/seriestats173.pdf)

12- Devenir famille d'accueil pour des enfants.

<http://www.aube.fr/148-devenir-famille-d-accueil-pour-des-enfants.htm>

13- Comment demander l'agrément pour être assistant familial ?

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1260.xhtml>

14- Cerfa pour demande d'agrément.

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/503\\_002b.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/503_002b.pdf)

15- INVS septembre 2014. *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011.*

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_hospitalisations\\_tentative\\_suicide\\_france\\_pmsi-mco\\_oscour\\_2007-2011-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf)

16- Tiré de l'enquête portrait d'adolescent datant de 2013. *Le nouveau visage de nos adolescents* 12 mars 2015.

<http://www.idf.inserm.fr/actualites/le-nouveau-visage-de-nos-adolescents>

<http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>

17. Le Lay, E. ; Houseau, B.(INPES). *Repères pour votre pratique : dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent.* Août 2009.

18 Site internet permettant de comprendre le test CAFARD et de l'appliquer en direct en consultation.

[http://www.medecin-ado.org/infos/test\\_tsts.htm](http://www.medecin-ado.org/infos/test_tsts.htm)

19 - Vivre son corps et Baromètre Bien-Être. *Bien-être corporel et image de soi : des adolescents équilibrés et conscients des normes véhiculées par la société Résultats de l'enquête Fondation Pfizer / Ipsos Santé 1 - Partie III*

[https://www.fondation-pfizer.org/Portals/0/Fondation/CP\\_Corps%20Fondation%20Pfizer\\_version%20DEF.pdf](https://www.fondation-pfizer.org/Portals/0/Fondation/CP_Corps%20Fondation%20Pfizer_version%20DEF.pdf)

20- C. Grognard. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. *Tatouage, piercing : décoration ? Décorporation ? Dénaturation du corps ou retour au primitif ?* Volume 34, numéro 1 pages 41-43 (janvier 2006).

<http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/48001/resultatrecherche/1>

21- Spilka, S. ; Le Nézet, O. ; Beck, F. *Estimations 2014 des consommations de produits psycho-actifs à 17 ans.* Note 2015-02 du 21 avril 2015.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxfbv4b.pdf>

22- Corcos M, Chambry J, Jeammet Ph. 1La revue du praticien médecine générale. *Anorexie mentale et boulimie (I) : diagnostic*. -tome 19-n°712/713-p 1337 à 1338 décembre 2005.

23- *Comment vont les collégiens en France*

<http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/027-hbsc.asp>

24- Principaux résultats de l'enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC) : rapport international de l'enquête réalisée en 2009/2010. *Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes*

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/163792/Key-Findings-French.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/163792/Key-Findings-French.pdf)

25 - Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, mai 2014. *Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France*

<http://paca.lecrips.net/spip.php?article249#part2>.

26- Guide d'intervention pour les professionnels de santé INPES.

<http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>

27- LIEBERT, P. ; MUSZYNSKI,N. Observatoire départemental du Finistère de la protection de l'enfance. *Les dysparentalités extrêmes : dépistage et prise en charge*.

[http://www.odpe.finistere.fr/content/download/101537/812581/file/Livret%20Apre%20Dysparentali%C3%A9s%20extrêmes%202015%20A5%20derni%C3%A8re%20version\\_.pdf](http://www.odpe.finistere.fr/content/download/101537/812581/file/Livret%20Apre%20Dysparentali%C3%A9s%20extrêmes%202015%20A5%20derni%C3%A8re%20version_.pdf)

28- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure*.

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=724](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=724)







## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



### Nous allons maintenant aborder votre moral et votre comportement

Pour les propositions suivantes, dites-nous si cela correspond à ce que vous pensez :

- Je me trouve bien comme je suis  assez  tout à fait
- pas du tout  un peu  tout à fait
- Je suis quelqu'un de facile à vivre (sociable)  assez  tout à fait
- pas du tout  un peu  tout à fait
- Je me décourage trop facilement  assez  tout à fait
- pas du tout  un peu  tout à fait
- J'ai du mal à me concentrer  assez  tout à fait
- pas du tout  un peu  tout à fait

Sur une échelle de 0 à 10, diriez-vous au cours des 15 derniers jours que vous vous sentez (entourer le chiffre correspondant) :

Pas du tout en forme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	En pleine forme
Pas du tout stressé(e)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extrêmement stressé(e)
Pas du tout triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extrêmement triste

Au cours des 3 derniers mois, en dehors de l'équipe de l'établissement ou de l'assistant familial, pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement avez-vous eu recours à ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Un professionnel :
- un psychiatre / un psychologue  un médecin autre qu'un psychiatre
  - une infirmière  une assistante sociale
  - autre, précisez : .....
- Une structure :
- un centre médico-psychologique (CMP)  la maison des adolescents (MDA)
  - la structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD)
  - un hôpital ou une clinique  une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
  - un site internet
  - un autre organisme, précisez : .....

Dites-vous des injures ou menacez-vous verbalement les autres :

- non  rarement  souvent  très souvent
- non  rarement  souvent  très souvent

Avez-vous été victime ?

- non  oui
- non  oui
- autre :  non  oui, à préciser : .....

Avez-vous déjà été violent envers vous-même ?

- non  oui
- Si oui, pouvez-vous préciser : .....
- scarifications (se blesser soi-même avec un objet tranchant)
- coups (se frapper soi-même ou avec un objet)
- autre, précisez : .....

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?  non  oui

### Changeons de sujet et parlons de vos habitudes de vie

Tabac

- En ce moment, est-ce que vous fumez, même de temps en temps ?  non  oui
- Fumez-vous... :  non  oui Combien par semaine ? / \_\_\_/\_\_\_/
- des cigarettes ou du tabac à rouler ?  non  oui Combien par semaine ? / \_\_\_/\_\_\_/
- autre ?  non  oui précisez (cigarette électronique, chicha, narguilé,...) : .....
- Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?  non  oui

Alcool

- Au cours des 3 derniers mois, est-ce que vous avez bu :  jamais  au moins une fois/mois  1 fois/semaine  3 fois/semaine  tous les jours
- de la bière ?  jamais  au moins une fois/mois  1 fois/semaine  3 fois/semaine  tous les jours
- jamais  au moins une fois/mois  1 fois/semaine  3 fois/semaine  tous les jours
- des alcools forts (vodka, pastis, whisky, rhum, téquila, gin...)?  jamais  au moins une fois/mois  1 fois/semaine  3 fois/semaine  tous les jours

Drogues illicites

Au cours des 3 derniers mois, est-ce que vous avez consommé :

- du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit, beuh) ?  jamais  au moins une fois/mois  1 fois/semaine  3 fois/semaine  tous les jours
- une autre drogue ?  non  oui Si oui, laquelle (ou lesquelles) : .....

**Les questions suivantes concernent les jeux d'argent (jeux à gratter, jeux d'argent sur internet, le casino, les paris sportifs, le poker...)**

Au cours des 3 derniers mois, vous avez participé à un ou plusieurs de ces jeux :

- non  oui
- Si oui, avez-vous dépensé en moyenne par semaine :  moins de 10 euros  entre 10 et 20 euros  plus de 20 euros

### Abordons maintenant la sexualité et la contraception

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?  non  oui

Si oui, utilisez-vous :

- le préservatif :  de temps en temps  souvent  tout le temps
- la pilule
- un autre moyen (patch, implant,...), précisez : .....

Pour les filles,

Avez-vous déjà vu un gynécologue ?  non  oui

si oui, combien de fois au cours de l'année 2013 ? / \_\_\_/\_\_\_/ et où (plusieurs réponses possibles)

- chez un gynécologue privé (en dehors des structures citées ci dessous)
- à l'hôpital

au centre de PMI, centre de planification et d'éducation familiale

au Carrefour Santé Jeunes (CSJ) de Nice

autre lieu : précisez .....

Avez-vous déjà pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?  non  oui

Avez-vous déjà été enceinte ?  non  oui

Si oui, pour ces grossesses :

Combien d'accouchement(s) / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Combien de fausse(s) couche(s) / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Combien d'interruption(s) de grossesse / \_\_\_/ \_\_\_/

## Questionnaire équipe répondante du secteur

Le questionnaire doit être rempli par le médecin de PMI de secteur en lien avec le reste de l'équipe répondante du jeune

Date : /\_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ /

n° d'attribution : /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

Sexe :  féminin  masculin

Date de naissance : /\_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ /

Quel est le statut de la mesure actuelle concernant le(la) jeune ?

- confié(e) par le juge
- contrat Jeune Majeur
- accueil provisoire
- autre, à préciser : .....

Quel a été le premier motif du placement actuel ?

- maltraitance physique
- abus sexuel
- carence éducative
- autre, à préciser : .....
- maltraitance psychique
- pathologie psychiatrique de la mère/du père

Y-a-t'il eu d'autres motifs constatés pour ce placement ?  non  oui, le(s)quel(s) ?

- maltraitance physique
- abus sexuel
- carence éducative
- autre, à préciser : .....
- maltraitance psychique
- pathologie psychiatrique de la mère/du père

### Antécédents familiaux

	Mère	Père	Fratrie
Maladie psychiatrique, à préciser			
Addiction, à préciser			
ANCD placements (oui ou non)			
Autres à préciser			

### Antécédents personnels du(de la) jeune

S'agit-il de son premier placement ?  oui  non

Si non, date du premier placement de l'enfant /\_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ /

Combien de placement(s) en établissement a-t-il(elle) eu(s) y compris celui en cours ? /\_\_ /

Combien de placement(s) en famille d'accueil a-t-il(elle) eu(s) y compris celui en cours ? /\_\_ /

A-t-il (elle) des frères et sœurs placés ?

non  oui

Si oui, combien sont placés en établissement /\_\_ /  
en famille d'accueil /\_\_ /

Existe-t-il une prise en charge relevant d'une décision de la MDPH ?

non  oui (motif à préciser : orientation, AVSi, transport scolaire, CI, AEEH ...) : .....

Si oui, pour laquelle des pathologies ? .....

Antécédents médicaux :

ne sais pas       non       oui, lequel :.....

Antécédents chirurgicaux :

ne sais pas       non       oui, lequel :.....

Antécédents gynéco/obstétricaux :

ne sais pas       non       oui, lequel :.....

Antécédents psychologiques/psychiatriques :

ne sais pas       non       oui, lequel :.....

Hospitalisation :

ne sais pas       non       oui, motif(s) à préciser : .....

**Examen clinique du(de la) jeune, s'il(elle) est en famille d'accueil :**

Carnet de santé       oui       non

Terme de naissance (semaines d'aménorrhées) / \_\_\_ \_\_\_ /

Poids de naissance (grammes) / \_\_\_\_\_ /

*A noter que les vaccinations sont sur la page 5 du questionnaire Référent*

P= / \_\_\_ , \_\_\_ / kg

T= / \_\_\_ , \_\_\_ / m

Le(a) jeune présente-il(elle) :

une puberté précoce

un retard pubertaire

un retard staturo-pondéral

autre anomalie, précisez : .....

.....

**Examen clinique du(de la) jeune, s'il(elle) est en établissement (d'après la fiche de liaison):**

P= / \_\_\_ , \_\_\_ / kg

T= / \_\_\_ , \_\_\_ / m

A votre connaissance, le(a) jeune présente-il(elle) :

une puberté précoce

un retard staturo-pondéral ou un retard pubertaire

autre, précisez : .....

.....

Avez-vous été sollicité(s) pour lui(elle) par l'équipe référente de l'établissement en dehors du suivi habituel ?

non

parfois

assez souvent

très souvent

Pour quel type d'intervention : .....

Remarques : .....

.....

.....



Existe-t-il une prise en charge relevant d'une décision de la MDPH ?  
 non  oui (motif à préciser : orientation, AVSi, transport scolaire, Cl...): .....

### Sport, loisirs

Le (La) jeune pratique-t-il (elle) un (des) sport(s) ?  
 non  oui, lequel ? .....

Combien de fois par semaine (entraînement et compétition compris) ? / \_ \_ \_ /  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Pratique-t-il une autre activité ?  
 chant  danse  instrument de musique  arts plastiques  arts du spectacle  
 autre, à préciser : .....

### Visites médicales

Date de la 1<sup>ère</sup> consultation médicale généraliste lors de ce placement : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ /  
Motif :  le (la) jeune était malade  
 dans le cadre d'un suivi de maladie chronique  
 renouvellement de traitement  
 visite d'admission  
 autre, préciser : .....

Quand a eu lieu la dernière consultation médicale généraliste avant cette enquête ? / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ /  
Motif :  le (la) jeune était malade  
 dans le cadre d'un suivi de maladie chronique  
 renouvellement de traitement  
 autre, préciser : .....

Si le placement actuel a débuté avant janvier 2013, quel est le nombre total de visites médicales généraliste au cours de l'année 2013 : / \_ \_ \_ /

### Soins en 2013 ou en cours :

- Port de lunettes ou lentilles :  
 non  oui. Si oui, a-t'il consulté un ophtalmologiste  oui  non

- Consultation ORL :  
 non  oui, préciser : .....

- Le motif : .....

- La suite de la prise en charge :  
 Traitement médicamenteux :  non  oui  
 Autre à préciser (drains ou autre) : .....

- Bilan orthophonique :  non  oui  
Si oui, rééducation orthophonique en cours  non  
 oui, préciser la fréquence :  
 moins d'une fois/mois  2 fois/mois  
 1 fois/semaine  2 fois/semaine

- Prise en charge psychiatrique :  
 non  oui, où ? :  CMP  hôpital de jour  secteur libéral  autre, précisez : .....

fréquence :  2-3 fois/semaine  1 fois/ semaine  2 fois/mois  moins d'1 fois/mois

- Suivi psychologique :  
 non  oui  
 uniquement de l'accompagnement dans le cadre du placement  
 séances de psychothérapie (associée ou non de l'accompagnement)  
si psychothérapie :  
préciser le lieu :  CMP  association  
 secteur libéral  autre, préciser : .....

préciser la fréquence :  
 2-3 fois/semaine  1 fois/ semaine  2 fois/mois  moins d'1 fois/mois

- Bilan cognitif ou neuropsychologique pour trouble du développement, du langage ou des apprentissages :  
 non  oui, si oui :  
- Prise en charge préconisée :  non  oui, à préciser : .....

- Kinésithérapie ou rééducation psychomotrice :  
 non  oui, préciser l'organe à rééduquer : .....

Fréquence :  2-3 fois/semaine  1 fois/ semaine  2 fois/mois  moins d'1 fois/mois

- Traitement orthodontique :  non  oui  
- Nombre d'hospitalisation(s) depuis le placement actuel : / \_ \_ \_ / lieu : .....

- Autres soins en cours :  
Préciser : .....

Fréquence :  2-3 fois/semaine  1 fois/ semaine  2 fois/mois  moins d'1 fois/mois

### Traitement médicamenteux en cours

Le (la) jeune prend-il (elle) un (des) médicament(s) ?  
 non  oui, préciser le(s)quel(s) : .....

Comment sont pris ces médicaments ?  
 le (la) jeune les prend seul(e)  
 une tierce personne les lui donne, précisez qui : .....

Si il s'agit d'une fille,  
- D'après vos connaissances, s'est-elle rendue à une consultation de gynécologie depuis le début du placement actuel ?  
 la jeune n'est pas concernée  ne sais pas  non  oui

Si oui, où ?  
-  secteur libéral  secteur public  
o  centre de planification et d'éducation familiale ou centre de PMI  
o  Carrefour Santé Jeunes de Nice  
o  autre, précisez : .....

- A-t-elle une contraception ?  
 la jeune n'est pas concernée  ne sais pas  non  oui