



**HAL**  
open science

## Suivi médical des enfants confiés à la protection de l'enfance en Europe : une revue de la littérature

Marine dos Santos

► **To cite this version:**

Marine dos Santos. Suivi médical des enfants confiés à la protection de l'enfance en Europe : une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02172741

**HAL Id: dumas-02172741**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172741>**

Submitted on 4 Jul 2019

**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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Suivi médical des enfants confiés à la protection de l'enfance en Europe :  
une revue de la littérature**

## **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 24 Avril 2019**

**Par Madame Marine DOS SANTOS**

**Née le 25 novembre 1988 à Strasbourg (67)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur CHABROL Brigitte**

**Président**

**Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan**

**Assesseur**

**Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic**

**Assesseur**

**Madame le Docteur CHAMPSAUR Laurence**

**Directeur**

**Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva**

**Assesseur**





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Suivi médical des enfants confiés à la protection de l'enfance en Europe :  
une revue de la littérature**

## **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 24 Avril 2019**

**Par Madame Marine DOS SANTOS**

**Née le 25 novembre 1988 à Strasbourg (67)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Madame le Professeur CHABROL Brigitte</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur CHAMPSAUR Laurence</b>	<b>Directeur</b>
<b>Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva</b>	<b>Assesseur</b>

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUBE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETTE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

#### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

#### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>	<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section ) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>	<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
<b>BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301</b>	<b>CARDIOLOGIE 5102</b>
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
<b>BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604</b>	<b>CHIRURGIE DIGESTIVE 5202</b>
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAÏNEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	<b>CHIRURGIE GENERALE 5302</b>
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>



<b>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002</b>	GUERIN Carole (MCU PH)
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)	<b>CHIRURGIE INFANTILE 5402</b>
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)	GUY'S Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERRROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)
<b>CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702</b>	<b>CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503</b>
BERTUCCI François (MCU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)	CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)	FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)
<b>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</b>	<b>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004</b>
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)	CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)	BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
<b>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</b>	<b>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</b>
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)	BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)
<b>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</b>	GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)	<b>GENETIQUE 4704</b>
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)
<b>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</b>	NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)	<b>DUST</b>
COLSON Sébastien (MCF)	<b>ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</b>
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)	<b>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</b>
<b>EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601</b>	AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETTELE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)	
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)	
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)	

<b>IMMUNOLOGIE 4703</b>	<b>HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701</b>
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (69ème section)</p> <p>BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
<b>MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503</b>	<b>MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603</b>
<p>BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
<b>MEDECINE D'URGENCE 4805</b>	<b>MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905</b>
<p>KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)</p>	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
<b>MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301</b>	<b>MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602</b>
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) <i>FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre</i> GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)</p>	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)</p>
<b>NUTRITION 4404</b>	<b>NEPHROLOGIE 5203</b>
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p><i>ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité</i> BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p>BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)</p>
<b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b>	<b>NEUROCHIRURGIE 4902</b>
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)</p> <p>CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)</p>
<b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b>	<b>NEUROLOGIE 4901</b>
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)</p>

<b>OPHTALMOLOGIE 5502</b>	<b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b>
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b>	<b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b>
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>	<b>PHILOSOPHIE 17</b>
RANQUE Stéphane (PU-PH)  CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  MATHIEU Marion (MAST)
<b>PEDIATRIE 5401</b>	<b>PHYSIOLOGIE 4402</b>
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)  COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)  BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) ( <i>disponibilité</i> ) DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)  RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
<b>PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</b>	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)	
<b>PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16</b>	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
<b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</b>	<b>PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</b>
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOTRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU-PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)  MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
<b>REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</b>	<b>THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</b>
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)  HRAIECH Sami (MCU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)  DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
<b>RHUMATOLOGIE 5001</b>	<b>UROLOGIE 5204</b>
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)	BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

# REMERCIEMENTS

À Madame le Pr Brigitte Chabrol,

Pour avoir accepté d'être présidente de ce jury de thèse. Pour vos actions et votre disponibilité pour améliorer la formation des étudiants en médecine.

Pour l'engagement et la passion avec lesquels vous travaillez avec les enfants, les parents et vos équipes.

À Monsieur le Dr Ludovic Casanova,

Pour avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse.

Pour votre ouverture et votre intérêt sur l'ensemble des sujets qui touchent à l'enfance et à la protection de l'enfance.

À Monsieur le Dr Gaetan Gentile,

Pour avoir accepté de juger mon travail.

Pour votre engagement dans l'accompagnement des étudiants en médecine et la coordination de la formation en médecine générale à Marseille.

Pour votre écoute et vos conseils en cas de difficultés lors du parcours de l'internat.

À Madame le Dr Champsaur Laurence,

Pour la confiance que vous m'avez accordé concernant le sujet choisi.

Pour votre soutien et votre motivation dans les périodes de doutes.

À Madame le Dr Jego Maeva,

Pour votre disponibilité et vos bons conseils qui m'ont permis d'élaborer ce travail.

À Madame Prudhomme Johanne,

Pour votre participation à nos réunions.

À Monsieur le Dr Bruno Bultez

Pour la confiance que vous m'avez accordé et permis d'acquérir au début de l'internat

À Monsieur le Dr Dirk Putzschel,

Pour m'avoir transmis avec passion, gentillesse et pédagogie votre savoir et votre expérience.

J'ai pu apprécier votre accompagnement régulier, efficace, rigoureux et agréable, qui m'a été précieux et d'une grande aide.

Pour m'avoir redonné confiance en mes capacités de médecin.

À Messieurs les Dr Jérémy Khouani et Jérôme Borlot,

Pour la richesse clinique du semestre passé dans votre service et la confiance que vous m'avez accordé.

Pour votre humanité.

À mes co-internes Simon Bottero et Katia Zajac,

Pour l'aide et le soutien face aux difficultés des situations médicales.

Pour tous les moments de plaisanterie permettant d'apporter un peu de légèreté en stage.

À ma famille,

Pour être présent à ma soutenance, un symbole qui sans vous n'aurait pas eu la même signification. Pour m'avoir soutenu, encouragé et cru en moi.

Pour le regard que vous me portez. Pour votre force.

Poupou, pour m'avoir permis de réaliser les études de médecine sur le plan financier. Pour avoir été présent et m'avoir aidé dans toutes les situations, plus compliquées les unes que les autres.

Pour ta justice et ton dévouement au travail.

Moumoune, pour ta sensibilité et ton écoute qui m'a certainement permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Pour ta générosité et ta foi en moi.

À ma sœur Johanna, pour ta fierté d'être ma sœur.

Pour tous tes conseils de vie et de bonheur. Pour ta présence dans les moments durs.

À tonton Joaquim, à tata Tania, à Mamie et à Tom, pour l'amour que vous me portez.

À mon amoureux Noé, pour tes encouragements sur ce travail.

Pour ta présence au quotidien et tout le respect et l'amour que tu me portes.

À François Gauthier-Lafaye,

Pour ton aide bénéfique et ton rôle de tremplin sur ce travail de recherche,

À mes colocataires,

Pour le soutien, la disponibilité et l'écoute que vous m'avez apporté. Pour avoir été studieuses pendant ces 6 mois et m'avoir permis d'acquérir un rythme de travail soutenu.

À mes amis Strasbourgeois,

Sylvain, Baptiste, Charles, Vincent, Jérémie, Polo, Thomas, Laurent, Jérémy, Lily pour tous ces moments passés ensemble de fête, de joie, de voyages.

À Chloé, Émeline, Charline et Claire pour être de vraies amies.

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>11</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
A. DROITS DE L'ENFANT EN EUROPE .....	16
1. <i>Convention Internationale des Droits de l'Enfant</i> .....	17
2. <i>Conseil de l'Europe</i> .....	17
3. <i>Union Européenne</i> .....	18
4. <i>En France</i> .....	19
B. ÉTAT DES LIEUX DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE ET EN EUROPE .....	20
1. <i>Contexte actuel en France</i> .....	20
2. <i>Système de la Protection de l'Enfance</i> .....	21
3. <i>En cas d'information préoccupante</i> .....	26
4. <i>Décision de placement</i> .....	29
C. ENFANCE EN DANGER.....	31
D. ÉTUDE REALISEE .....	33
1. <i>Problématique</i> .....	33
2. <i>Objectif</i> .....	33
3. <i>Méthodologie</i> .....	34
<b>II. MÉTHODE</b> .....	<b>34</b>
A. TYPE D'ETUDE .....	34
B. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	35
C. CRITERES ET MODALITES DE SELECTION DES ARTICLES.....	36
D. EXTRACTION DES DONNEES.....	37
E. ANALYSE DES RESULTATS.....	38
<b>III. RÉSULTATS</b> .....	<b>38</b>
A. DIAGRAMME DE FLUX.....	39
B. REFERENCES INCLUSES .....	40
C. DONNEES GENERALES .....	48
B. ORGANISATION DES STRUCTURES DE PLACEMENT .....	50
1. <i>Structures de placement</i> .....	50
2. <i>Organisation des structures</i> .....	52
C. SUIVI MEDICAL .....	60
1. <i>Protocole avant placement</i> .....	60
2. <i>Évaluation médico-psychologique</i> .....	60
3. <i>Plans de santé</i> .....	62
4. <i>Taux de prise en charge dans les études incluses</i> .....	64
5. <i>Thérapies mises en œuvre</i> .....	65
6. <i>Problèmes rencontrés du suivi médical</i> .....	67
7. <i>Recommandations pour le suivi médical</i> .....	68
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>70</b>
A. COORDINATION DES SOINS .....	70
B. SUIVI MEDICAL .....	72

D.	MULTIPLICITE DES ACTEURS .....	73
E.	DES STRUCTURES ADAPTEES AUX BESOINS.....	75
F.	QUALITE DES INTERVENANTS : LA FORMATION .....	76
G.	MODALITES DE TRAITEMENT .....	77
H.	SPECIFICITE DE L'ENFANT .....	77
I.	MOYENS.....	78
J.	LIMITES DE L'ETUDE .....	79
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>
	<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>82</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>83</b>



# I. INTRODUCTION

Les obstacles d'une bonne prise en charge des enfants placés sont multiples en France et sont également reconnus dans d'autres pays (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)(14). Notre intérêt se portera sur la France et sur des pays d'Europe. L'Europe est marquée par des modèles idéologiques variés partageant l'intérêt du développement de la protection sociale des individus par l'État. Au-delà des différences culturelles et socioéconomiques des pays européens, la comparaison des différents fonctionnements du système de la Protection de l'Enfance en Europe ouvre à des réflexions novatrices. Un comparatif de l'organisation des suivis médicaux en Protection de l'Enfance peut permettre d'apporter des idées pertinentes pour l'amélioration du suivi en France.

## A. Droits de l'enfant en Europe

L'enfant est un sujet de droits avec des besoins propres. Le droit de se développer dans un environnement sain, sécuritaire, recevoir une éducation adéquate empreinte d'amour, de respect et de confiance et être préparé à acquérir une autonomie nourrie d'idéaux, est fondamental. Plus spécifiquement, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989(15), reconnaît que « l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension » et considère qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité.

De nombreuses institutions et associations internationales et nationales se battent pour défendre les droits des enfants. De nos jours, nous pouvons citer l'United Nations International Children's Emergency (UNICEF), le Défenseur des Droits en France et le conseil français des associations pour les Droits de l'Enfant (COFRADE). Anciennement, l'Église catholique était l'acteur principal de la défense des droits de l'enfant. La doctrine sociale de l'Église catholique prônait l'importance de la dignité de l'enfant. De nombreuses institutions ecclésiastiques existaient et la communauté religieuse prenait en charge les enfants abandonnés dans des orphelinats.

De nos jours, l'abandon de l'enfant est devenu rare mais la maltraitance des enfants dans certains foyers subsiste. C'est devenu un devoir de la société et de l'État de lutter contre les abus de pouvoir et les atrocités infligées pour la dignité et pour la protection de l'enfant.

Que ce soit au niveau international, européen et national, des lois, des conventions, des rapports, des chartes et des programmes existent dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

## 1. Convention Internationale des Droits de l'Enfant

La Convention internationale des droits de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) le 20 novembre 1989. Elle instaure la notion d'intérêt supérieur de l'enfant souvent citée dans les lois nationales et européennes de la Protection de l'Enfance.

En Europe, les états sont responsables du bien-être de l'enfant et doivent donc assurer sa protection.

D'après l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant, « les états parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien être ... » ; d'après l'article 24 « Les états parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services »(15).

En Europe, deux institutions sont directement engagées pour promouvoir et défendre les droits de l'enfant, le Conseil de l'Europe et l'Union Européenne.

## 2. Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale créée en 1949 et composée de 47 États membres. Il est engagé dans la défense et la promotion des droits de l'homme. Le Conseil de l'Europe publie de nombreuses recommandations afin d'inciter les états membres, sans imposer de règles de conduite, mais malheureusement ces recommandations sont peu diffusées et donc peu connues(16).

Concernant le droit des enfants, nous pouvons citer la recommandation « Enfants victimes : éradiquons toutes les formes de violence, d'exploitation et d'abus » publié le 23 janvier 2007 qui proposait de renforcer les politiques de protection des enfants.

Le Conseil de l'Europe organise des dispositifs et programmes. Nous pouvons citer le programme triennal de 2006/2008 « Construire une Europe pour et avec les enfants ».

L'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe de 2015 affirme « Si les enfants ont le droit d'être protégés de toute forme de violence, de maltraitance et de négligence, ils ont aussi le droit de ne pas être séparés de leurs parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire, qu'une telle séparation est

nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant ». Elle recommande de de mettre en place des lois, des règlements et des procédures donnant véritablement la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant dans toute décision de placement, de retrait et de retour(17).



Figure 1: États membres du conseil de l'Europe

### 3. Union Européenne

L'Union Européenne est une institution politique et sociale. Elle est formée de 28 états membres à ce jour.

C'est le traité de Maastricht en 1992 qui promut le respect des droits de l'homme au sein de l'Union Européenne(16).

En 1996, la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants est éditée. Elle vise à promouvoir, dans l'intérêt supérieur des enfants, leurs droits, à leur accorder des droits procéduraux et à en faciliter l'exercice en veillant à ce qu'ils puissent, eux-mêmes, ou par l'intermédiaire d'autres personnes ou organes, être informés et autorisés à participer aux procédures les intéressant devant une autorité judiciaire. Aux fins de la Convention, les procédures intéressant les enfants devant une autorité judiciaire sont des procédures

familiales, en particulier celles relatives à l'exercice des responsabilités parentales, s'agissant notamment de la résidence et du droit de visite à l'égard des enfants (18).

Par la suite, plusieurs rapports et chartes dont la Charte des droits fondamentaux de 2004 inscrivent les droits de l'homme et de l'enfant dans le projet communautaire. En effet, elle développe une politique de protection et défense des droits de l'enfant par des dialogues et aides humanitaires, en soutenant les initiatives de chaque pays.

En matière de santé, différents projets sont réalisés pour la promotion de la prévention de l'obésité et de la vente de tabac chez les jeunes ainsi que pour la lutte contre l'alcoolisation et la toxicomanie.

C'est à partir de 2006 que l'Union Européenne et le Conseil de l'Europe vont se rapprocher par leur pratique et initiative pour la défense des droits des enfants. Cette nouvelle dynamique s'appuie tout d'abord sur l'écoute et la participation des enfants. Des échanges au niveau européen vont se développer (16).

« Les voix des enfants sont les voix de l'Europe » est un programme pour que les enfants participent à l'élaboration des différents projets grâce à une plateforme internet.

Un changement de méthode est mis en place dite « méthode intégrée » qui allie les trois dimensions sociale, juridique et éducationnelle, avec le programme « Construire une Europe avec et pour les Enfants ». Ils développent alors forums, espaces d'échanges et de travail afin que chaque partenaire, professionnels, éducateurs, assistants familiaux ou bien les familles et enfants puissent être entendus et aider à la formation de nouveaux consensus.

## 4. En France

En France, le questionnement des droits de l'enfant débute par la convention du 9 août 1793 qui proclame un devoir des parents de protection de leurs enfants, ainsi qu'une abolition du droit de correction paternelle. Bien que cette loi fût révolutionnaire pour l'époque, son application reste encore à prouver, même de nos jours.

En 1811, naît une loi évoquant l'obligation de prise en charge des enfants abandonnés ou « orphelins ». Les hospices ou hôpitaux doivent donc accueillir ces enfants et en prendre soin. C'est donc un devoir de la société d'advenir aux besoins des enfants délaissés.

La loi Russel du 24 juillet 1889 dirigée pour les enfants maltraités ou moralement abandonnés, instaure la possibilité de déchéance judiciaire de l'autorité paternelle.

La fonction de juge des enfants voit le jour grâce à l'ordonnance du 2 février 1945.

L'ordonnance du 23 décembre 1958 place la protection de l'enfance au niveau judiciaire et administratif sous le terme d'assistance éducative.

L'ordonnance du 5 janvier 1959 complète le code de la famille et de l'aide sociale et confie cette mission à un directeur départemental sous l'autorité du préfet.

La loi du 22 juillet 1983 est une loi de décentralisation qui transfère aux départements les services de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) et du Service départemental d'action sociale ou SSP (service social polyvalent).

Le 20 novembre 1989, 54 articles des droits fondamentaux de l'enfant sont édités. Ces textes se focalisent sur l'enfant maltraité. La loi du 2 janvier 2004 met en place l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) ainsi que de nouvelles dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance par les professionnels soumis au secret professionnel.

La loi du 5 mars 2007 réaffirme le rôle essentiel du Conseil Général devenu le Conseil Départemental en lui confiant la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. Elle met en avant 3 axes de réformes : renforcement de la prévention, amélioration du dispositif d'alerte ou signalement de l'information préoccupante, diversification des modes d'intervention auprès de l'enfant et de sa famille. Elle crée la CRIP ou cellule de recueil des informations préoccupantes.

La loi du 14 mars 2016 met l'accent sur l'exigence de mieux comprendre les besoins de l'enfant sur le plan du parcours et d'améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance. Il naît l'idée d'une individualisation de la prise en charge avec obligation d'établir un projet pour l'enfant (PPE) ainsi que la primauté de l'intérêt de l'enfant, du respect de ses droits et la prise en compte de ses besoins fondamentaux notamment la santé(19).

## B. État des lieux de la Protection de l'Enfance en France et en Europe

La Protection de l'Enfance intervient lorsque les droits des enfants ne sont pas respectés.

### 1. Contexte actuel en France

La prise en charge des enfants placés en Protection de l'Enfance est au cœur des débats politiques actuels en France.

Au courant du mois de janvier 2019, le député de la République, Adrien Taquet, a été nommé secrétaire d'État chargé Protection de l'Enfance. Cette décision d'État fait suite à des manifestations des travailleurs sociaux, ayant débuté à l'été 2018. En juin 2018, des centaines de travailleurs sociaux ont manifesté à Nantes lors des Assises nationales de la Protection de l'Enfance pour dénoncer un manque considérable de moyens entravant la mise à bien de leurs missions suite à de forte restriction budgétaire au cours des dernières années. Au courant de l'automne 2018, des professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, accompagnés de juges d'enfants, se sont mis en grève dans la région parisienne et dans le Nord, lançant un « appel au secours » devant la détérioration des dispositifs de Protection de l'Enfance. Par la suite, le 11 décembre 2018, dans de nombreux départements comme les Bouches-du-Rhône, le Maine-Et-Loire, le Nord, l'Île-de-France, près de 2000 professionnels se sont joints pour une première mobilisation nationale. En réponse, l'État a élaboré une stratégie nationale pour la protection de l'enfance et de l'adolescence annoncée en novembre 2018 par Agnès Buzin, ministre des Solidarités et de la Santé, et dévoilée à partir de février 2019. Elle annonçait la mise en place de nombreuses mesures comme la prise en charge à 100% des frais de santé physique et psychologique et un accompagnement soutenu à la sortie du dispositif.

## 2. Système de la Protection de l'Enfance

### - En France

En France, au 31 décembre 2016, le nombre d'enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance est estimé à 295 357.

La définition de la Protection de l'Enfance selon l'article L112-3 du code de l'action sociale et des familles est : « La protection de l'enfance a pour but de prévenir des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. La protection de l'enfance a pour but 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 »(20).

Le code civil affirme en premier lieu la responsabilité des pères et des mères de l'enfant de subvenir aux besoins de celui-ci. Lorsque les parents ne sont pas en mesure de répondre à cette obligation, la société assure la protection de l'enfant à travers 2 niveaux complémentaires : la protection administrative et la protection judiciaire. La protection administrative se fait sous la responsabilité du Président du Conseil Départemental avec l'accord des parents; la protection judiciaire se fait sous la responsabilité du Procureur de la République et vise à contrôler l'autorité parentale sans y porter atteinte en apportant aide et conseil à la famille.

L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est un service du Département donc dépendant du Conseil Départemental qui joue un rôle majeur dans l'aide aux familles dans des situations dites à risque : difficultés éducatives, socioéconomiques, maltraitance, isolement social... L'ASE a 2 grandes fonctions : « apporter un soutien éducatif ou financier aux familles à leur domicile et prendre en charge, y compris en urgence, les enfants qui lui sont confiés par leur parent ou par un juge »

Les missions de la protection de l'enfance sont définies par l'article L221-1 du code de l'action sociale et des familles :

- « Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;
- Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment celles visées au 2° de [l'article L. 121-2](#) ;
- Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;
- Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;
- Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;
- Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur.

Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des enfants qui lui sont confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance peut faire appel à des organismes publics ou privés habilités dans les conditions prévues aux [articles L. 313-8, L. 313-8-1](#) et [L. 313-9](#) ou à des personnes physiques.

Le service contrôle les personnes physiques ou morales à qui il a confié des mineurs, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement. »

#### - En Grande-Bretagne

D'après la loi de 1989, les comtés (équivalents aux départements en France) sont responsables de la protection de l'enfance selon la loi de 1972. Ils ont alors le devoir de mettre en place des prestations et services nécessaires. Dans les cas où les services administratifs ne peuvent assurer la sécurité de l'enfant, le juge doit intervenir. Les comtés confient la tâche à leurs services sociaux.

La protection de l'enfance en Angleterre est sous la responsabilité du Département de l'Éducation, département ministériel situé à Londres, et délivre des directives aux autorités locales (équivalent des conseils départementaux en France). Les autorités locales utilisent ces directives pour produire leur propre ligne de conduite qui doivent être respectées par les professionnels et soignants en contact avec les enfants et les familles.

La commission locale de sauvegarde des enfants ou Local Safeguarding children board (LSCB) veille à ce que les agences impliquées dans la protection de l'enfance travaillent ensemble efficacement. Le LSCB a été créé en 2004 par le Children Act 2004 et inclut les autorités locales, des professionnels de santé, la police, des volontaires et services indépendants. Le LSCB est tenu de publier un rapport annuel sur l'efficacité de la protection de l'enfance dans le comté.

Le directeur des services à l'enfance, le conseiller et le LSCB sont responsables de l'exécution des procédures et des politiques par les travailleurs sociaux.

En Grande-Bretagne, le cadre législatif du système de protection de l'enfance est décrit dans le Children Act 1989 réformé en 2004. Ce décret ordonne aux autorités locales la sauvegarde et la protection de l'enfant dans leur comté respectif. Les principales orientations politiques sont contenues dans « Travailler ensemble pour la sauvegarde » (Working together to safeguard), fondé en 1999 et révisé en 2006 et 2010. Il expose la manière dont les organisations et les individus doivent travailler ensemble en accord avec la législation.

Le service de santé national ou National Health Service England (NHS England), organisme public non ministériel, opère dans le cadre plus large du système de santé et de protection sociale. NHS travaille en partenariat avec des groupes de mises en service clinique (CCG's). NHS England commande les services de santé pour tout enfant ou jeune placé et est responsable de la gestion des prestations pour les soins de santé primaire, la santé mentale et les services de santé publique. Tous les prestataires de services de santé financés par le NHS comprenant NHS Trusts, NHS Foundation Trusts et secteur public, secteur associatif, secteur indépendant et entreprises sociales, doivent identifier un médecin et une infirmière nommés pour la protection de l'enfance. Les professionnels nommés jouent un rôle clé dans la promotion de bonnes pratiques professionnelles au sein de leur organisation, en fournissant des conseils et de l'expertise à d'autres professionnels, et en veillant à la mise en place d'une formation pour le repérage d'enfants en danger et la protection des enfants (23).



## - En Allemagne

En Allemagne, selon le livre VIII du code social, les arrondissements, type de sous-divisions territoriales formées par des départements ou des villes-arrondissements, doivent créer des offices de la jeunesse pour assurer le service public de l'enfance.

Le code civil ordonne au tribunal de la famille de prendre des mesures de protection dès lors que les parents s'opposent ou ne sont pas en mesure d'assurer le bien-être de l'enfant.

Afin de remplir ses missions, l'office de la jeunesse, au moyen d'une commission d'aide à la jeunesse, joue son rôle d'organe directeur avec l'aide de son administration qui a une fonction exécutive. Les commissions d'aide à la jeunesse sont des conseillers auprès des acteurs locaux de la protection de l'enfance, des offices de la jeunesse et des associations. Leur rôle est à la fois la coordination, la planification et la formation.

L'office de la jeunesse a le devoir d'informer le tribunal de la famille sur les mesures proposées et sur la mise en place des mesures antérieures (22).

De plus, environ 80 communes ont mis en place des délégués aux enfants, ce sont des défenseurs des enfants dans le but de favoriser l'intérêt de l'enfant au niveau local.

## - En Belgique

En Belgique, chaque communauté, sur son territoire, est indépendamment responsable de la protection de l'enfance. Le dispositif suit le principe de subsidiarité c'est-à-dire que les services de protection de l'enfance interviennent dès lors que l'assistance des services chargés de l'aide sociale est insuffisante.

Dans la communauté flamande, c'est le décret du 4 avril 1990 qui a institué un comité d'assistance spécial à la jeunesse. Ils sont pluridisciplinaires et contiennent les secteurs de l'assistance relative à l'assistance spéciale de la jeunesse, du travail, de l'enseignement, de la formation et de la santé.

En effet, dans chaque territoire, c'est le bureau d'assistance spéciale à la jeunesse qui prend les mesures de protection. Il rassemble le président du comité ainsi que quatre de ses membres désignés par le gouvernement. Toutes les mesures prises doivent être approuvées par les parents et les enfants si ceux-ci ont plus de 14 ans. S'il y a désaccord, entre en jeu la commission de médiation d'assistance spéciale dont le but est de trouver une solution commune pour éviter l'intervention du juge. Mais si aucun accord n'est trouvé et que la situation de l'enfant exige une protection, le dossier est transmis au ministère public. C'est alors le tribunal de la jeunesse qui intervient. Le juge peut ordonner une mesure d'assistance éducative ou de placement voire d'autonomisation du mineur s'il a plus de 16 ans. C'est le service social de la communauté flamande auprès de la jeunesse qui va assurer la mise en œuvre de l'ordonnance du juge. Il s'agit d'un service socio-éducatif spécialisé créé au niveau

de l'arrondissement judiciaire travaillant avec le ministère public et avec le tribunal de la jeunesse (22).

Dans la communauté française, d'après le décret du 4 mars 1991 traitant de l'aide à la jeunesse, a été mise en place une structure administrative spécialisée dite service de l'aide à la jeunesse, composée essentiellement de travailleurs sociaux. Ce service propose des mesures de protection ainsi que des mesures de placement si nécessaire. Il ne peut imposer aucune décision sans l'accord des parents et de l'enfant s'il a plus de 14 ans. En cas de désaccord et si « l'intégrité physique ou psychique est gravement compromise », le professionnel en charge du dossier informe le parquet qui juge s'il y a lieu de saisir la justice. Dans ce cas, c'est le tribunal de la jeunesse qui est compétent. L'application des mesures de justice ordonnées est coordonnée par un service administratif, le service de protection judiciaire.

Le tribunal impose des mesures à l'égard des enfants en état de danger et c'est le Service de protection judiciaire qui interviendra pour l'application de ces mesures. Le tribunal peut prononcer la déchéance parentale.

#### - En Suède

Toutes les communes disposent d'une commission sociale, assignée aux affaires sociales, dépendante du conseil municipal. La protection de l'enfance relève des compétences de la commission sociale, constitué d'une quinzaine de conseillers municipaux suppléés. Ils peuvent s'organiser en groupes de travail spécialisés pour coordonner les questions relatives à l'enfance. En Suède, il existe 290 communes.

La commission sociale peut prendre diverses mesures concernant la protection des mineurs en danger avec l'accord des parents et des enfants quand ils ont plus de quinze ans.

Dans le cas où l'enfant court un risque en restant au domicile familial, les décisions de placement peuvent être imposées par le Tribunal administratif à la demande de la Commission sociale.

#### - Au Portugal

Avec la loi n° 147/99 du 1<sup>er</sup> septembre 1999, une commission de protection des enfants et des jeunes (CPCJ) est créé sur la base d'un partenariat entre les collectivités locales, les administrations publiques et le secteur associatif.

Toutes les communes doivent disposer de CPCJ. Les CPCJ sont des équipes pluridisciplinaires composées d'un représentant de la commune, d'un représentant des organismes de la sécurité sociale, d'un représentant du ministère de l'éducation nationale, d'un médecin, d'un représentant des associations qui œuvre pour la protection de l'enfance dans le cadre familial, d'un représentant des associations actives en matière de placement des enfants hors du domicile familial, d'un représentant des associations de parents, d'un représentant des

associations sportives ou culturelles qui œuvrent pour les jeunes, d'un représentant des associations de jeunes, d'un ou deux représentants des forces de l'ordre (police ou gendarmerie selon le cas), de quatre électeurs choisis par le conseil municipal, de préférence pour leurs connaissances en matière de protection de l'enfance et plusieurs professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, juristes, etc.) cooptés par les autres membres de la commission.

En général, ces professionnels font partie du personnel municipal et sont mis à disposition de la CPCJ à temps partiel. Ils œuvrent pour la prévention et la promotion des droits des mineurs. Avant la mise en place de cette loi, leur compétence était traditionnellement conférée aux tribunaux. Les CPCJ voient leur fonctionnement entravé par le peu de moyens mis à leur disposition, en particulier par le fait que la plupart de leurs membres sont bénévoles.

### 3. En cas d'information préoccupante

#### - En France

En France, la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP), créé en 2007, est constituée d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les situations puis d'orienter vers des structures administratives comme l'Aide Sociale à l'Enfance ou judiciaire par le biais du Procureur de la République.

Le Procureur de la République peut être avisé par toute personne travaillant au sein d'un service public ou d'un établissement privé ou public susceptible de connaître des situations de mineurs en danger.

Deux procédures peuvent alors être mises en œuvre. D'une part, une enquête pénale pour déterminer la nature exacte des faits à l'origine du traumatisme subi par l'enfant et identifier les auteurs confiés à un service de police spécialisé. Une expertise médicale peut être ordonnée. Le dossier sera alors classé sans suite ou une ouverture d'information sera exigée pour qu'un juge d'instruction poursuive les investigations.

Ensuite, il y aura ouverture d'un dossier d'assistance éducative pour assurer la protection de l'enfant. Le procureur de la République saisit le juge des Enfants. Celui-ci ordonne plusieurs investigations dont l'enquête sociale, la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), l'expertise psychologique ou psychiatrique avant de décider s'il estime que le mineur en danger nécessite soit une assistance éducative en milieu ouvert (AEMO), soit un placement(21).

La figure 2 illustre l'organisation de la structure en place lors de la détection d'une information préoccupante.

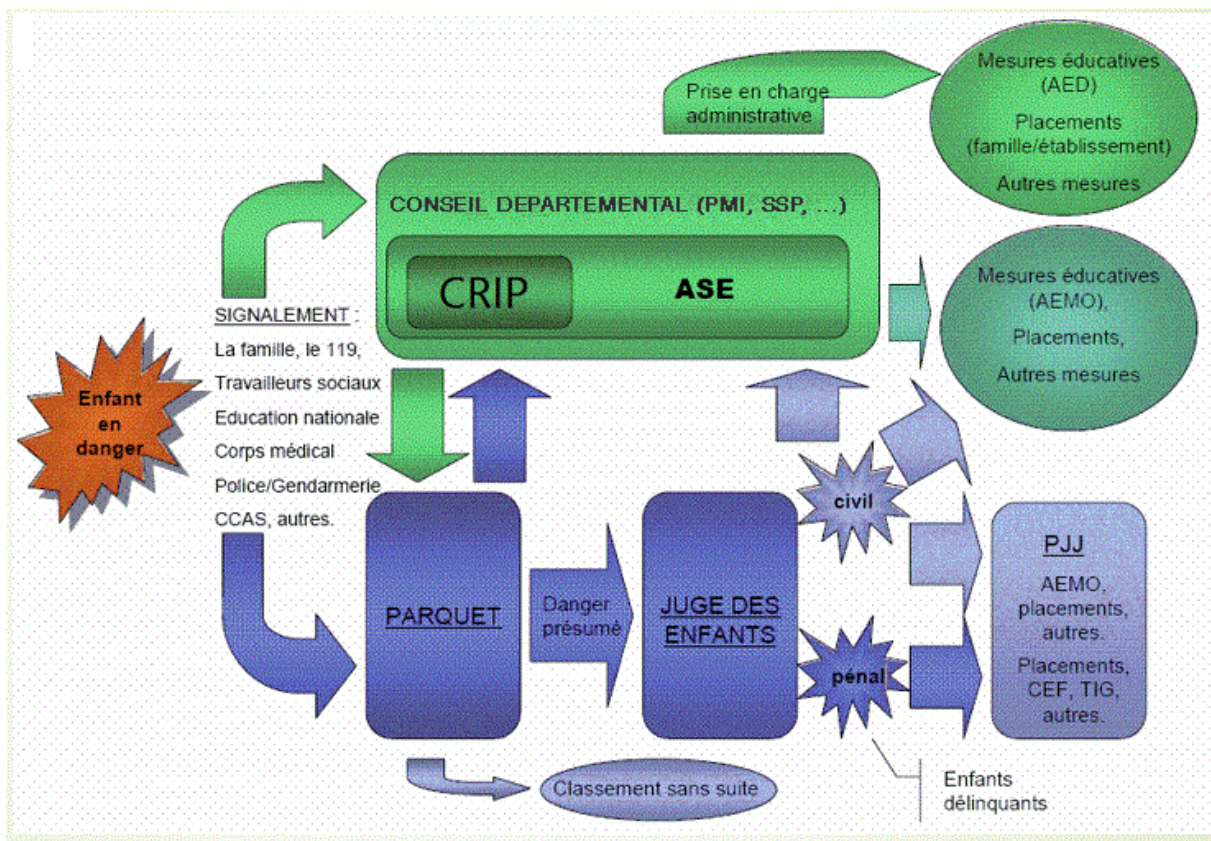


Figure 2 : Schéma de l'organisation de la Protection de l'Enfance en France. Réalisé par Fabry Philippe.

## - En Grande-Bretagne

En Grande-Bretagne, en cas de détection d'une situation de danger pour l'enfant, il est organisé une réunion entre les services de protection de l'enfance, la police, les services scolaires et de la santé. Ainsi, lors de cette réunion, il est décidé s'il y a lieu ou non de prendre des mesures de protection qui sont soit des mesures simples comme des conseils, une surveillance, soit la saisie du juge pour des mesures d'urgence ainsi que la mise en route d'une enquête sociale. Ces mesures tiennent compte des souhaits des enfants.

En cas de situation très préoccupante, il est organisé une conférence de protection de l'enfance où participe l'enfant, la famille et les personnels qui ont mené l'enquête sociale, les services sociaux, les représentants des structures d'accueil, les services juridiques de la collectivité territoriale et l'association nationale de prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants, éventuellement la police. Elle décide d'un plan de protection pour l'enfant et désigne le service administratif responsable et le travailleur social chargé de la réalisation et du suivi de ce plan. Il doit être approuvé par l'enfant et les parents.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006, les services de l'éducation et de la protection de l'enfance sont placés sous la responsabilité d'un directeur des services à l'enfance. Il a également été créé des conseils locaux de protection des enfants qui coordonnent le travail des acteurs locaux et

vérifient que les actions soient menées à bien.

Du point de vue de la justice, en cas de grand danger où l'enfant est en insécurité, les services administratifs de protection de l'enfance peuvent s'adresser au tribunal pour les affaires familiales ou « family proceedings court » où certaines mesures comme la protection d'urgence, la surveillance ou le retrait de l'autorité parentale est choisie. Si une procédure de protection judiciaire est entamée, le service de conseil et d'assistance auprès des tribunaux ou Children and Family Court Advisory and Support Service intervient. C'est un organisme indépendant mais rattaché au ministère de la justice qui apporte conseils au juge, s'assure de la défense des intérêts de l'enfant et apporte un soutien aux enfants et aux familles. Ce sont des travailleurs sociaux expérimentés qui dirigent les enquêtes sociales (22).

Pour la déclaration de l'information préoccupante, toutes les écoles, les structures sanitaires doivent avoir un référent pour les déclarations de situation de danger. La déclaration peut être faite à la police, au service téléphonique de la société nationale pour la prévention de la cruauté des enfants (NSPCC Helpline) ou directement à l'équipe du LSBC.

C'est l'équipe de la protection de l'enfance (LSBC) qui se chargera de la prise en charge et prendra les décisions, après une évaluation de la situation, s'il y a une situation préoccupante ou non. Les décisions doivent être prises dans les 45 jours suivant la déclaration par un travailleur social où il mènera une enquête auprès de la famille, des professeurs et des soignants. Cette évaluation est globale et doit tenir compte des besoins de l'enfant et de l'impact des comportements parentaux sur l'enfant(23).

Les médecins désignés pour la Protection de l'Enfance doivent entreprendre des examens médicaux, des observations appropriées afin de déterminer comment la santé ou le développement de l'enfant pourraient être altérés et fournir toute une gamme d'évaluations spécialisées (orthophonique, psychologique...).

Dans un petit nombre de cas, en cas de suspicion de maltraitance, l'utilisation de vidéosurveillance secrète peut être suggérée par la police. Les décisions concernant son utilisation ont lieu lors d'une discussion entre la police, la protection sociale des enfants, le pédiatre ou médecin traitant qui suit l'enfant, l'infirmière référente Protection de l'Enfance ainsi que les officiers du NHS trust(24).

## - En Allemagne

En cas d'enfance en danger ou lorsque l'office de la jeunesse le juge nécessaire, le tribunal de la famille intervient.

En Allemagne, en cas de maltraitance avérée, le médecin est invité à se joindre à un comité multidisciplinaire expérimenté organisé par le comité d'aide à la jeunesse. Il comprend des médecins, des travailleurs sociaux, des psychiatres et pédopsychiatres, des pédiatres, des psychologues et avocats. En cas de suspicion de mauvais traitement, le médecin en charge de l'enfant doit avertir les parents du diagnostic et prendre une posture de non-jugement.

Dès le début de la prise en charge, il est précisé qu' il est essentiel de conserver les résultats d'examens (radiographie, bilan sanguin, photographies) dans un dossier car ces informations sont d'une importance cruciale lors des audiences judiciaires ultérieures. Dans ces cas-là, le secret médical doit être levé dans l'intérêt de l'enfant.

Indépendamment de la nature de l'abus (physique, sexuel ou mental), un rapport officiel doit être remis aux autorités compétentes. Les informations préoccupantes sont communiquées au bureau de la protection de la jeunesse précocement. Une conférence spécialisée aura lieu avec tous les acteurs concernés : médecins, services sociaux, services de santé des enfants et adolescents (KJGD), parents, pour évaluer les risques de danger et la planification de l'aide nécessaire. Le KJGD est un organe communal proposant des services de promotion de la santé pour l'enfant et l'adolescent.

#### - En Suède

En cas de situation d'urgence, la commission sociale ordonne le placement puis dispose d'une semaine pour soumettre leur décision au tribunal administratif. Le tribunal administratif doit confirmer cette décision rapidement. En cas de non-réponse, le placement prend fin.

#### - Au Portugal

Pour les mesures de protection des enfants en danger, un comité restreint est formé. Il réunit cinq membres du CPCJ et prennent leur décision à la majorité. Les CPCJ sont soutenues par la Commission nationale de protection des enfants et des jeunes (*Comissão nacional de protecção de crianças e jovens* : CNPCJ), organe consultatif placé sous l'autorité commune des ministres de la justice et du travail.

## 4. Décision de placement

En général, l'accueil en institution est provisoire dans la vie d'un enfant. Dans l'étude ESSPER 13 réalisée dans les Bouches-du-Rhône, la moyenne de la durée placement est de 6 ans en institution ou en famille d'accueil.

L'enfant est amené à vivre répétitivement séparations et ruptures de liens avec des personnes auxquelles il s'est attaché et comptaient pour lui.

Le placement doit permettre à l'enfant de réfléchir sur ce qu'il lui est arrivé, d'apprécier les événements qui se sont produits, de supporter l'évocation de ces souvenirs et les reviviscences d'émotions qu'ils occasionnent sans les revivre péniblement, pour donner du sens à l'éloignement.

C'est à l'équipe que revient la fonction d'accompagnement psychoéducatif et thérapeutique de l'enfant. Il est important d'aider l'enfant à développer de nouveaux liens d'attachement de qualité, différents de ceux qu'il a antérieurement connus.

#### - En Grande-Bretagne

En Grande-Bretagne, en cas de danger immédiat, un placement peut être réalisé en urgence en huit jours. Une concertation entre professionnels de protection de l'enfance, la famille et l'enfant est réalisée afin de déterminer quelles décisions vont être prises et les plans de soins et de protection qui vont être mis en œuvre. En cas de refus des parents, les autorités locales peuvent faire appel au Tribunal pour les affaires familiales pour des prérogatives temporaires.

Les autorités locales doivent déterminer un plan d'action en expliquant où l'enfant va vivre et comment il sera scolarisé et verra ses parents. Une ordonnance de soins provisoires est attribuée pour huit semaines en premier lieu et peut être renouvelée quatre semaines. Les procédures de placement se font en général au tribunal des affaires familiales composé de trois magistrats. Les affaires plus complexes peuvent être transférées au tribunal du Comté ou à la Haute Cour.

#### - En Allemagne

Un placement provisoire dans une clinique médicale doit être pesé et une aide décisionnaire par le tribunal de la famille pour protéger l'enfant est encouragée. La copie du rapport de sortie de la clinique concernant l'enfant est remise au KJGD, services de santé municipaux pour les enfants et les jeunes.

Afin d'évaluer les risques par l'office de la jeunesse, l'enfant suspecté de maltraitance doit être nommé comme cible d'une enquête médico-légale en lien avec la police, des procureurs et des tribunaux.

Quand un enfant est retiré de sa famille sans l'accord des parents, dans son intérêt supérieur, un tuteur est désigné par le bureau de la protection de la jeunesse pour exercer différentes fonctions dont parfois, la garde parentale. Dans d'autres cas, les parents biologiques peuvent conserver l'autorité parentale(25).

Il existe deux types de prises en charge quand les enfants sont retirés de leur famille :

- Des soins dits de garde, en cas de situation d'urgence ou de crise où les enfants sont logés
- Des soins permanents dans des familles d'accueil

## - En Suède

Le tribunal administratif à la demande de la commission sociale peut imposer une décision de placement.

## - Au Portugal

En cas de décisions de placement, les décisions des CPCJ requièrent à la fois l'accord des parents et l'absence d'opposition des enfants. En cas de désaccord des intéressés, c'est le tribunal de la famille et des mineurs, appartenant à l'ordre civil, qui est compétent. Les CPCJ ont l'obligation de communiquer au ministère public leurs décisions de placement ainsi leurs mesures de limitation de l'autorité parentale. En cas de désaccord des intéressés, c'est le tribunal de la famille et des mineurs, appartenant à l'ordre civil, qui est compétent.

Par ailleurs, le tribunal est requis s'il n'y a pas de CPCJ dans la commune, si la CPCJ n'a pas réussi à obtenir les moyens nécessaires à l'application de la mesure qu'elle a prise, si la CPCJ, mise au courant d'une situation requérant son intervention, n'a pris aucune décision dans le délai de six mois, si le ministère public considère la décision de la CPCJ comme illégale.

## C. Enfance en danger

La notion d'enfance en danger est une notion essentielle en Protection de l'Enfance. L'enfant en danger est un enfant dont les conditions de vie risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation. Il est impératif d'intervenir dans ces situations par les aides citées plus haut. L'enfant maltraité est « un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, d'actes de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique »(21).

Le diagnostic de maltraitance est évoqué suite à un faisceau d'arguments: le caractère des lésions, l'absence de pathologie médicale expliquant la lésion, l'aspect général de l'enfant, l'observation de l'enfant, les explications fournies par les parents : incohérence, contradiction, le retard de recours aux soins, les antécédents médicosociaux de la famille et de la fratrie, l'examen systématique de tous les autres enfants de la fratrie. Les facteurs de risque susceptibles de fragiliser l'enfant sont des éléments à garder à l'esprit pour tout praticien travaillant aux contacts des enfants et des familles et sont exposés dans le tableau 1. Les signes d'alerte faisant suspecter de la maltraitance sont multiples et décrits dans le tableau 2 (26).

Ci-joint 2 tableaux énonçant les différents facteurs de risque et signes d'alerte :



Concernant la famille	Concernant la période périnatale	Concernant les enfants et les adolescents
<ul style="list-style-type: none"> <li>- conditions de vie difficiles</li> <li>- difficultés socio-économiques (expulsion, surendettement...)</li> <li>- isolement social ou familial et/ou déracinement</li> <li>- père ou mère élevant seul(e) ses enfants avec absence de tiers (un parent absent)</li> <li>- mésententes familiales ou conjugales</li> <li>- parent présentant des troubles mentaux ou du comportement (délinquance, conduites addictives,...)</li> <li>- jeunesse des parents (parents mineurs notamment)</li> <li>- attitude des parents : <ul style="list-style-type: none"> <li>• déçus du bébé (sexe, image corporelle...)</li> <li>• ne supportant pas les pleurs</li> <li>• éprouvant un profond dégoût pour les renvois, les selles</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retard de déclaration de grossesse ou non déclaration</li> <li>- grossesses rapprochées</li> <li>- grossesses multiples</li> <li>- suivi prénatal insuffisant ou irrégulier ou changeant</li> <li>- demande d'IVG non suivie ou trop tardive</li> <li>- demande d'abandon non réalisée</li> <li>- mère jeune : moins de 18 ans à la première naissance</li> <li>- pathologie de la grossesse si génératrice de grande angoisse</li> <li>- événement marquant grave pendant la grossesse (accident, décès, séparation)</li> <li>- comportement de la mère : <ul style="list-style-type: none"> <li>• niant la venue de son enfant et ne la préparant pas</li> <li>• dépression</li> <li>• mère hostile à l'égard de son enfant à naître</li> </ul> </li> <li>- enfant prématuré</li> <li>- enfant porteur de handicap(s) ou mal formé</li> <li>- séparation précoce avec hospitalisation en service de néonatalogie</li> <li>- jumeaux</li> <li>- bébé ayant un comportement difficile à supporter (pleurs excessifs, troubles alimentaires, troubles du sommeil...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enfant fréquentant très souvent les services hospitaliers pour des pathologies le plus souvent bénignes</li> <li>- enfant atteint d'un handicap qui génère des difficultés au sein de la famille (relationnelles, organisationnelles,...)</li> <li>- enfant faisant l'objet de placements fréquents ou vivant régulièrement en dehors de sa famille</li> <li>- enfant victime d'une relation parents/enfant perturbée</li> <li>- enfant non désiré</li> <li>- enfant dit « insupportable »</li> </ul>

Tableau 1 : Facteurs de risque susceptibles de fragiliser l'enfant d'après le Guide à l'usage des professionnels, du traitement de l'information préoccupante au signalement, Département du Rhône, juin 2008, 62pp, p 29.

Signes d'alerte - famille	Signes d'alerte - période périnatale	Signes d'alerte - enfance et adolescence
<ul style="list-style-type: none"> <li>- parents ne répondant pas aux besoins de sécurité de l'enfant : manque d'hygiène, de nourriture, répétition d'accidents domestiques</li> <li>- responsabilisation de l'enfant en décalage avec son âge</li> <li>- enfant recevant des ordres et des contre-ordres</li> <li>- différences affectives très nettes entre les membres de la fratrie (rejet de l'enfant)</li> <li>- confusion des places (positions générationnelles et trans-générationnelles confuses)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maternage défaillant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dénutrition plus ou moins marquée</li> <li>• hypotonie de l'enfant</li> <li>• la mère ne semble pas capter les signaux du bébé et/ou n'y répond pas de manière adéquate</li> </ul> </li> <li>- Retard dans les acquisitions <u>psychomotrices</u></li> <li>- Bébé en retrait ou en alerte (regard, tonus, émotions...).</li> </ul>	<p><b>Concernant l'enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de repères éducatifs dans la vie quotidienne (sommeil, repas...)</li> <li>- troubles psychologiques dans son développement psychomoteur ou psychoaffectif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• enfant hyperactif</li> <li>• enfant replié sur lui-même</li> <li>• agressivité / auto-agressivité</li> <li>• enfant craintif et/ou triste</li> <li>• encoprésie, énurésie</li> </ul> </li> <li>- troubles alimentaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• inappétence</li> </ul> </li> <li>- troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• préoccupations sexuelles inadaptées à l'âge de l'enfant</li> </ul> </li> <li>- troubles du sommeil</li> <li>- intoxications de l'enfant*</li> </ul> <p style="color: red;">« Situations spécifiques nécessitant une vigilance accrue »</p>

Tableau 2 : « Les signes d'alerte de danger » d'après le Guide à l'usage des professionnels, du traitement de l'information préoccupante au signalement, Département du Rhône, juin 2008, 62pp, p30.

Aucun élément figurant ci-dessus pris séparément n'a de valeur indicative. C'est leur accumulation qui peut être évocatrice de risque de danger.

Face à ces signes d'alerte, le professionnel est dans l'obligation légale de réaliser une déclaration de l'information préoccupante. C'est un processus décisionnel et de prise en charge complexe spécifique à chaque pays.

## D. Étude réalisée

### 1. Problématique

Les problématiques des enfants confiés en Protection de l'Enfance sont nombreuses et se retrouvent dans tous les domaines : social, judiciaire, économique et médical.

Dans mon travail de recherche, je me suis intéressée au secteur médical et plus précisément, à l'organisation du suivi médical des enfants placés en France et en Europe.

Cette initiative fait suite à l'enquête ESSPER ASE 13 réalisée entre 2013 et 2014 dans les Bouches-du-Rhône. Dans cette étude, 1092 bilans de santé d'enfants confiés en Maisons d'Enfants à Caractère Social (foyers) et chez des assistants familiaux (familles d'accueil), ont été examinés. Parmi les nombreux problèmes soulevés par cette étude et retrouvés dans d'autres études sur le même thème, des difficultés dans l'organisation du suivi médical impactent la qualité de la prise en charge et ont des conséquences directes sur la santé des enfants.

La santé se définit d'après l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ces trois composantes d'un même objectif sont un pilier essentiel des dispositifs de la Protection de l'Enfance. Le bien-être physique est lié à une surveillance et une prise en charge médicale optimale, à la prévention santé, à la pratique d'activités sportives et d'une alimentation saine. Le bien-être psychologique est lié à un soutien et une écoute attentive par des personnes de confiance, des relations stables, des attachements sécurisés, et une prise en charge psychologique ou psychiatrique adaptée en cas de désordre psychique. Le bien-être social est lié à des interactions ou échanges enrichissants et à une bonne intégration dans la société.

### 2. Objectif

L'objectif de l'étude est de décrire puis d'analyser l'organisation des systèmes de la Protection de l'Enfance en Europe dans le domaine de la santé. Par un comparatif des facteurs plurisectoriels influençant les suivis médicaux des enfants placés dans plusieurs pays d'Europe, des hypothèses quant à l'optimisation du suivi médical des enfants pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance en France seront formulées.

### 3. Méthodologie

Le travail de recherche effectué est une revue de la littérature systématique type étude de la portée. Ce travail consiste en une recherche bibliographique méthodique par la formulation puis l'association de mots-clés formant une équation de recherche. Les mots-clés sont plus communément appelés terme MeSH (medical subjects headings). Les équations de recherches ont été adaptées aux bases de données utilisées.

En complément, une recherche dans la littérature grise a été réalisée.

Après avoir répertorié un grand nombre de textes, une première sélection a été effectuée à partir de la lecture des titres, des résumés et des sommaires et selon certains critères de sélection. Les critères de sélection étaient :

- Document européen ou traitant d'un pays d'Europe
- Enfants placés dans les structures de Protection de l'Enfance (établissements ou familles d'accueils)
- Organisation de la prise en charge sanitaire de l'enfant

Les textes éligibles à l'étude ont été lus. A partir de la lecture de ces textes et selon les critères d'inclusion préalablement formulés, certains documents ont été retenus, analysés et synthétisés.

## II. MÉTHODE

### A. Type d'étude

L'étude réalisée est une revue de la littérature type « scoping review ».

L'étude de la portée est une recherche exploratoire de la documentation existante sur un sujet défini. C'est une cartographie de concepts clé en fonction du temps, du lieu et de la source. Elle permet une vue d'ensemble dans un domaine de recherche par l'analyse de plusieurs études traitant du même sujet. Elle fait partie des revues de la littérature systématiques s'organisant en quatre étapes:

- La recherche bibliographique
- La sélection des articles

- L'extraction des données
- L'analyse des résultats

## B. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en deux étapes.

La première étape a été la recherche dans les bases de données Pubmed, Sciencedirect, EMpremium, BDSP, Lissa, HAL et Cismef. Les équations de recherche ont été formulées à partir des mots-clés transcrits en termes MeSH utiles pour certaines bases de données. Le portail de terminologie HeTOP m'a permis d'accéder aux termes MeSH relatifs à mon sujet de recherche en français et en anglais. Ces termes MeSH sont utiles dans Pubmed, Sciencedirect et Lissa.

Pour les autres bases de données, les mots-clés sont spécifiques à chaque base et ont donc été adaptés.

En français, pour l'expression « suivi médical », le libellé préféré est « continuité des soins ». Les synonymes qui lui sont associés sont « continuité du traitement » et « suivi des soins ». En anglais, le libellé préféré est « continuity of patient care ». Les synonymes qui lui sont associés sont « care continuity », « care plan », « monitoring » et « care management ». Pour le terme « protection de l'enfance », les termes anglais correspondants sont « child welfare », « child protective services » and « foster home care ».

Grâce à ces synonymes, différentes équations ont été formulées et adaptées à chaque base de données en fonction des modalités de constitution des équations propres à chaque base. Pour les bases de données internationales comme Pubmed et Sciencedirect, l'équation de recherche a été retranscrite en anglais. Pour les autres bases de données, l'équation a été notée en français. Différentes formules ont été testées afin d'obtenir des documents spécifiques à l'étude, repérés en premier lieu par la lecture des titres des premiers articles apparaissant avec l'option « classement par pertinence » lorsque cela était possible.

Au final, pour les bases de données Pubmed, Sciencedirect, Lissa et HAL, dont les modalités permettaient ce type de sélection, les termes « protection de l'enfance » ou apparentés, devaient être présents dans le titre ou le résumé. Les termes « continuité des soins » ou apparentés étaient associés à ce terme et recherchés dans tout le texte. Dans certaines bases de données, les termes « continuité des soins » et apparentés associés à protection de l'enfance ne permettaient pas d'obtenir de résultats, j'ai donc préféré le terme « prise en charge » plus global. Parfois, l'ajout du terme « Europe » à l'équation permettait d'affiner la recherche donc d'obtenir moins d'articles mais paraissant plus pertinents. Parfois, en ajoutant le terme « Europe », la recherche n'aboutissait à aucun résultat. Lorsque les modalités de recherche dans les bases de données le permettaient, l'icône « textes entiers disponibles » a été cochée afin de repérer uniquement les textes disponibles en ligne.

En pratique, les équations de recherche de chaque base de données étaient :

- Dans Pubmed : (child welfare [tiab] OR child protective services [tiab] OR foster home care [tiab]) AND (care management OR continuity of patient care OR monitoring OR care plan OR organisation and administration) AND Europe
- Dans Sciencedirect : (continuity of care OR care management OR care plan OR management) AND (foster child OR foster care OR child welfare OR child protective services) [title, abstract, keywords] AND Europe
- Dans Cismef : (protection de l'enfance OU enfant placé en famille d'accueil ou enfant placé en institution) [titre, résumé]
- Dans EM Premium : + protection de l'enfance + prise en charge OU soins
- Dans HAL : protection de l'enfance [titre, résumé] ET prise en charge [texte intégral]
- Dans Lissa : (services de protection de l'enfance OU enfant placé en institution OU enfant placé famille d'accueil) [titre, résumé] ET (accompagnement OU continuité des soins OU gestion des soins aux patients OU planification des soins du patient)

La deuxième étape a été la recherche dans la littérature grise. Les mots-clés ont été traduits en différentes langues et utilisées dans les moteurs de recherche Google français, allemand, anglais, italien, portugais, espagnol, suédois, norvégien, finlandais. Les pays choisis correspondaient aux pays traités dans les articles de recherche sélectionnés à la première étape.

Pour compléter cette démarche, un courrier électronique a été envoyé à des organismes de la protection de l'Enfance nationaux lorsque leur contact était disponible sur internet. Après avoir exposé mon travail de thèse, je leur ai demandé s'il était possible de me transmettre des documents traitant de mon sujet et seul l'organisme anglais NSPCC m'a répondu et envoyé plusieurs liens de rapports pertinents.

## C. Critères et modalités de sélection des articles

Une première sélection a été faite après lecture des titres, des résumés ou des sommaires lorsqu'il n'y avait pas de résumé. Lorsque le texte n'avait ni résumé ni sommaire, il était exclu lors de la première phase. Ce fut le cas pour deux documents.

Les textes étaient inclus lorsqu'ils répondaient aux critères de sélection préalablement définis. Les critères d'inclusion étaient :

- Enfants placés en protection de l'enfance en établissements OU en familles d'accueil ET
- En Europe OU traitant d'un pays d'Europe ET
- Abordant le thème de l'organisation de la prise en charge sanitaire de l'enfant.

Un certain nombre de textes éligibles étaient inaccessibles à la lecture soit parce qu'ils étaient payants, soit parce qu'ils se présentaient sous forme de documents papiers.

Les articles en accès payant ont été inclus lorsque les abonnements disponibles via Aix-Marseille Université permettait de les obtenir. Dans le cas contraire, ils étaient exclus.

Le système universitaire de documentation ou catalogue SUDOC permettant de localiser les documents dans les bibliothèques universitaires françaises a été consulté. Lorsque la requête aboutissait c'est-à-dire que le document était présent dans une des bibliothèques universitaires, soit le document se situait à la bibliothèque de médecine de Marseille et je le consultais sur place, soit il se situait dans une autre bibliothèque et je réalisais des demandes de prêts entre bibliothèques pour y accéder.

## D. Extraction des données

Lorsque les ouvrages étaient sélectionnés, les données suivantes ont été extraites : titre, auteur, année, type de document, pays, langue. Les données quantitatives et qualitatives en lien avec mon sujet ont été extraites et triées selon les catégories suivantes :

- Thème
- Contexte
- Type de structure
- Organisation de la structure
- Organisation de la protection de l'enfance
- Objectifs
- Méthodes
- Catégories des enfants placés
- Évaluation
- Prise en charge/soins
- Résultats
- Problèmes soulevés
- Recommandations

L'item « type de structure » décrivait les établissements de la protection de l'enfance mais aussi les établissements de soins reliés à la structure.

Les données extraites correspondant au thème « organisation de la structure » étaient spécifiques de l'organisation de la prise en charge médicale dans la structure et se regroupaient en un réseau interne et un réseau externe.

L'organisation de la protection de l'enfance prenait en compte des données plus générales non spécifiques à la prise en charge médicale mais importantes pour comprendre le système de la protection de l'enfance de chaque pays.

Les objectifs et les méthodes de l'étude étaient principalement énoncés dans les articles de recherche lorsque les auteurs réalisaient une étude quantitative ou qualitative sur la santé des enfants placés.

Les catégories des enfants placés décrivaient l'âge des enfants sélectionnés dans l'étude et leur mode placement : établissement ou famille d'accueil.

L'item « évaluation » correspondait aux caractéristiques des évaluations médicales ou psychologiques c'est-à-dire le caractère obligatoire de l'évaluation, leur fréquence, le professionnel désigné pour sa réalisation, le lieu de réalisation...

Le thème « prise en charge/soins » se référait à tout ce qui était mis en œuvre pour la prise en charge ou le traitement de l'enfant.

Les résultats extraits concernaient uniquement le suivi médical des enfants placés. Il s'agissait de taux de prise en charge par des soignants du domaine médical ou paramédical sur une population d'enfants placés donnée.

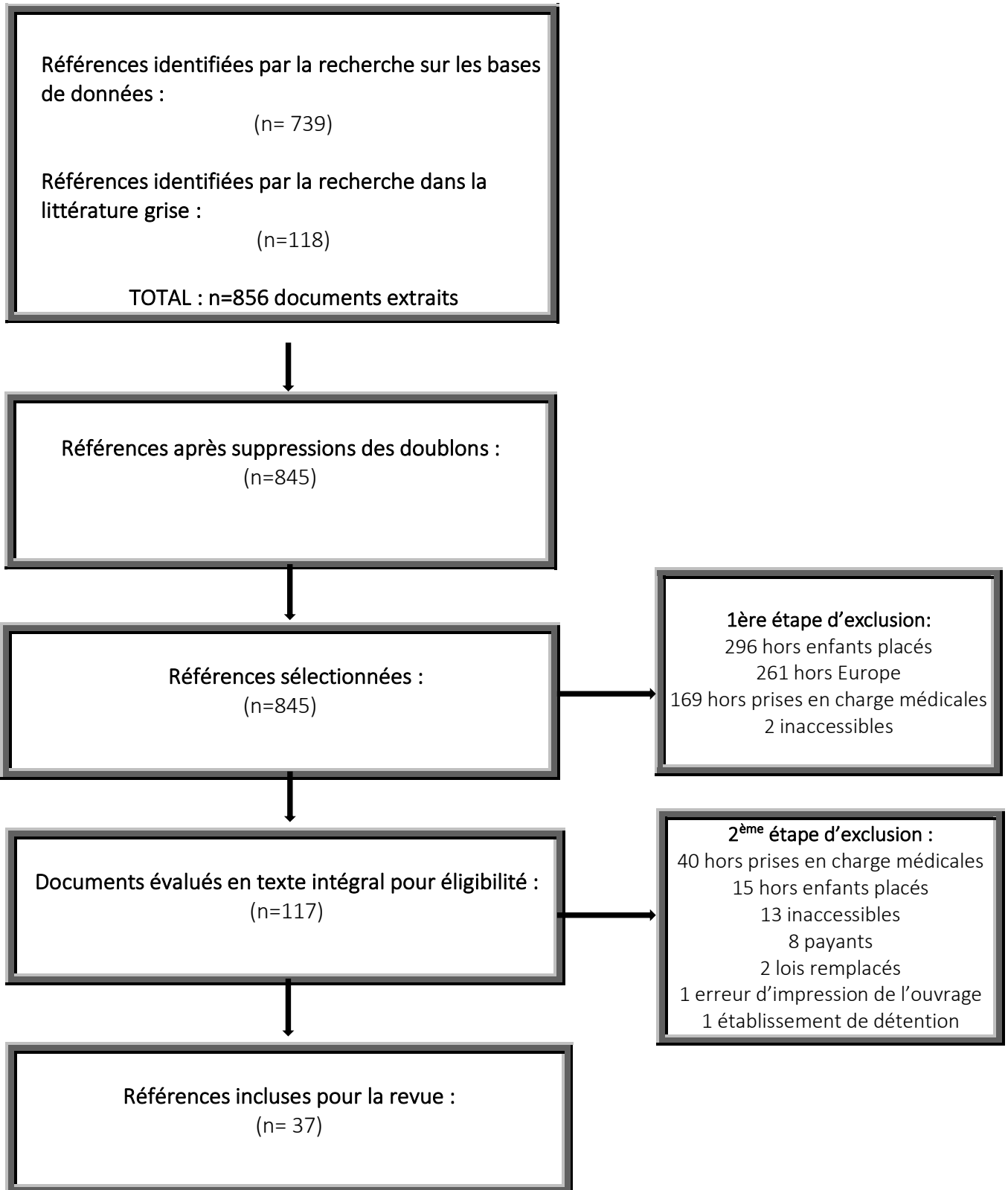
La catégorie « problèmes soulevés » correspondait aux problèmes repérés par l'auteur, grâce à la recherche effectuée, sur le suivi médical et son organisation. Il en découle des recommandations dans un but d'améliorer la qualité et l'organisation des prises en charge.

## E. Analyse des résultats

Pour chaque catégorie, les données extraites ont été analysées puis synthétisées sous forme de mots-clés formant des sous-catégories. Les mots-clés correspondaient à de grandes thématiques initialement classés en deux parties. Les deux parties sont l'organisation dans les établissements de la Protection de l'Enfance et le suivi médical. Les thèmes se retrouvant dans différents textes, ont été regroupés et organisés en une suite logique. Dans chaque thème, les informations sélectionnées lors de la lecture des textes éligibles ont été exposées pays par pays. Ensuite, les éléments pertinents qui répondaient à l'objectif de l'étude ont été discutés.

### *III. RÉSULTATS*

## A. Diagramme de flux



Graphique 1 : Diagramme de flux de l'étude



## B. Références incluses

n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
1	Children first: the child protection system in england	The Education Committee of House of Commons	House of commons	2012	Rapport	en	complémentaire	Grande-Bretagne : -Protocole avant placement en Grande-Bretagne -Recommandations : coopération interprofessionnelle, formation du personnel, contrôle des évaluations
2	Mental health and well-being of looked after children	The Education Committee of House of Commons	House of commons	2015	Rapport	anglais	complémentaire	Grande-Bretagne: -Réseau interne et externe -Problèmes soulevés : instabilité des suivis, questionnaire non adapté, incompétence du personnel -Recommandations : Examens tous les 6 mois par un professionnel formé , questionnaire GLQ
4	décret relatif à l'aide à la jeunesse	Conseil de la communauté française	Gouvernement belge	2012	Décret	français	complémentaire	Belgique: -Rapport d'évaluation médicopsychologique après 45 jours de prise en charge
6	protection de l'enfance : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant	ONPE	ONPE	2016	Note d'actualités	français	complémentaire	France: -Réalisation d'un plan de soin -Recommandations : stabilité du parcours
7	A multi-perspective exploration of the service needs of adolescent girls with multiple and complex needs ( MCN )	Helena Van den Steen et Al.	Children and Youth Services Review	2018	Article	anglais	sciencedirect	Belgique: -Réseau externe -Thérapies mises en oeuvre -Problème : Instabilité des placements
12	Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives	HAS	ANESM	2015	Rapport	français	complémentaire	France: -Réseau externe et interne -Projet de soins en amont du placement et dans l'établissement et accompagnement
13	La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance	Bourgeaux I	ONED CREA Rhône-Alpes	2012	Rapport	français	cismef	France: -Nombreux problèmes : accès aux données passées, pas de standardisation, pas de dossiers, pas de coordination, opposition des parents, inégalité accès aux soins de psychiatrie infanto-juvénile -Recommandations : amélioration des conditions matérielles, formation des professionnels, standardisation des évaluations, décroisement, lien parents
22	Promoting the health of looked after children	Mooney A	Institut of Education, University of London	2009	Rapport	anglais	complémentaire	Grande-Bretagne : -Réseau externe -Problèmes : charge de travail, qualité des plans de santé, accès aux informations, opposition des parents -Recommandations : formation des professionnels, normes de qualité pour les plans de soins

n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
25	Development of an Intervention for Foster Parents of Young Foster Children with Externalizing Behavior: Theoretical Basis and Program Description	Vanschoonlandt F	Clinical Child and Family Psychology Review	2012	Article	anglais	pubmed	Belgique: - Thérapies spécifiques mises en oeuvre
26	Die psychische Belastung bei Pflegekindern: Vorhersage ihrer posttraumatischen Symptomatik und Adaption eines neuen Instruments zur Erfassung ihrer allgemeinen psychischen Belastung	Groh E-M	Ludwig-Maximilians-Universität München	2010	Thèse	allemand	complémentaire	Allemagne : - Taux de prises en charge par des professionnels de santé sur une population donnée
27	Different sizes, similar challenges: Out of home care for youth in Germany and the Netherlands	Harder A-T	Psychosocial Intervention	2013	Article	anglais	sciencedirect	Allemagne / Pays-Bas : -Thérapies spécifiques mises en oeuvre -Recommandations : formation des professionnels
29	Does the use of health care and special school services, prior to admission for psychiatric inpatient treatment, differ between adolescents housed by child welfare services and those living with their biological parent(s)?	Laukkanen M	Community Mental Health Journal	2013	Article	anglais	pubmed	Finlande : Description des lieux d'accueil Recommandations : formation du personnel, standardisation et systématisation des évaluations
30	Socialgesetzbuch Ahtes Buch - Kinder-und Jugendhilfe - (SGB VIII)	Gouvernement allemand	Gouvernement allemand	2012	Loi	allemand	complémentaire	Allemagne : - Obligation de soins
34	Emergency residential care settings: A model for service assessment and design	Graça J	Evaluation and Program Planning	2017	Article	anglais	sciencedirect	Portugal : -Description lieux d'accueil -Taux de prises en charge par des professionnels de santé sur une population donnée
36	Etude sur l'état général des enfants confiés à l'ASE de Paris: Etat de santé physique et psychologique, vie relationnelle, comportements et conduites à risque, vie sociale et loisirs, scolarité	CAREPS	Département de Paris	2003	Rapport	français	complémentaire	France : -Taux de prises en charge par des professionnels de la santé sur une population donnée -Recommandations : Développer le suivi, standardisation des procédures

n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
37	Etude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire	Charrel M ( CAREPS)	Département de Maine-et-Loire	2009	Rapport	français	complémentaire	France : -Réseau interne et externe -Problèmes : coopération Protection de l'Enfance / Secteur de psychiatrie -Recommandations : Standardisation des évaluations
39	Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use	Vanschoonlandt F	Children and Youth Services Review	2013	Article	anglais	sciencedirect	Belgique : - Taux de prises en charge par des professionnels sur une population donnée
46	Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles	Kayser C	le Défenseur des droits	2015	Rapport	français	cismef	France : -Description de structures spécialisées -Nombreux problèmes soulevés : Manque de place, instabilité, accès aux informations, manque de coordination, absence de suivi psycho, pluralité des acteurs, absence de standardisation dans les suivis
47	Handbuch pflegekinderhilfe	Kindler H	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	2011	Ouvrage	allemand	pubmed	Allemagne : -Description des lieux d'accueil -Réseau externe -Thérapies spécifiques mises en oeuvre -Recommandations : coopération interprofessionnelle, participation des enfants
73	Naissance et premiers pas d'une équipe mobile de pédopsychiatrie pour les mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance	Chandellier L	Enfance & Psy	2014	Article	français	complémentaire	France : -Réseau externe -Thérapies spécifiques
75	Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône	Martin A	Santé publique	2017	Thèse - article	français	lissa	France : -Réseau externe -Recommandations : bilan de santé systématique et réévaluation annuelle

n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
86	Promoting health and well being of looker after children	Department of health	Department of Health	2015	Rapport	anglais	complémentaire	Grande-Bretagne : -Problèmes : Charge de travail, accès aux informations -Recommandations : Formation et spécialisation des professionnels, évaluations informelles, formations et ressources, contrôle de la qualité des interventions
87	Protection de l'enfance en Suède, modèle à suivre ?	Meignan A	Directions - Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social	2017	Mémoire d'étude - article	français	bdsp	Suède : -Description lieux d'accueil -Problèmes : charge de travail Recommandations : avis de l'enfant, formation des professionnels, coordination interprofessionnelle
92	Looked after children: knowledge, skills and competences of health care team	Royal college of nursing and royal college of paediatrics and child health	Royal college of nursing and royal college of paediatrics and child health	2012	Rapport	anglais	complémentaire	Grande-Bretagne : Réseau interne
93	L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance: accès au soin et sens du soin	Euillet S,	le Défenseur des droits	2016	Rapport	français	complémentaire	France : -Réseau interne et externe -Plans de soins -Problèmes : implication des parents, manque de professionnels de la santé, accès aux soins, incompétences -Recommandations : recueil d'information, intérêt des éducateurs, coordination des soins, formation des professionnels

n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
94	Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature	Even M	Médecine humaine et pathologie	2017	Thèse - article	anglais	HAL	France : -Thérapies spécifiques mises en oeuvre -Nombreux problèmes soulevés : Mauvaise connaissance des enfants, accès aux informations médicales, instabilité, besoins en santé mentale, manque de ressources, complexité administrative, pas de standardisation, accès secteur de psychiatrie infantojuvénile, pas de dépistage systématique - Recommandations : Thérapies spécifiques, stabilité du parcours
96	Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe/Heimerziehung	Niemann Katrin	Medizinische Fakultät der Universität Rostock	2013	Thèse	allemand	complémentaire	Allemagne : -Description lieux d'accueil -Réseau externe -Taux de prises en charge par des professionnels de la santé sur une population donnée -Thérapies spécifiques mises en oeuvre
101	Statutory guidance on promoting the health and well-being of looked after children	Department for Children, Schools and Family Department of health	Department of Health	2009	Rapport	anglais	complémentaire	Grande-Bretagne : -Réseau interne et externe -Formation des professionnels réalisée -Activités de bien-être -Problème : Besoin en santé mentale -Recommandation : intérêt à tous les aspects de la santé
102	Study protocol: a randomised controlled trial testing the effectiveness of 'Op Volle Kracht' in Dutch residential care	Weeland M	BMC Psychiatry	2015	Article	anglais	complémentaire	Pays-Bas : - Thérapies spécifiques mises en œuvre
104	Systematic reviews on child welfare services: identifying and disseminating the evidence	Korner H,	Journal of Evaluation in Clinical Practice	2015	Article	anglais	pubmed	Norvège : -Réseau externe

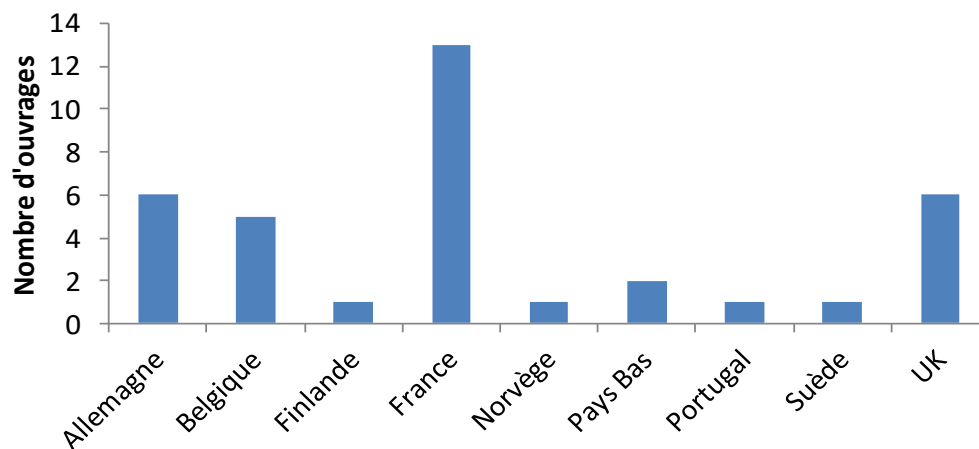
n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
107	The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis	Srijbosch	Children and Youth Services Review	2015	Article	anglais	sciencedirect	Pays-Bas : -Réseau externe -Recommandations : Adaptation des prises en charge à chaque enfant, alliance thérapeutique, soins des traumatismes
108	Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône : regard social et médical sur les orientations à la Maison Départementale des personnes handicapés	De Montaigne L	Archives de Pédiatrie	2014	Thèse - article	français	complémentaire	France : -Réseau externe -Problèmes : Spécificité des pathologies, diagnostics incertains, communication avec la famille
110	Wie geht es den Pflegekindern in Deutschland?	Wolf K	Fakultat II ( Bildung- Architektur- Kunste) Universitat Siegen	2016	Thèse	allemand	complémentaire	Allemagne : -Réseau externe -Plans de soins -Recommandations : formations des familles d'accueil, développement d'activités, systématisation du suivi médical, programme bien-être de l'enfant
114	Droit de l'enfant et relations enfants placés - famille	Van Houck F	Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE)	2012	Rapport	français	complémentaire	Belgique : - Description des lieux d'accueil
115	LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant	Gouvernement français	Gouvernement français	2016	Loi	français	complémentaire	France : Recommandations : bilan de santé annuel, programme de formation des professionnels, coordination des soins : médecin référent, bilan de parcours avant la sortie de l'établissement, projet pour l'enfant ( PPE)

n°	Titre	Auteur	Editeur	An	Type	langue	source	Résultats principaux
116	Enfants placés, enfants confiés : défendre et promouvoir leurs droits	Gouvernement français	Le défenseur des droits	2011	Rapport	français	complémentaire	France : -Description des lieux d'accueil -Réseau interne et externe -Problèmes : Structures inadaptées aux besoins, instabilité des placements, coopération avec les parents -Recommandations : Implication des parents, stabilité du parcours, lien stable, adaptation des structures aux troubles spécifiques des enfants
117	L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône	Hammoud M.	Santé publique	2018	Thèse	français	complémentaire	France: -Lieux de placement : 50% familles d'accueil, 50% MECS -Taux de prises en charge des professionnels sur une population donnée -Problèmes: accès aux informations médicales -Recommandations: Formation des travailleurs sociaux, médecin-référent, évaluation systématique, dossier médical unique, coopération



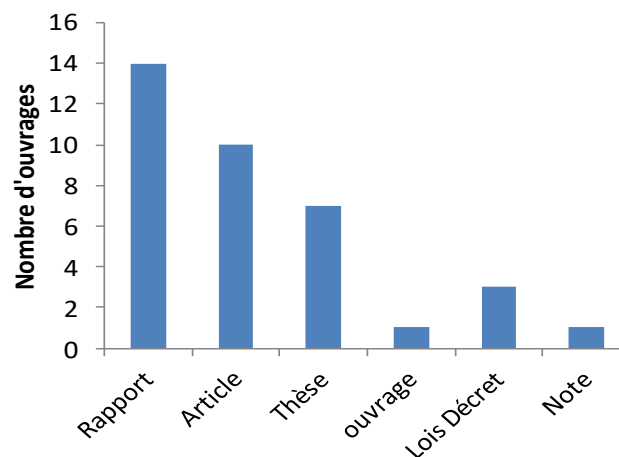
## C. Données générales

La recherche bibliographique réalisée fait apparaître 9 pays européens qui se sont intéressés à l'organisation des prises en charge sanitaires des enfants placés dans les structures de la Protection de l'Enfance. Le nombre d'ouvrages inclus selon les pays est retrouvé dans le graphique 2.



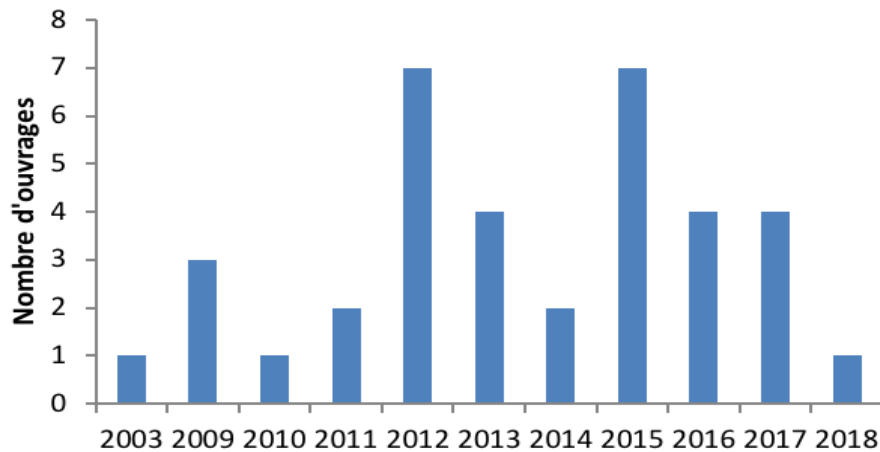
Graphique 2 : Nombre d'ouvrages inclus selon les pays

Parmi les documents inclus dans l'étude, 39% sont des rapports, 28 % sont des articles de revues, 19 % sont des thèses ou mémoires dont 2 thèse-article, 8 % sont des textes de loi, soit des articles de loi, soit des décrets. Le graphique 3 représente le nombre d'ouvrages en fonction du type de documents.



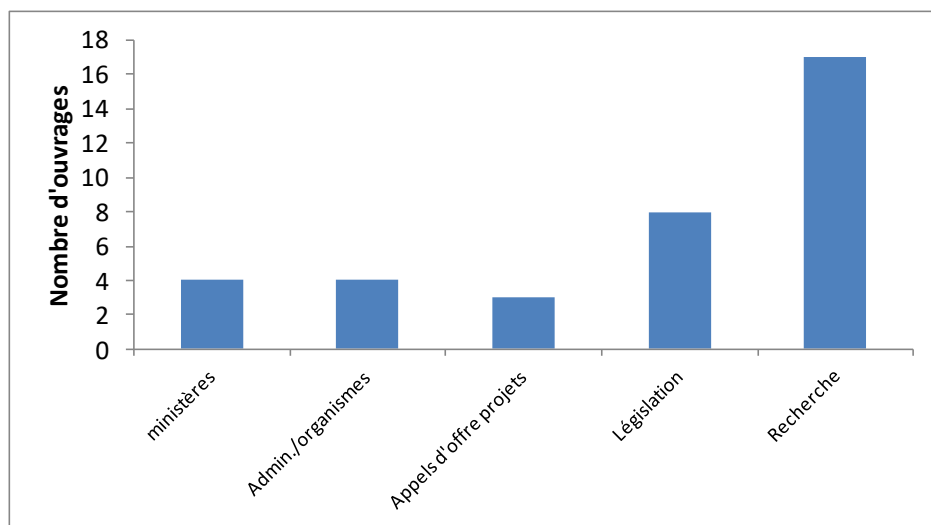
Graphique 3 : Nombre d'ouvrages en fonction du type de documents

Toutes les publications sont postérieures à 2003. Majoritairement, les documents sélectionnés ont été publiés en 2012 et au-delà (environ 79 %). Le nombre d'ouvrages selon l'année de publication est figurée dans le graphique 4.



Graphique 4 : Nombre d'ouvrages en fonction de l'année de publication

Sur l'ensemble des publications retenues, 11 sont des rapports ou notes associées à des services donneurs d'ordres et/ou financeurs tels que des ministères notamment Ministère de la santé (4 en Grande-Bretagne) ou des services administratifs et organismes tels que l'ASE, l'ONED, le CAREPS. Le graphique 5 illustre le nombre d'ouvrages en fonction du contexte.



Graphique 5 : Nombre d'ouvrages en fonction du contexte

## B. Organisation des structures de placement

Les informations suivantes sont celles tirées et discutées dans les documents étudiés. Il est possible que la réalité diffère entre la théorie et la pratique, ou que certaines organisations et prises en charge ne soient spécifiques qu'à un territoire donné du pays.

Les structures de placement sont de deux types : les établissements souvent définis comme thérapeutiques et éducatifs et les familles d'accueil.

Les établissements s'organisent en un réseau interne et externe de professionnels pour les suivis médicaux. Un grand nombre de problèmes concernant les prises en charge et leurs organisations sont soulevés dans les documents et aboutissent à des recommandations dans un but d'amélioration des dispositifs.

### 1. Structures de placement

#### 1.1. En France (14)

- MECS : maison d'enfants à caractère social  
Pouponnières à caractère social de la naissance à 3 ans
- Familles d'accueil avec un assistant familial
- Villages d'enfants
- Foyers de l'enfance
- Services d'adaptation progressive en milieu naturel (SAPMN)
- Unités éducatives et thérapeutiques

Dans certains départements français, il a été créé des structures spécialisées (46) dans la prise en charge des enfants présentant un handicap, moteur ou psychique, et étant pris en charge par la Protection de l'Enfance.

- Projet Bastide dans les Landes : unité thérapeutique et éducative dans un service de psychiatrie
- MECSI ( MECS + ITEP ) dans le Gers
- Service passerelle en Gironde : 6 places pour les jeunes de 13 à 16 ans pour des situations complexes

## 1.2. Aux Pays-Bas (27)

- Services de jeunes résidentiels ou établissements de soins provinciaux
- Familles d'accueil

## 1.3. En Allemagne (27)

- Groupes résidentiels thérapeutiques intensifs
- Villages d'enfants
- Résidences individuelles ou familles d'accueil

## 1.4. En Belgique (28)

- Familles d'accueil
- Centres d'Accueil d'Urgence (durée de 20 jours)
- Centres de Premier Accueil
- Centres d'accueil et d'observation
- Centres d'accueil spécialisés
- Centres d'aide aux enfants victimes de maltraitance pour 6 mois
- Services d'accueil et d'aide éducative

## 1.5. Suède (10)

- Famille d'accueil
- Foyers d'hébergement nommés « HVB »
- Maisons d'enfants nommés Barnahus

## 2. Organisation des structures

### 2.1. Description

#### - Établissements

En France, d'après une étude du Défenseur des droits, les foyers de l'enfance offrent une aide urgente pour une durée déterminée, plutôt courte et gèrent l'orientation de l'enfant (14).

En Belgique, les centres d'accueil d'urgence accueillent les enfants en période de crises pour des durées ne dépassant pas 20 jours. Il existe également des structures type centres d'accueil et d'observation qui réalisent également des placements de courte durée et qui gèrent l'orientation de l'enfant. C'est l'équivalent des foyers de l'enfance (28).

En Allemagne, dans la communauté de Rostock, il existe des communautés résidentielles thérapeutiques qui sont des appartements partagés pour jeunes avec déficiences intellectuelles ou ayant des difficultés avec l'environnement familial, à l'école ou d'ordre affectif et qui sont alors pris en charge par du personnel soignant et éducatif (29). Chaque enfant a un tuteur de référence pour discuter et se confier. Les tâches des superviseurs sont l'organisation d'activités de loisirs, l'apprentissage de la vie quotidienne, et la formation en compétences pratiques. Les règles à l'entrée sont bien définies : volonté de travailler sur ses compétences sociales en thérapie individuelle ou de groupes, abandon des drogues et renoncement à la violence.

En Finlande, les unités de protection de l'Enfance sont des institutions privées (29), une minorité appartenant aux municipalités ou à l'État. Les services de protection de l'Enfance sont en majorité de petite taille environ 5 à 10 enfants par unités; mais il existe également, de grandes institutions dotées de sous-unités plus petites. La majorité du personnel a suivi une formation d'études sociales mais pas de formation médicale ou psychologique (5).

En Suède, les maisons d'enfants, dites Barnahus, sont inspirées du modèle islandais et spécifiques pour les jeunes victimes d'abus sexuels ou de violences graves (10).

Au Royaume-Uni, il n'y a pas de documents décrivant les types d'établissements mais ils sont établis en fonction des demandes et besoins des localités (23) .

#### - Familles d'accueil

Les familles d'accueil françaises sont constituées d'au moins un assistant familial. Depuis 1992, la formation d'assistant familial est obligatoire dès l'obtention de l'agrément pour l'accueil de mineur mais ce n'est pas un prérequis. Avant le 1er janvier 2007, la formation

était de 120 heures. depuis 2007, la formation est de 240 heures, plus 60 heures de préformation qui aboutit à l'obtention du Diplôme d'État d'Assistants Familiaux (DEAF).

En Allemagne, en France, en Suède, le placement en famille d'accueil est privilégié (10), notamment pour les plus jeunes quasiment pas accueillis en institution. Un dixième des enfants placés suédois de moins de 12 ans vivent en institution. En Suède, les familles d'accueil sont formées par des «familles de contact» ayant un rôle de conseillers. Il y a parfois des familles d'accueils qui sont des proches de l'enfant. Ils sont alors rémunérés mais n'ont pas de formation spécifique pour l'éducation et les soins de l'enfant.

Aux Pays-Bas, les familles d'accueil reçoivent une formation dite STAP comprenant 7 réunions de 3 heures.

En Allemagne, il existe 2 types de familles d'accueil. Elles sont dites « professionnelles » lorsqu'un des parents est un travailleur social qualifié, enseignant ou pédagogue social ou « traditionnelles » lorsque les parents ont reçu une formation par des organismes volontaires sans but lucratif (27).

Au Royaume-Uni, le Training Support and Development (TSD) ou support d'entraînement et de développement fournit un cadre de formation pour les familles d'accueil. Cela implique d'être informé sur la santé mentale et sur le développement social et relationnel des jeunes (1).

## 2.2. Réseau interne

### - Personnel soignant des établissements

En France, dans certaines municipalités, il existe des professionnels spécialisés dans les troubles psychiques comme des psychologues ou psychiatres exerçant dans la structure ; il peut également y avoir des infirmiers et parfois des médecins, libéraux ou salariés, intervenant à temps partiel (6) (11) (30).

Pour les moins de 3 ans, en pouponnière à caractère social, il y a la présence de médecins, de puéricultrices et autres soignants (14).

Cependant, le personnel soignant n'est pas systématiquement interne à la structure ; il sera alors organisé un réseau de partenaires ou professionnels soignants.

En général, c'est à l'équipe de professionnels de la structure que revient la fonction d'accompagnement psychoéducatif et thérapeutique de l'enfant. En pratique, les éducateurs sont au premier plan concernant les problèmes de santé de l'enfant (6) (11). L'éducateur organisera l'orientation vers des professionnels spécialisés. Les parents sont impliqués dans le suivi médical de leurs enfants jusque l'âge de 16 ans bien que cette coopération peut être difficile. Malgré tout, les éducateurs sont engagés dans une démarche d'association des

parents au suivi de la santé des enfants. Mais parfois, la distance, le manque d'échanges, ou l'absence de motivation peuvent compliquer le suivi et les prises de décisions sur la santé de l'enfant (11).

Au Royaume-Uni, il est précisé qu'il est de la responsabilité de tout le personnel travaillant avec l'enfant de garantir que les soins réalisés répondent aux besoins de l'enfant. Il existe, en théorie, dans chaque localité, des médecins et infirmiers désignés spécifiquement et formés pour les enfants placés avec des rôles bien définis (31). Ces rôles sont de formuler des directives et des protocoles standardisés, de coordonner les soins, de surveiller la santé de l'enfant et de veiller au partage d'informations entre les agences; tout ceci, en respectant les politiques locales, régionales et nationales (32). Cependant, les établissements de soins de la Protection de l'Enfance ne possèdent pas de professionnels de la santé mentale (1).

#### - Formations à la santé

Aux Royaume-Uni, les éducateurs sont sensibilisés aux questions relatives à la santé et formés par des programmes d'apprentissage en ligne (31).

En effet, le ministère de la santé a appuyé le développement de programmes d'apprentissage en ligne sur la santé des adolescents à l'intention des professionnels au contact des jeunes (médecins, infirmiers, éducateurs...) afin qu'ils possèdent des connaissances et compétences nécessaires pour répondre aux besoins des adolescents. Ces modules d'apprentissage en ligne couvrent tous les aspects de la santé des adolescents : développement, communication, éducation sexuelle, usage de drogues, troubles de l'alimentation, bien-être psychique ...

En Belgique, les équipes de soins de santé mentale des enfants placés ont été formées par des pédopsychiatres (2).

#### - Activités de bien-être

Au Royaume-Uni, le gouvernement est impliqué dans la pédagogie des foyers et propose un cadre qui se concentre sur des tâches pratiques et de travaux en groupe d'ordre créatifs et pratiques tels que l'art, le théâtre, la menuiserie, la musique ou le jardinage. Ces activités peuvent aider l'enfant à se sentir bien et à s'épanouir. L'activité physique, les voyages, le jeu en plein air et autres activités de loisirs ont leur importance dans la santé physique et psychique (31).

## 2.3. Réseau externe

### - Services de santé

Au Royaume-Uni, le service de santé national, NHS (National Health Service), contribue à répondre aux besoins de santé des enfants placés par la mise en place de services efficaces et la mise en lien de praticiens assurant la coordination des soins.

Il existe des groupes de services de santé nommés PCT (Primary Care Team). Ce sont des intervenants dans la prise en charge sanitaire de l'enfant pour de nombreuses missions. Ils doivent s'assurer que chaque enfant dispose d'un plan de santé qui fait partie du plan global de soins. Les PCT ont un rôle important dans l'identification des besoins individuels en matière de santé des enfants placés. Des systèmes sont mis en place par les PCT pour s'assurer que les jeunes pris en charge sont enregistrés auprès des médecins généralistes et ont accès à des dentistes proches.

Lorsque des enfants ont besoin de consulter un nouveau médecin généraliste car changeant de secteur de domiciliation, des dispositions peuvent être prises pour accélérer le transfert des dossiers cliniques. Il existe une coordination efficace entre les organismes de la santé publique, de la santé clinique et santé mentale (CAMHS). Les PCT, en collaboration avec les autorités locales, doivent examiner les dispositions des services par rapport aux objectifs convenus et aux normes de qualité afin de garantir la mise en place de services efficaces. Ces services s'occupent de la gestion des données médicales d'un enfant y compris les antécédents familiaux et veillent à ce que ces informations soient fournies au médecin en charge. Ils tiennent un registre de l'évaluation de la santé et contribue à toute action nécessaire dans le cadre du plan de santé défini. Ils revoient régulièrement les dossiers cliniques des enfants enregistrés et s'assurent que le dossier clinique tenu par le médecin généraliste soit mis à jour régulièrement (31).

En France, il est souvent développé un réseau externe constitué de centres de santé ou institutions de soins ainsi que des services de l'État comme la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Centres Médico psycho Pédagogiques (CMPP) et les Centres Médico Psychologiques (CMP) (33).

Dans l'article 7 de la Loi du 14 mars 2016 relative à la Protection de l'Enfance, il est dit que « Dans chaque département, un médecin référent " protection de l'enfance ", désigné au sein d'un service du département, est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part, dans des conditions définies par décret » (33).

Parfois, des partenariats sont créés avec des associations de prévention en santé, des soignants libéraux, ou des soignants de l'Éducation nationale (6).



## - Soins psychiques

En France, quand il n'y pas de psychologue interne à l'établissement, les structures travaillent alors avec des professionnels de la psychiatrie publique ou libérale (6)(11).

Les plus âgés peuvent être orientés vers la Maison des Adolescents (MDA) ou des Espaces santé jeunes où ils sont accompagnés et soutenus.

De plus, il existe une association nommée Fil santé jeunes qui offre une écoute téléphonique pour répondre aux besoins des jeunes de 9h à 23h 7jours/7, par des médecins et des psychologues. Il est possible de les contacter également sur le site web proposant des chats individuels permettant d'apporter des réponses adaptées aux problématiques des jeunes par des professionnels de la santé. Ce service est gratuit (14).

Au Royaume-Uni, les soins des troubles psychiques sont dispensés par une structure partenaire nommée CAMHS (Child and Adolescents Mental Health Service ). Ces services sont fournis par le système de santé national (National Health Service NHS) pour les enfants qui ont des difficultés émotionnelles ou comportementales. Les services CAMHS sont organisés localement et les soins fournis peuvent varier en fonction des administrations locales (23).

En Allemagne, des soins infirmiers sont organisés par des services spécialisés dans 85% des bureaux de la protection de l'Enfance et il existe une coopération avec les structures de pédopsychiatrie. Les enfants placés constituent un groupe à risque de troubles mentaux. En cas de troubles mentaux avérés, il n'y a aucune obligation à mener des actions thérapeutiques (9).

En Belgique, il existe une collaboration avec les services de pédopsychiatrie nommés Centres Psychiatriques de Jour pour Enfants et Adolescents. C'est une équipe soignante formée par des pédopsychiatres offrant des services de santé mentale gratuits dans le cadre de programmes intensifs (2).

Aux Pays-Bas, il existe des structures d'accueil ouvertes 24h/24 pour les enfants et les jeunes ayant des troubles affectifs et comportementaux. Ces établissements ont pour missions de créer un environnement sûr, structuré et d'apporter des soins réguliers sur le long terme. Ces traitements fournis sont centrés sur la famille. En pratique, il s'agit d'équipes pluridisciplinaires qui élaborent des plans de soins ou de traitements individuels pour chaque enfant (34).

## - Centres de loisirs santé

Au Royaume-Uni, des cliniques, type centres de loisirs, existent et les questions concernant la santé sont abordées dans un environnement moins hostile et protocolaire (4) (31). Dans certains districts comme celui du Tower Hamlet à Londres, un accès gratuit aux installations de loisirs pour tous les enfants placés est mis en place. Ils ont également élaboré un « programme vélo » où chaque enfant peut recevoir un vélo et des équipements à condition qu'ils réussissent un test de compétence en cyclisme.

## - Équipes mobiles

En France, dans certains départements, il y a des équipes mobiles de pédopsychiatrie désignées pour les mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Ce sont des unités pluridisciplinaires avec des pédopsychiatres, infirmiers et éducateurs spécialisés (35).

En Allemagne, il existe également des équipes mobiles spécialisées pour les enfants placés dans certaines municipalités. Par exemple, l'équipe ASB ( Arbeiter Samariter Bund ) ou confédération des travailleurs samaritains, est une assistance thérapeutique ambulatoire avec une équipe pluridisciplinaire apportant une aide psychologique, éducative et sociale (29).

En Norvège, il existe 26 équipes pluridisciplinaires d'interventions et de consultations financées par l'État réparties dans tout le pays utiles pour les enfants placés. Il s'agit de psychologues, de spécialistes de la protection de l'enfance, de travailleurs sociaux et d'enseignants. Les équipes collaborent avec les autorités locales pour proposer des solutions à chaque cas particulier (36).

## - Actions de prévention

En France, il existe au sein de la CPAM une organisation spécifique qui mène des actions de prévention ou consultations santé auprès des enfants placés mais seule 17% des CPAM les réalisent (11). Dans les Pyrénées-Orientales, il existe une convention de partenariats entre l'ASE et les Centres d'examen de santé (CES) gérés par la CPAM pour la réalisation de l'Examen Périodique de Santé (EPS). Le médecin de la CPAM réalise un bilan de santé selon le modèle fourni par l'ASE.

## 2.4. Problèmes rencontrés dans les structures

De multiples facteurs influencent l'organisation du système et peuvent avoir une répercussion négative sur les suivis des enfants et donc un impact direct sur leur santé. Souvent, les mêmes problèmes ont été rencontrés par plusieurs auteurs. Le graphique 6 représente le nombre d'ouvrages selon les thématiques des problèmes soulevés pour l'organisation des structures.

Les problématiques les plus souvent mises en avant sont les ruptures de lien, la charge de travail des professionnels responsables des jeunes en lien avec le manque de moyens financiers et donc de personnels dans les structures (5)(12). Les ruptures de lien sont dues soit à l'instabilité du placement (1)(12)(14), soit au changement fréquent du personnel éducatif et soignant dans les structures (29).

En effet, le renouvellement du personnel éducatif ou soignant est aussi lié à la charge de travail dans ces milieux (10) (37). La capacité des médecins, infirmiers ou éducateurs à prendre en

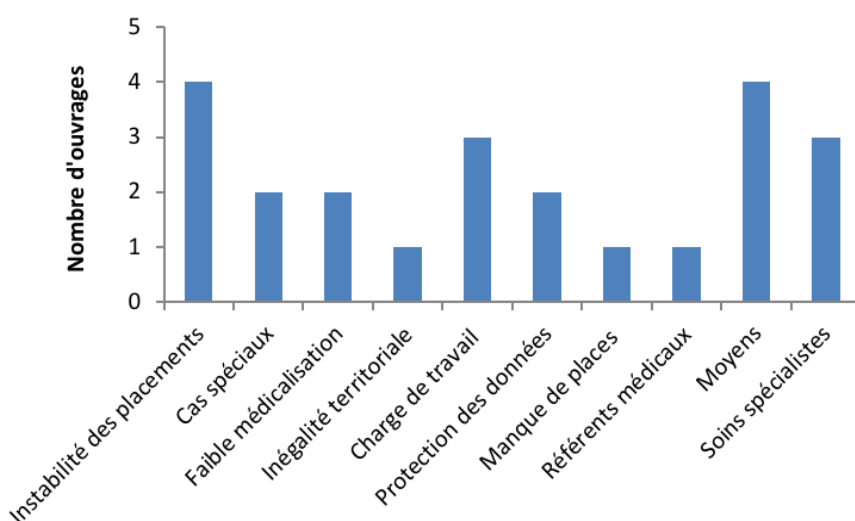
charge ces enfants ayant des troubles complexes est un facteur limitant le bon déroulement de l'organisation du suivi médical (37) (38). Deux enquêtes de la BAAF (British Association for Adoption and Fostering) soulèvent également ce problème.

Le temps dédié pour les évaluations de santé des jeunes est insuffisant face au nombre d'enfants placés (37) entraînant un temps d'attente non négligeable pour le traitement des enfants ayant des troubles ou besoins en santé, principalement dans le domaine de la santé mentale (31). La charge et la capacité de travail des professionnels sont responsables des délais d'attente parfois longs ainsi que l'inégalité territoriale en matière d'offres de soins dans le secteur médical et de la psychiatrie infantile l'est aussi (3).

Les enfants placés forment des groupes très hétérogènes (8) et la présence d'enfants avec des troubles psychiques peut être source de rejet ou de stigmatisation (3). De plus, la prise en charge globale pour les enfants atteints d'handicap ou de troubles psychiques doit être spécifique et les structures de Protection de l'Enfance ne répondent pas forcément à ces demandes (14). Dans l'ensemble, il y a un manque de places certain en établissements spécialisés avec des listes d'attente longues (7).

Il a été mis en avant, une difficulté d'accès aux données due à la faible médicalisation des établissements, au caractère secret des informations médicales et à l'absence de médecin référent (3) (7) (8) (12).

En France, les professionnels signalent également des difficultés à l'accès aux soins pour l'optique et les soins dentaires dues au fait que certains spécialistes sont réticents à prendre des mineurs couverts par la CMU (bien que ce phénomène soit en baisse avec la généralisation du tiers payant) et aussi pour des raisons financières engendrées par les dépassements d'honoraires de ces spécialistes et les difficultés administratives pour le remboursement des frais par les mutuelles (6) (11) (12).



Graphique 6 : Nombre d'ouvrages selon les thématiques des problèmes soulevés pour l'organisation des structures

## 2.5. Recommandations énoncées dans les documents

Quinze ouvrages proposent des recommandations concernant l'organisation du système de prise en charge dans les structures de Protection de l'Enfance, soit 40%.

La plus citée est la formation des professionnels (11 fois).

Il est recommandé la formation à la santé ou la mise en place d'actions de sensibilisation des professionnels des établissements, des écoles et des parents adoptifs, par des partenaires ou par un support informatisé afin qu'ils soient aptes à identifier les problèmes des enfants, particulièrement les troubles mentaux, plus difficiles à reconnaître, pour proposer des solutions ou des soins adéquats (5)(8)(10)(11)(30).

Il est également préconisé la qualification des thérapeutes aux problèmes spécifiques des enfants placés comme les troubles de l'attachement ou du comportement (8)(27), et des médecins pour la réalisation des évaluations sanitaires (37).

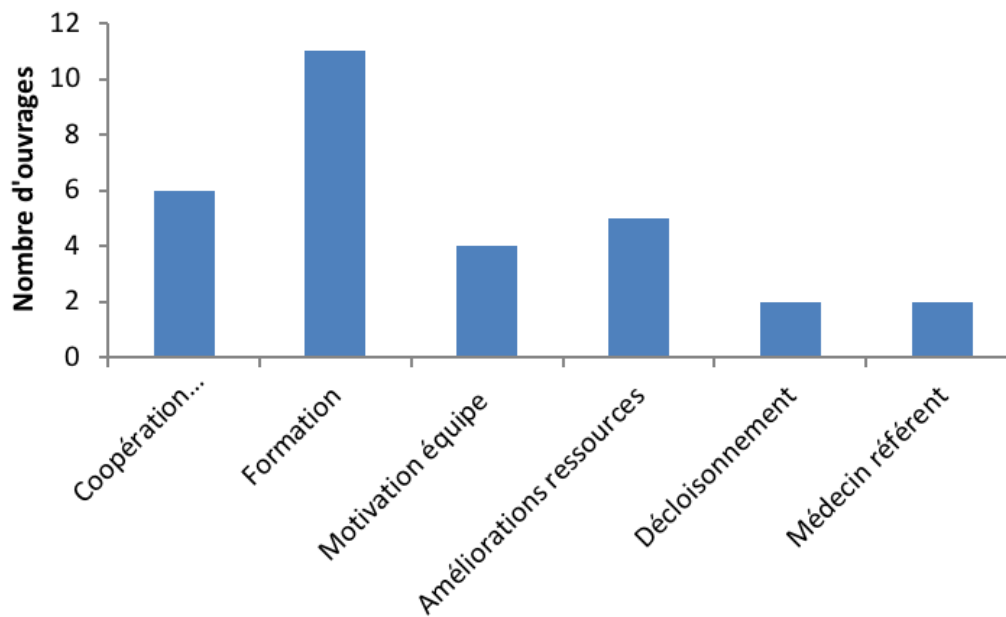
Sans parler de formation, certains auteurs évoquent l'importance de la motivation personnelle de chaque membre de l'équipe. L'objectif serait une meilleure écoute ou soutien ainsi que l'établissement des liens stables et sécurisant pour l'enfant (3)(11)(14)(39).

Il est également recommandé le développement de coopérations entre les structures de soins et les services sociaux et des temps d'échange interprofessionnel ; les assistants familiaux souhaitent une meilleure écoute de la part des autres professionnels (8)(10)(11)(23)(33).

En Allemagne, cette coopération interprofessionnelle est exigée par l'article 36 du SGB VIII quand il y a une décision de placer l'enfant dans une famille d'accueil. Il est même proposé la désignation d'un médecin référent « protection de l'enfance » afin de coordonner les soins dispensés par les différents professionnels (30)(33)(48). En lien, la mise en place de partenariats médicaux et sociaux devrait être développée dans un but de favoriser le décroisement.

Enfin, l'amélioration des ressources qu'elles soient matérielles ou humaines, comme par exemple par la mise à disposition de cuisine-atelier, ou les ressources en personnel est largement soulevée (3)(5)(8) (37)(39).

Le graphique 7 représente le nombre d'ouvrages selon les thématiques des recommandations énoncées pour l'organisation des structures



Graphique 7 : Nombre d'ouvrages selon les thématiques des recommandations énoncées pour l'organisation des structures

## C. Suivi médical

### 1. Protocole avant placement

Au Royaume-Uni, il est dit que l'évaluation première de l'enfant est réalisée dès l'alerte au service de Protection de l'Enfance. Cette évaluation se nomme cadre d'évaluation commun ou Common Assessment Framework (23). C'est une approche standardisée pour l'évaluation des besoins de l'enfant prenant en compte le rôle des parents, des soignants et des facteurs environnementaux intervenant dans le développement de l'enfant. Il est utilisé pour les jeunes en difficultés et une prise en charge globale est réalisée par des praticiens et professionnels sociaux. Les médecins vont réaliser des examens médicaux et observations spécifiques pour déterminer les différents troubles du développement de l'enfant puis prescrire des évaluations spécialisées par des orthophonistes, psychiatres et psychologues s'ils le jugent nécessaire.

### 2. Évaluation médico-psychologique

Au Royaume-Uni, tous les enfants et jeunes placés doivent réaliser une première évaluation médicale avec un questionnaire adapté. Cette évaluation initiale est réalisée par un professionnel de la santé (1). Une réévaluation annuelle est prévue dans un but d'améliorer la prise en charge.

Ces évaluations de santé sont demandées par les travailleurs sociaux afin de compléter les procédures de placement. Pour les enfants de moins de 5 ans, l'évaluation porte sur la croissance, le développement moteur et du langage puis un contrôle de la vision, de l'audition et des dents, ainsi que des capacités d'attachement et les liens sociaux.

Pour les enfants âgés de 5-10 ans, l'évaluation porte sur le langage et la communication, le dépistage de troubles mentaux, le développement des liens sociaux, et permet la transmission d'informations sur le développement pubertaire et l'hygiène dentaire.

Pour les jeunes entre 11 et 18 ans, l'évaluation se focalise sur l'autogestion de la santé c'est-à-dire leur hygiène de vie, le type d'alimentation et la pratique d'activités physiques. Le professionnel évalue le bien-être psychologique et informe sur les modes de contraception et les risques de la consommation de produits illicites.

Pour l'évaluation de la santé mentale, le questionnaire sur les forces et les difficultés (SDQ) doit être utilisé et réévalué tous les ans afin de mesurer les possibles améliorations d'une prise en charge (1). Un agent de contrôle indépendant ou Independent Reviewing Officer (IRO) s'assure qu'un questionnaire sur les forces et difficultés ou Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) soit rempli pour chaque enfant placé entre 4 et 16 ans (31). Ces évaluations de santé vont permettre l'élaboration d'un plan de santé.

Au Royaume-Uni, l'agent de contrôle indépendant ou IRO s'assure de la réalisation et de la révision des plans de santé au moins tous les 6 mois (31)

Une étude réalisant la vérification de 140 évaluations de santé d'enfants placés retrouve que près d'un quart n'inclut pas de plans de santé complet et seulement 22% enregistre des informations sur les antécédents médicaux de la famille. Pour seulement un sur dix, les mesures du plan de santé ont été complétées à partir de la dernière évaluation et la révision ne s'appliquait qu'aux personnes ayant des antécédents de soins (8).

Depuis 2009, il y a également une inspection des structures qui est réalisée tous les 3 ans minimum par les services sociaux. Ainsi, sont vérifiés les qualités des soins, les accès aux écoles, l'efficacité des approches parentales... (31).

En France, selon un rapport de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) de 2016, une évaluation médicale et psychologique est réalisée tous les 6 mois pour les enfants de moins de 2 ans et annuellement pour les enfants d'âge supérieur à 2 ans (40).

A l'entrée dans l'établissement, un bilan de santé est effectué selon les situations et parfois, systématique dans plus du tiers des services ASE. Quand il n'est pas systématique, les référents des enfants jugent de la nécessité d'une évaluation en fonction de l'enfant, son histoire, son motif de placement ou son âge. Le manque de médecins peut être un frein à la réalisation des évaluations.

D'après le rapport Euillet, en famille d'accueil, 44% des services ASE ne font aucun bilan de santé en cours de placement et 35% des départements font réaliser un bilan de santé systématiquement au moment de l'entrée de l'enfant en institution (11)(12).

Quand le bilan de santé est réalisé, dans 70% des cas, l'ASE oriente vers un centre de santé départemental type services de PMI ou cabinet de médecin libéral. Seul dans 15% des cas un médecin interne à la structure réalise les bilans de santé.

Aussi, dans certains établissements, des protocoles d'évaluation médicale sont mis en place. Par exemple, à l'entrée dans le service, si l'enfant a moins de 6 ans, il est vu par le médecin de la PMI, s'il a plus de 6 ans, il est vu par un médecin de la CPAM (11).

Selon une autre étude, 35% des départements faisaient réaliser un bilan de santé systématiquement au moment de l'entrée de l'enfant en institution, 51% sur certains critères : âge, motif de placement, problématique parentale (12).

En Allemagne, pour les enfants handicapés mentaux, le bureau de la protection de la jeunesse peut fournir une assistance à l'intégration du placement familial. Pour la demande d'aide, un jugement double est nécessaire pour le diagnostic de trouble mental avéré. Cette évaluation est réalisée par un médecin et par un psychothérapeute.

Les enfants en famille d'accueil sont sujets à des examens sanitaires réguliers. Mais, en pratique, il est difficile d'obtenir les informations sur ce qui est réalisé. Les conclusions sur la qualité des soins médicaux pour les enfants placés en famille d'accueil physiquement malades ou handicapés ne sont pas disponibles en Allemagne (9).

En Belgique, d'après l'article 1<sup>er</sup> du décret relatif à l'aide à la jeunesse de 2012, « Tout jeune confié pour une période excédant quarante-cinq jours à une institution publique fait l'objet d'un rapport médico-psychologique établi par l'équipe pluridisciplinaire de l'institution qui l'accueille [...] Des rapports trimestriels le complètent. » (28)(41). Par ailleurs dans une autre étude, il est spécifié qu'il n'existe pas de dépistage systématique des besoins en santé mentale des enfants placés en Flandre (42).

Au Portugal, sur 17 enfants et jeunes âgés de 3 à 15 ans, 11 garçons et 6 filles, qui ont été admis et placés dans un établissement d'accueil d'urgence, une évaluation de la santé physique a été réalisée pour tous les cas. Une évaluation de la santé mentale a été également réalisée mais n'était pas terminée dans environ la moitié des cas (53%) lorsqu'ils ont été réorientés : 60% ont été placés dans un établissement de soins de longue durée, 24% ont été réintégrés dans la famille d'origine et 18% ont été placés en famille d'accueil (43).

### 3. Plans de santé

En France, il existe un support, élaboré au niveau national, pour le recueil des informations du mineur ; il s'agit du projet pour l'enfant (PPE). Ce projet a été formulé, pour la première fois,

dans la loi réformant la Protection de l'Enfance du 5 mars 2007, et repris dans celle du 14 mars 2016. Il est précisé : « les actions qui seront menées auprès de l'enfant, de ses parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de mise en œuvre. Il mentionne l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du conseil départemental et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre des interventions ». L'ensemble des besoins de l'enfant sont décrits dans ce document.

En France, dans un rapport de l'ONED de 2012, l'auteur affirme qu'il n'y a pas de procédures standardisées concernant l'organisation et la coordination des suivis médicaux (3). Cette affirmation est soutenue dans la thèse-article d'Anaïs Martin qui met en évidence qu'il n'y a pas de systématisation dans la pratique des évaluations de santé. Cependant, dans l'article 2 de la loi n°2016-297, il est énoncé « un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'État et les communes. Il définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ».

En pratique, en 2016, d'après une étude de Séverine Euillet publiée par l'ONED, seuls 69% des services ASE ont finalisés l'élaboration d'un PPE sur l'ensemble du territoire ; au total 47% possèdent un volet santé portant sur le projet du suivi médical dans sa globalité et seuls 14% prévoient un récapitulatif des soins dispensés (11).

Au Royaume-Uni, les autorités locales correspondant à nos services sociaux administratifs, s'assurent qu'un plan de santé, définissant clairement les besoins de santé identifiés lors des évaluations, est mis en place. Il inclut les objectifs des soins, les actions nécessaires pour atteindre ces objectifs ainsi que les acteurs sollicités. L'examen du plan de soins est revu à 28 jours, 3 mois puis 6 mois. C'est aussi du rôle de l'éducateur de s'assurer qu'un plan de santé en partenariat avec l'enfant soit établi et mis en œuvre. Il est mis en avant l'importance de la prise en compte de l'avis et du consentement de l'enfant concernant sa prise en charge.

Le plan de santé est retranscrit sous forme de dossier clinique (31). C'est un dossier de santé unique qui intègre toutes les informations en lien avec la santé de l'enfant c'est-à-dire les antécédents médicaux et familiaux, les dépistages et contrôles réalisés, les diagnostics retenus et les soins mis en œuvre tels que les traitements médicamenteux mais aussi les thérapies spécifiques. Il permet aux infirmiers, aux médecins traitants, et aux spécialistes d'avoir une vision complète du parcours de soins de l'enfant.



## 4. Taux de prise en charge dans les études incluses

En Allemagne, 74 enfants placés en familles d'accueil, 39 filles et 35 garçons entre 10 et 18 ans, ainsi que leurs référents ont été interviewés. Sur les 74 enfants, 51 (69%) ont reçus des soins en plus du soutien psychosocial. 39 des enfants pris en charge avaient eu une thérapie comportementale ou une thérapie par le jeu.

La fréquence des consultations était pour 59% des enfants, 1 fois par semaine, pour 12 % toutes les 2 semaines, pour 4 %, supérieure à toutes les 3 semaines. Dans 26%, la fréquence des consultations n'était pas précisée (44).

D'après des études allemandes (Schmidt et al. 2008), 1/3 des enfants placés en institution aurait eu contact avec la psychiatrie et environ la moitié des enfants et adolescents ayant un diagnostic posé ont une forme de soins psychologiques et 12% sont sous traitements médicamenteux (29).

En France, dans une étude réalisée par le CAREPS en Maine et Loire (6)(12), sur 310 enfants de 6 à 18 ans confiés à l'ASE, 82% des adolescents ont consulté une fois dans leur vie un psychologue ou un psychiatre. 54% bénéficie d'un suivi psychologique dont 29% par un psychiatre et 67% par un psychologue. Parmi ceux qui ne bénéficient pas d'un suivi psychologique 29% y seraient favorables et 48% expriment le besoin d'écoute et de soutien.

En ce qui concerne la prise en charge orthophonique, 17,3% ont un suivi régulier. 19% des enfants ont été orientés à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour des troubles du comportement (4cas), des troubles de l'apprentissage (5cas), des problèmes psychiatriques (3 cas), des déficiences (1 cas), des problèmes neurologiques (1cas), de l'épilepsie (1 cas).

En 2010, l'ONED a lancé un appel d'offres pour l'investigation des questions de la santé de ces enfants. En réponse à l'enquête, les conseils départementaux affirmaient que les enfants handicapés pris en charge à l'ASE feraient l'objet d'un traitement différencié inégalitaire : accueil non prioritaire, refus déguisés ...

Les enfants présentant un handicap et pris en charge en Protection de l'Enfance sont nombreux. Une thèse de 2014 étudiant les enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône sur les orientations à la MDPH retrouvait un taux 7 fois plus élevé de notifications à la MDPH parmi les enfants placés comparativement à la population générale.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont des troubles psychiques en lien avec des troubles de l'attachement se manifestant par des troubles intériorisés comme l'anxiété, la dépression et la somatisation ou par des troubles extériorisés comme l'agression physique et verbale, l'impulsivité et l'hyperactivité.

Pour le suivi médical, 86% des enfants ont un suivi régulier. 96,3% des enfants ont été vu depuis moins d'un an par un médecin et 46,6% bénéficient d'un suivi médical systématique tous les ans pour les deux tiers.

Certains enfants suivent des séances de rééducation, 2,5% en kinésithérapie et 1,2% en orthoptie et 3,5% ont un traitement orthodontique en cours.

D'après une étude de 318 enfants placés en Haute Savoie en 2009-2010, 32% des enfants bénéficient d'un suivi psychiatrique contre 2,6% des enfants dans la population du département.

En ce qui concerne la prise de traitements médicamenteux, 13,7% des enfants en institution et 4,6% des enfants en famille d'accueil prennent un traitement. Il s'agit en majorité d'antipsychotiques et cette consommation est plus élevée comparativement à la population des jeunes d'Haute Savoie (3)(12).

Dans l'étude de Myriem Hammoud où 1092 bilans de santé d'enfants placés en Bouches-du-Rhône réalisés entre 2013 et 2014 ont été analysés, on constate que concernant le suivi psychiatrique, 53 % des enfants ayant des antécédents psychiatriques sont suivis par un psychiatre et 74 % ont un suivi psychologique. Au total, 17 % sont suivis par un psychiatre et 56 % ont des consultations chez un psychologue. En tout, 15 % des enfants présentant des antécédents psychiatriques ont un traitement médicamenteux à visée psychiatrique.

En Belgique, dans une étude où 212 enfants vivant en famille d'accueil depuis environ quatre mois et âgés de 3 à 12 ans, 17,5% ont une aide professionnelle en cours. Parmi eux, 80% ont un contact au moins deux fois par semaine avec leur thérapeute. Par ailleurs, 20,9% des enfants en foyer d'accueil ayant des problèmes d'extériorisation ont reçu une aide spécialisée.

## 5. Thérapies mises en œuvre

Dans une étude belge, plusieurs thérapies sont utilisées dans la prise en charge des enfants placés. En pratique, ce sont les méthodes du Dr. Haim OMER, les thérapies comportementales dialectiques et autres programmes comme le travail sur les habitudes de vie, les programmes éducatifs et les programmes récréatifs (2).

Dans une étude allemande, les soins individuels utilisent une large gamme thérapeutique : thérapie cognitivo comportementale TCC, thérapie de groupe, musicothérapie, art thérapie... De plus, différents programmes d'interventions, qui sont une reproduction du modèle américain de prise en charge thérapeutique, sont mis en œuvre.

Par exemple, le programme ABC (Attachment and Biobehavioral Catch up Intervention) vise à l'intégration de l'enfant dans la famille d'accueil et au développement des relations. Il s'agit d'un accompagnement systématique et structuré les deux premières années du placement. Ce

programme a trois objectifs principaux qui sont la prise en compte des comportements craintifs de l'enfant, le développement de modèles d'attachement et de soins, et le soutien dans leur développement psychocomportemental. Dans le concept ABC, le parent doit tenir un journal dans lequel il répertorie les situations dans lesquelles l'enfant a été blessé ou effrayé. Leurs réactions sont discutées et les comportements analysés. Des mises en scènes vidéo filmées sont réalisées et analysées afin de mieux comprendre les relations, les comportements d'attachement, les émotions développées et permettre de les améliorer.

D'autre programme, tel le traitement multidimensionnel en famille d'accueil ou Multidimensional treatment foster care (MTFC), permet un accompagnement multimodal et multidisciplinaire et semble être la forme la plus réussie pour le soutien et la stabilité des relations d'après une revue de la littérature de Bovenschen/Spangler en 2008.

Ces interventions s'adressent aux enfants et adolescents ayant de graves troubles du comportement. L'approche est complexe. Il s'agit de mesures thérapeutiques pour l'enfant proposant des exercices de résolution de problème, un entraînement social et des stratégies pour remédier au comportement agressif. En pratique, il s'agit de coaching des parents d'accueil, de contacts téléphoniques réguliers, de visites hebdomadaires à domicile par un conseiller, d'écoute téléphonique 24h/24 et 7j/7 en cas de crise et d'une thérapie spéciale pour les enfants et les parents d'origine.

D'après des études américaines, les résultats semblent positifs (12). En effet, il est observé une amélioration des comportements de l'enfant avec moins de délinquance, moins d'actes antisociaux, et une réduction de consommation de drogues ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs et des troubles mentaux.

Il existe également des thérapies familiales de proximité qui ne sont encore que faiblement connues mais qui semblent montrer des résultats favorables.

D'après cette même étude allemande, il s'est développé également des réunions de groupes des parents d'accueil afin de discuter de leurs expériences communes et d'être formés sur les prises en charge. Le contenu de la formation porte sur des domaines spécifiques de l'éducation, du droit ainsi que sur la prévention de la violence ou de la toxicomanie. La condition préalable à cette aide est que toutes les personnes impliquées dans la famille participent activement à l'amélioration des conditions de l'éducation et soit prêtes à une coopération intensive (9).

Ces programmes, et plus spécifiquement le MTFC, sont aussi utilisés aux Royaume Uni, aux Pays-Bas et en Suède (9)(12). En France, ces thérapies ne sont pas citées ni vraisemblablement mises en œuvre selon nos études (27).

Aux Pays-Bas, la plupart des institutions offrent une thérapie psychologique formelle comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou les interventions familiales comme la MTFC, mais, généralement l'environnement de la vie quotidienne des enfants placés est considéré comme le principal contexte thérapeutique. Il existe également un programme nommé programme Op Volle Kracht (OVK) qui est adapté pour répondre aux besoins des enfants placés et coordonné par des infirmières et travailleurs sociaux au domicile de l'enfant (12). Ce programme est inspiré et adapté du programme Penn Resiliency (PRP). A la base, le programme

PRP est un programme de prévention de la dépression en milieu scolaire basé sur une théorie conçue spécifiquement pour les adolescents. Il enseigne les capacités cognitives et comportementales ainsi que d'adaptation sociale.

## 6. Problèmes rencontrés du suivi médical

Les auteurs ont été confrontés à quantité de problèmes entravant le suivi médical et psychologique des enfants. Le graphique 8 expose le nombre d'ouvrages en fonction des thématiques des problèmes soulevés pour le suivi médical.

En effet, ils énoncent la difficulté d'accès aux données médicales autant dans le recueil des informations du parcours de soin que dans le partage de ces informations à caractère secret (3)(7)(8)(12)(37)(45). Il est mis en cause l'accès aux informations des parents biologiques comme les antécédents familiaux par les difficultés de communication(7)(13), le transfert ou la perte de données en cas de changement de placement (8)(12)(13), l'absence de référents médicaux (13)(7)(8) et les complexités administratives (3)(13).

La pluralité d'acteurs peut être responsable d'un manque de coordination et de cohérence dans le suivi (3)(6)(12).

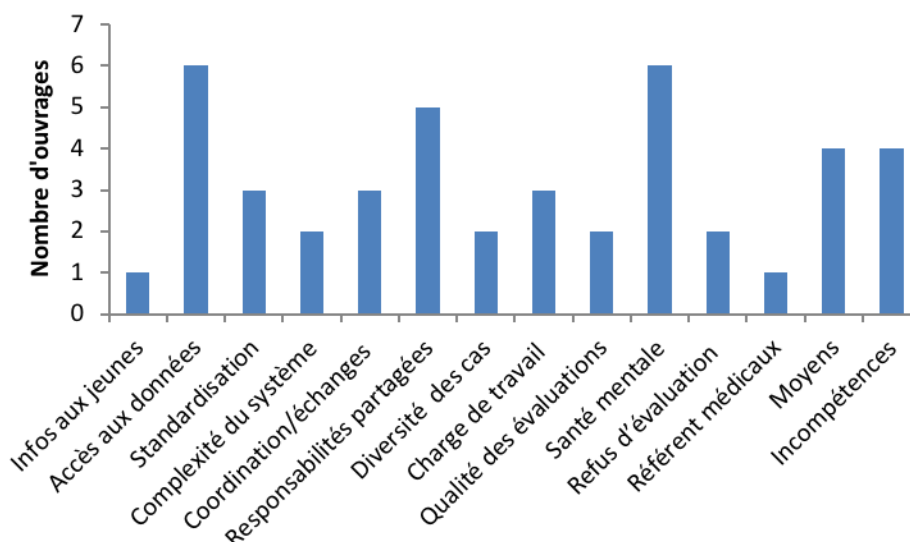
La responsabilité partagée entre parents biologiques et professionnels éducatifs peut être un frein aux prises en charge (7)(8). Certains parents peuvent s'opposer à la prise de médicaments et en cas d'autorité parentale conservée, il faut obtenir les autorisations de soins ce qui peut être fastidieux dans les situations d'urgence (3)(11). De même, l'absence de standardisation dans la constitution des dossiers médicaux et de cadre entre partenaires ne facilite pas l'accès aux données cliniques (3)(7)(12).

Dans plusieurs études est évoqué le problème de la charge de travail du personnel éducatif et soignant (8)(12) pouvant influencer la qualité et le temps dédié aux évaluations et plans de santé(8) (10). L'accès aux informations médicales et la protection des données peuvent être un obstacle à la réalisation de ces évaluations (37). De plus, ces évaluations sont parfois refusées par les jeunes (8)(37).

Dans un rapport, les méthodes actuelles d'évaluation des troubles psychiques sont mises en doute face aux échecs de reconnaissance de ceux qui ont besoin d'un soutien spécialisé (37). En effet, la fréquence des troubles mentaux posent problème : les travailleurs sociaux peuvent ne pas être formés à ces problèmes et le délai d'attente pour l'évaluation et traitement peut être long car ces services sont débordés (1)(5)(7)(8)(11)(12).

De plus, certains doutent de la qualification des soignants au sein des services de psychiatrie face à ces pathologies très spécifiques des enfants placés, comme les addictions ou troubles du comportement. Certains doutent aussi de l'inefficacité de certains traitements (5)(9)(31). Les jeunes avec des troubles de comportement majeurs ont parfois des prises en charge inadaptées à leur situation et finissent dans les accueils d'urgence voire en détention (13)

Dans ce même rapport, il est soulevé l'importance d'informer le jeune sur les motifs de son placement ou déplacement. Ces défaillances de communication peuvent avoir des répercussions majeures sur le plan psychologique (14).



Graphique 8 : Nombre d'ouvrages en fonction des thématiques des problèmes soulevés pour le suivi médical

## 7. Recommandations pour le suivi médical

Nombreuses sont les recommandations visant l'amélioration du suivi médical et paramédical des enfants placés. Le graphique 9 illustre le nombre d'ouvrages en fonction des thématiques des recommandations énoncées pour le suivi médical.

Il est soulevé l'importance de se donner les moyens de veiller à un bon suivi médical en se fixant l'objectif d'offrir une qualité de suivi médical au moins égale à la population standard du même âge (1)(9). A travers cette idée générale, des recommandations plus pratiques sont développées.

Les formations des professionnels et des parents d'accueil et la réalisation d'évaluation systématique sont les solutions les plus fréquemment énoncées.

En ce qui concerne la formation des professionnels, les priorités sont l'amélioration du repérage des anomalies psychiques et la qualification des spécialistes à la prise en charge des troubles du comportement et autres pathologies souvent retrouvées chez les enfants placés (1)(3)(5)(8)(9)(10)(11)(27)(30)(46). La formation des professionnels aboutirait à des prises en charge spécifiques et adaptées pour ces enfants aux multiples traumatismes (9)(12)(14)(37).

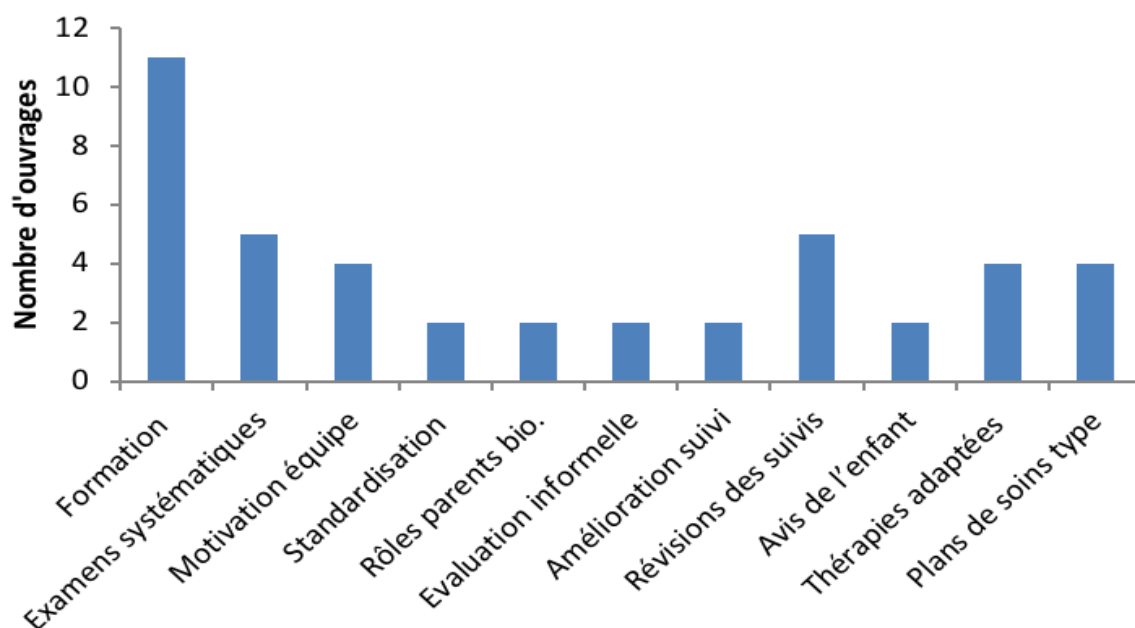
Pour l'évaluation systématique, il est recommandé un dépistage constant des besoins en santé mentale, l'utilisation d'un questionnaire spécifique adapté et la programmation d'une visite médicale dès l'entrée dans le système (1)(5)(30)(34).

Cette évaluation doit conduire à l'élaboration d'un plan de santé avec des normes définies et des révisions fréquentes (5)(6)(7)(8)(30)(33)(48). Ces révisions doivent être incluses dans la législation et le cadre politique de santé (46). Concernant le système français, il serait important de rendre systématique une consultation en PMI pour la prévention et le dépistage des problèmes de santé (39).

Des procédures standardisées doivent être élaborées pour l'accomplissement de l'ensemble des missions(3)(46). Il est proposé la conception d'un outil simple comme un support informatique pour les professionnels (5)(30).

De même, la participation et l'avis de l'enfant dans l'élaboration des plans de santé sont des éléments essentiels pour l'adhésion des enfants au traitement (9)(46). Pour répondre à leurs besoins, il est intéressant d'adopter des évaluations virtuelles ou des lieux informels (8)(10).

Il est souvent précisé dans les études que l'implication des parents et la motivation des équipes dans la santé de l'enfant sont inhérents au bon fonctionnement du système (3)(14)(29)(37).



Graphique 9 : Nombre d'ouvrages en fonction des thématiques des recommandations énoncées pour le suivi médical

## ***IV. DISCUSSION***

La comparaison des facteurs influençant le suivi médical des enfants confiés au système de la Protection de l'Enfance dans des pays d'Europe interpelle. Ces facteurs sont nombreux, interdépendants et modifiables.

Dans un but d'améliorer le suivi médical en France, l'analyse se focalisera sur les différences révélées par la recherche réalisée, apportant des idées novatrices et discutables.

### **A. Coordination des soins**

Tous les pays cherchent à atteindre le même objectif : une qualité de soins pour le développement psychique et physique de l'enfant dans un environnement approprié. Les plans de soins élaborés suite à la concertation des différents acteurs doivent être coordonnés et l'atteinte des objectifs contrôlée.

Au Royaume-Uni, un grand nombre d'intervenants se consacre à la coordination du suivi médical et psychologique. Un effort particulier est fait et se caractérise par un protocole très travaillé faisant intervenir les parents et l'ensemble des services de santé sous la responsabilité d'un référent qui suit l'enfant, même en cas de changement de lieux d'accueil.

Les groupes de services de santé (PCT), dépendant du système national de la santé (NHS), ont des rôles bien définis pour la constitution et l'adaptation des plans de santé. Des officiers ou agents de contrôle (IRO) ont comme mission la vérification de la réalisation des plans de santé. Ils collaborent avec les services sociaux pour garantir la qualité des actions des services par l'aboutissement de leurs objectifs préalablement définis. La figure 3 représente le schéma organisationnel de la coordination des soins des enfants placés au Royaume-Uni. Ce type d'organisation permet de garantir une certaine rigueur dans la planification et l'exécution des soins pouvant manquer en France (30).

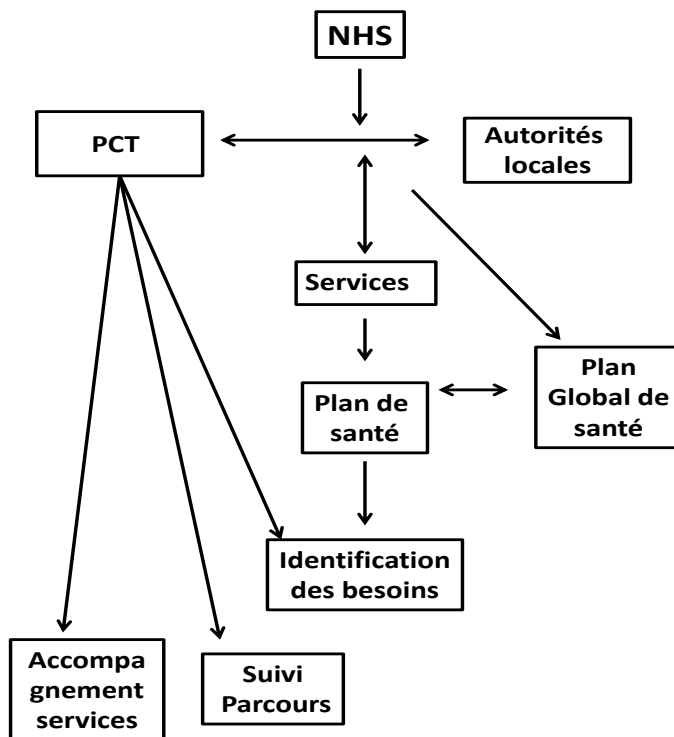


Figure 3 : Schéma organisationnel de la coordination des soins des enfants placés au Royaume-Uni

En France, d'après la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, un protocole établi par le président du Conseil départemental, les responsables des établissements et les associations permet la mise en place d'actions de prévention. Il définit les modalités de mobilisation et de coordination des responsables autour des priorités partagées et permet de prévenir les difficultés auxquelles les parents sont confrontés. De plus, dans la loi, un médecin référent, chargé de la coordination de tous les acteurs intervenant dans la détection et l'évaluation de la maltraitance d'un enfant est désigné (23)(33).

Cette initiative est une avancée majeure. Il est important de progresser dans cette démarche d'investissements de personnels dont le rôle est la coordination et la facilitation des coopérations. En aval des prises en charge initiales, créer des postes de coordination du suivi médical des enfants placés par l'inspection de la réalisation des plans de santé, permettrait de contrôler la mise en œuvre des soins, de faciliter les échanges et de définir les fonctions des intervenants.



## B. Suivi médical

La question de l'évaluation initiale de l'enfant à l'entrée dans l'établissement de Protection de l'Enfance et de l'élaboration d'un plan de santé est évoquée par de nombreux auteurs de pays différents. Bien qu'il semble que cela soit réalisé dans une majorité de structures et de pays, le caractère systématique et protocolaire diffère.

Au Royaume-Uni, un protocole normalisé d'évaluation initiale de la santé et des besoins de l'enfant est effectué précocement par des praticiens multidisciplinaires et des professionnels sociaux, aboutissant à la mise en place d'un plan de santé sous forme de dossier clinique. L'évaluation de la santé est élaborée pour être spécifique à chaque tranche d'âge d'enfants et intègre l'évaluation de la santé mentale par un questionnaire standardisé. Une révision initialement trimestrielle puis annuelle du plan de santé est théoriquement faite (40).

En Allemagne, bien qu'il semble que des examens sanitaires soient réalisés, peu d'informations à ce sujet sont disponibles (23).

En Belgique, l'obligation de l'évaluation médicale après maximum 45 jours de placement est inscrite dans la Loi et aboutit à un rapport médico-psychologique réévalué trimestriellement (9).

En France, que ce soit en établissement ou en famille d'accueil, une évaluation médicale et psychologique devrait être réalisée tous les ans, mais en pratique, elle est faite selon l'appréciation des référents. Dans certains établissements, des protocoles sont élaborés pour la systématisation de l'évaluation médicale. Un support standardisé nationalement le Projet Pour l'Enfant détermine toutes les actions menées pour l'enfant (41).

Le caractère systématique des réévaluations médicales permet l'adaptation des actions à mettre en œuvre et la surveillance de l'évolution de l'enfant et semble être essentiel pour la continuité des soins. Inscrire dans la Loi les principes à respecter et instaurer un cadre paraît adapté pour l'optimisation du suivi médical.

Pour le suivi médical, sur le plan somatique, les médecins généralistes sont les acteurs principaux. En France, l'enfant peut parfois conserver le médecin ou le pédiatre qui le suivait avant le placement si la famille ou l'enfant le souhaite, mais le plus souvent, le suivi médical est réalisé soit par un médecin libéral conventionné avec la structure de placement, soit par un médecin généraliste salarié à temps partiel dans la structure, soit par un médecin de PMI. En pratique, cela dépend des habitudes de l'établissement de placement.

Le rôle du médecin généraliste est multiple. Il a un rôle de clinicien pour la détection de pathologies. Il peut confirmer la présence d'une maladie par la prescription

d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés de confrères. Il assure le rôle de transfert des données médicales entre soignants.

S'il s'agit d'une maladie chronique, le médecin spécialiste initie un traitement et le médecin généraliste est dans l'obligation de poursuivre la thérapeutique et de surveiller la tolérance et l'efficacité du traitement. Il doit informer le patient de sa maladie, de son évolution, de ses complications possibles et des conduites à tenir en cas de décompensation de la maladie. Il doit vérifier de la bonne compréhension du patient. S'il s'agit d'une maladie aiguë, le médecin généraliste ou le médecin spécialiste mettront en place une thérapeutique adaptée pour une durée déterminée selon les dernières recommandations de l'HAS.

Concernant spécifiquement l'enfant, le médecin généraliste examine la croissance de l'enfant et est attentif au bon développement physique et psychologique de celui-ci. Il a le devoir de remplir trois certificats de santé, au 8<sup>ème</sup> jour, au 9<sup>ème</sup> mois et au 24<sup>ème</sup> mois de l'enfant, qu'il envoie au médecin responsable du service de PMI du département. Il réalise les vaccinations des enfants selon le calendrier vaccinal mis à jour.

Le médecin généraliste a aussi une fonction dans l'éducation à la santé. Il doit promouvoir la santé chez l'enfant par la pratique d'activités sportives et d'une alimentation saine et prévenir quant aux risques possibles de maladies en cas de rapports sexuels non protégés ou de l'usage de drogues.

Le médecin généraliste est à l'écoute du patient et de ses plaintes et proposent des solutions adéquates, conformes aux besoins et aux attentes de celui-ci.

## C. Multiplicité des acteurs

Au Royaume-Uni, les professionnels intervenant dans l'évaluation de la situation initiale font intervenir les services sociaux, la police, les services scolaires et de la santé (12).

En Allemagne, un comité multidisciplinaire expérimenté est organisé de médecins, de travailleurs sociaux, de psychiatres, de pédopsychiatres, de pédiatres, de psychologues et d'avocats (23).

En Belgique, il s'agit des secteurs de l'assistance spéciale de la jeunesse, du travail, de l'enseignement, de la formation et de la santé (25).

La pluralité des acteurs, par le partage des points de vue dictés par chaque profession, aide à juger et à prendre des décisions sur la direction à prendre. Par l'union des

sphères professionnelles, l'objectivité dans les choix pour l'avenir, la protection et le soin de l'enfant est de mise.

Réunir les services sociaux, juridiques, médicaux, éducatifs et administratifs est essentiel pour l'élaboration d'actions à mettre en œuvre dans les structures de placement.

Connaître l'enfant, le comprendre, l'intégrer dans la réalisation du plan de soins est indispensable et nécessite une vision globale pluridisciplinaire.

En Belgique, en amont du placement définitif, trois structures de prise en charge de durée limitée reçoivent les enfants successivement: le service d'accueil d'urgence pour la protection immédiate et urgente de l'enfant, le centre de premier accueil et le centre d'accueil et d'observation (22).

Le cheminement dans ces structures permet à l'enfant de rencontrer de nombreux professionnels qui, au début de la prise en charge, sont pour lui des étrangers. La peur initiale et la méfiance envers ces nouveaux visages sont des réactions normales et compréhensibles. Se livrer à un inconnu, nouer une relation de confiance n'est pas simple quand on a été malmené par des êtres proches. L'enfant doit être respecté dans son refus d'interagir. Il est crucial d'accorder du temps à l'enfant pour intégrer ces changements bouleversants voire traumatisants et de l'accompagner sans le bousculer.

L'enfant doit avoir le droit de choisir une personne complice à qui il se confie, demande conseil et s'appuie. Par la multiplicité des acteurs auxquels il est confronté durant cette première année, il a le temps d'établir des contacts avec les personnes de son choix et de leur accorder sa confiance.

Chaque personne entrant en contact avec l'enfant a un rôle à jouer dans le devenir de celui-ci. La compréhension de l'histoire de vie de l'enfant, la détection des troubles et la détermination des besoins de l'enfant ne doivent pas être attribuées à un seul professionnel mais relèvent de la coopération et de l'échange entre les multiples partenaires.

L'orientation dans les structures de placement de longue durée devrait être réalisée suite à des concertations pluridisciplinaires et après un certain délai de prise en charge de l'enfant permettant aux professionnels de le connaître et de le comprendre afin de déterminer ensemble ses besoins subjectifs pour son devenir.

Malgré tout, il est important de garder en mémoire que les transitions dans les différentes structures peuvent déstabiliser l'enfant et être source d'angoisse. La perte de repère issue de l'éloignement de la famille puis du changement de structure où des liens ont pu se nouer, est certaine d'où l'importance d'assurer une stabilité de parcours permettant de tendre vers un équilibre psychique et émotionnel.

## D. Des structures adaptées aux besoins

Il est intéressant de voir qu'en Belgique il existe également trois types de structures de longue durée: les centres d'accueil spécialisés, les centres d'aide aux enfants victimes de maltraitance et les services d'aide et d'accueil éducative (28). Les centres d'aide spécialisés sont compétents dans la prise en charge de jeunes ayant des comportements agressifs ou des troubles psychologiques graves. Ces enfants sont souvent à l'origine de conflits pouvant aller jusqu'aux comportements hétéro agressifs voire auto agressifs, terrifiants pour les enfants, les éducateurs ou les soignants. Certains peuvent avoir des comportements de rébellion entraînant d'autres enfants à s'opposer par la violence physique ou verbale. En isolant ces enfants dans des structures adaptées où les professionnels sont préparés à de telles confrontations, il s'offre une chance aux autres enfants de se développer dans un environnement sécuritaire écarté de toutes formes de violences graves.

En France, dans un grand nombre d'écoles, des classes spécifiques pour les enfants ayant de grandes difficultés d'apprentissage ou des comportements perturbateurs sont mises en place permettant de leur offrir un enseignement adapté. Avoir des cours adaptés par des professionnels préparés est déterminant dans le développement de ces enfants. Toutefois, l'isolement des enfants perturbateurs peut manquer d'éthique. Ils sont vus comme des obstacles au bon développement des autres enfants et sont soumis à des jugements et critiques de part et d'autre. Cette stigmatisation peut être à l'origine d'un sentiment d'infériorité et de rejet n'aidant en rien la progression des enfants en grandes difficultés.

En Belgique, concernant les centres d'aide aux enfants victimes de maltraitance, placement temporaire de 6 mois, une aide spécialisée est apportée par des professionnels et des soignants formés dans la gestion des répercussions psychiques, comportementales et somatiques possibles en cas de sévices sur l'enfant (28).

En Suède, il existe également des maisons spécialisées pour les jeunes victimes de d'abus sexuels ou de violences grave (28).

En France, en 2010, L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a lancé un appel d'offres pour l'investigation des questions de la santé de ces enfants. En réponse à l'enquête, les conseils départementaux affirmaient que les enfants handicapés pris en charge à l'ASE feraient l'objet d'un traitement différencié inégalitaire : accueil non prioritaire, refus déguisés ...

Les enfants présentant un handicap et pris en charge en Protection de l'Enfance sont nombreux. Une thèse de 2014 étudiant les enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône sur les orientations à la Maison Départementale des Personnes Handicapés (MDPH) retrouvait un taux 7 fois plus élevé de notifications à la MDPH parmi les enfants placés comparativement à la population générale.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont des troubles psychiques en lien avec des troubles de l'attachement se manifestant par des troubles intériorisés comme l'anxiété, la dépression et la somatisation ou par des troubles extériorisés comme l'agression physique et verbale, l'impulsivité et l'hyperactivité.

Ces problèmes ne sont pas spécifiques à la France et se retrouvent dans les structures de la Protection de l'Enfance d'autres pays d'Europe.

En France, quelques départements ont développé des structures de la Protection de l'Enfance adaptées aux enfants ayant des handicaps, psychiques ou physiques. Il en existe peu et les places sont limitées (10). A Marseille, il existe une structure type MECS se nommant « MECS l'abri » combinant le placement hors domicile et adapté aux enfants handicapés.

En France et en Allemagne, les structures d'accueil spécialisées, énoncées ci-dessus, reçoivent des enfants ayant des troubles physiques ou psychiques.

Il est intéressant de combiner des enfants atteints d'handicap physique et psychique pour sensibiliser les enfants ayant des troubles du comportement aux enfants souffrants d'incapacité motrice.

La mise en place de structures spécialisées dans la prise en charge des enfants difficiles est une démarche pertinente. Une évaluation de l'efficacité de ces structures par l'élaboration d'études sur le sujet peut permettre l'apport d'un regard objectif.

## E. Qualité des intervenants : la formation

Assurément, la qualification des différents acteurs dans la prise en charge des enfants violentés et abusés est un élément fort et pertinent pour la qualité des soins dispensés. De nombreux auteurs énoncent la nécessité de formation des équipes éducatives et soignantes à la gestion de ces grandes souffrances subies et retentissantes sur le bien-être des enfants.

Au Royaume-Uni, des programmes de formation en ligne sur la santé des enfants et des adolescents sont disponibles pour les professionnels travaillant au contact des enfants (7). En Belgique, les pédopsychiatres ont le devoir de former les thérapeutes des enfants placés (31). Ces deux actions mises en œuvre sont des pistes intéressantes pour l'élaboration de plans de formation du personnel.

La qualification des professionnels est parfois remise en doute ce qui est légitime. Dans l'ouvrage « Les violences faites aux enfants » de Tursz A., répertoriant des discours de spécialistes réunis lors d'un congrès sur la Protection de l'Enfance, Danielle Rousseau, pédopsychiatre explique « Quand je suis arrivée jeune pédopsychiatre au

foyer de l'enfance, je me suis aperçue que tout ce que j'avais appris pendant mes études ne me servait à rien face à ces enfants, parce que finalement j'affrontais des pathologies qui avaient soit dit en passant disparu de la scène psychiatrique et que je ne retrouvais que dans les livres des anciens. Pourtant, ces troubles assez spécifiques sont extrêmement prégnants dans toute la population des enfants maltraités, mais les pédopsychiatres sont peu formés à les reconnaître et prendre en charge » (2). En France, les principes de traitement complexes des enfants maltraités sont peu enseignés, même aux spécialistes dans le domaine.

## F. Modalités de traitement

En Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et en Belgique, des thérapies spécifiques intensives, élaborées pour la résolution des troubles psychiques et émotionnels des enfants ayant été maltraités, sont mises en œuvre (47). Certaines s'inspirent de modèle d'intervention américain. Le programme MTFC, le plus cité et reconnu, est un dérivé des thérapies comportementales et cognitivo comportementales. Ce programme multimodal regroupe un soutien intensif quotidien, des interventions pluridisciplinaires et une éducation pragmatique appropriée des enfants et des familles (12). La diversité des approches thérapeutiques est un élément clé à exploiter pour adapter le traitement à l'individualité de chaque enfant.

En France, se former et proposer des thérapies adaptées ayant fait leur preuve dans d'autres pays, est un devoir pour les praticiens. La prescription d'antipsychotiques, d'anxiolytiques, de neuroleptiques, de psychostimulants et d'antidépresseurs au long cours sur cette population infantile est monnaie courante en France. Axer le traitement des enfants sur des psychothérapies intensives non médicamenteuses doit être privilégié.

## G. Spécificité de l'enfant

L'enfant est un sujet immature. Son développement psychologique est dépendant des caractéristiques de son environnement, de l'éducation reçue, de sa culture, de l'époque où il est né mais aussi de l'amour qu'on lui apporte, des interactions sociales et de l'apprentissage par des activités constructives. La sensibilisation à la culture et à la créativité par le théâtre, la lecture, la musique et l'art permet à l'enfant de s'épanouir et de progresser. La pratique de sport individuel ou collectif, est centrale pour son bien-être physique et psychique. L'éveil de l'enfant par la participation à des activités de loisirs pédagogiques comme, le jardinage, le jeu en plein air, le voyage, la relaxation et la menuiserie est indispensable. L'accès à des informations concernant le développement, l'alimentation, la sexualité, l'usage de drogues est nécessaire pour l'éducation de l'enfant et la promotion de la santé.

Au Royaume-Uni, le gouvernement est directement impliqué dans la pédagogie des établissements de soins permettant une prise en charge globale et adaptée par la mise en place de travaux pratiques et créatifs et de l'élaboration de conventions avec les associations sportives et de loisirs (9).

En France, les structures trop cloisonnées manquant d'investissements dans ces domaines, sont parfois perçues comme austères par les enfants.

## H. Moyens

De nombreux facteurs liés au déploiement de moyens dans les établissements influencent le bon déroulement et la qualité de la prise en charge de l'enfant, impactant directement son avenir. La problématique majoritairement soulevée par les auteurs est le manque de moyens financiers et de personnels. Les restrictions budgétaires sont une réalité. L'État français ne semble pas engagé dans le développement économique du secteur social de la Protection de l'Enfance pourtant nécessaire pour la réalisation d'une prise en charge satisfaisante.

En supposant que la raison principale du manque de déploiement de moyens est le manque de rendement pour l'État, ce fait est tout à fait discutable. Permettre à ces enfants de devenir des travailleurs actifs en les éduquant de la meilleure manière qu'il soit, permet de limiter les dépenses futures de l'État de la gestion du logement et du revenu de ces individus lorsque cela est réalisé. On peut présumer que le bénéfice futur par la contribution de ces adultes aux recettes publiques, grâce aux cotisations sociales, est important. Malheureusement, l'autonomisation financière de ces « anciens de l'ASE » reste difficile, faute au dysfonctionnement du système.

Une grande partie de ces adultes est retrouvé sur le plan médical, dans les prises en charge addictologiques et psychiatriques et sur le plan social, dans les structures d'hébergement d'urgence et dans les services de restauration gratuite. En effet, un article du 27 janvier 2019 du journal Libération affirmait que près de 30% des personnes passés en centre d'hébergement temporaire ou ayant pris un repas dans un service de restauration gratuite, était des anciens de l'Aide Sociale à l'Enfance, d'après une enquête de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

En Finlande, la privatisation d'une majorité d'établissements de la Protection de l'enfance est réalisée (31). D'après l'étude réalisée, il semblerait que ce soit le seul pays qui propose des établissements de Protection de l'Enfance privés. Sans certitude, cette action peut permettre d'offrir d'avantage de personnels mais aussi de matériels et de confort dans l'intérêt supérieur de l'enfant .

## I. Limites de l'étude

Plusieurs limites dans l'étude peuvent être soulevées.

Dans une revue de la littérature, la recherche, la sélection et la lecture des articles devrait être faite par un binôme ce qui n'a pas été le cas dans cette étude, où cette étape a été réalisée que par un seul individu.

Aussi, la majorité des bases de données utilisées pour la recherche des textes est en langue française donnant accès à des documents français entraînant un biais de sélection.

Certains résultats tirés des documents inclus dans l'étude sont des données théoriques qui devraient être confrontées à la pratique pour affirmer réellement ce qui est fait concernant le suivi médical des enfants confiés en Europe.

Enfin, lors de l'analyse des résultats, des biais cognitifs sont présents liés à la subjectivité de l'interprète comme les biais d'attention, de jugement, de raisonnements et liés à la personnalité de l'analyste.



## V. CONCLUSION

L'intérêt pour la question du suivi médical des enfants placés est réel et se retrouve dans de nombreux domaines et pays. Les auteurs des textes étudiés ont des spécialités très diverses : la médecine, la psychologie, la politique ou le social. Les conclusions des spécialistes s'attachant au domaine de la Protection de l'Enfance retrouvent la nécessité d'un suivi médical et psychologique soutenu, adapté et structuré.

Le parcours de santé des enfant placés est un point fondamental au bon développement des enfants.

L'ensemble des services d'un établissement, leur organisation et les relations qui existent entre eux constituent sa structure. Plusieurs secteurs sont représentés dans la structure de la Protection de l'Enfance notamment le secteur médical, administratif et éducatif. Tous les acteurs ont un rôle à jouer dans la prise en charge sanitaire de l'enfant. Le secteur administratif établit des conventions entre les systèmes médicaux (maisons de santé, centres médico-psychologiques, soignants libéraux...) et recrute des soignants ; le secteur éducatif intervient dans la prévention et l'accompagnement aux soins ; le secteur médical s'occupe du repérage des troubles, de la mise en œuvre de soins, de la sensibilisation et de l'éducation à la santé.

L'exécution et le management du suivi médical des enfants est dépendante de l'action et de la coordination entre services. La coordination des services et des actions mises en œuvre devraient être organisées et contrôlées à chaque étape pour assurer la qualité du suivi médical. A l'instar de ce qui est fait en Grande-Bretagne, la désignation d'un officier (IRO) chargé du contrôle de l'exécution des évaluations médicales tout au long du parcours de l'enfant est réalisée par les autorités locales (ou conseils départementaux) et semble être une démarche pertinente dans l'organisation du suivi médical.

Une évaluation initiale systématique à l'entrée dans la structure de la Protection de l'Enfance, aboutissant à un plan de santé adapté défini par les soignants et les enfants devrait être obligatoire, comme en Belgique où l'obligation de réalisation d'une évaluation médico-psychologique après 45 jours de placement est inscrite dans la Loi. Le plan de santé élaboré devrait être réévalué fréquemment selon un protocole, et des notes à chaque consultation éditées dans un dossier unique de santé propre à chaque enfant. La structuration du suivi médical est un élément important pour optimiser la continuité des soins.

Concernant les établissements de placement, des foyers de transition, en amont du placement définitif, pourraient permettre aux éducateurs et aux soignants d'apprendre à connaître l'enfant, de comprendre et d'intégrer ses problèmes pour permettre une orientation future conforme à ses besoins. En Belgique, de telles structures existent et une évaluation de leur efficacité pourrait apporter des informations intéressantes.

De plus, le développement d'établissements de soins spécialisés pour les enfants placés ayant des troubles physiques ou psychiques avec du personnel formé à ces difficultés devrait être une priorité absolue. En Belgique, il existe des structures de placement temporaire, pour une durée de 6 mois, réservées à la prise en charge des enfants maltraités souffrants. En Suède, il existe également des structures de placement spécifiques pour les enfants victimes de maltraitance et d'abus sexuel. La spécialisation des structures aux soins des souffrances des enfants dues à la maltraitance vécue est une solution adéquate pour l'amélioration de la prise en charge de ces enfants.

Les traitements dispensés dans les structures de placement devraient être inspirés de modèles d'interventions reconnus pour les enfants maltraités, et utilisés aux États-Unis, en Suède, en Allemagne et en Grande-Bretagne, comme le programme MTFC ou le programme ABC.

L'évaluation de l'efficacité d'un système comparativement à une autre reste difficile mais il semble que la qualité du parcours de soins dépende principalement de trois facteurs : la consolidation des réseaux externe et interne dans les structures de placement, la formation des professionnels à la spécificité des souffrances des enfants placés et la réalisation d'un plan de soins fréquemment réévalué et retranscrit sous forme d'un dossier clinique suivant le parcours de l'enfant. Il semble toutefois que, quel que soit le pays, les auteurs constatent une différence entre l'organisation théorique et les pratiques avec une qualité de prise en charge qui dépend souvent de facteurs humains tant qualitatifs que quantitatifs.

Enfin, l'enfant est un être immature en constante évolution. Son développement physique, psychologique et social de l'enfant nécessite aussi la réalisation d'activités sportives, créatives et pédagogiques. Ces activités participent pleinement à la « Santé de l'enfant », prise au sens large de la définition de l'Organisation mondiale de la santé. L'état se doit d'offrir un réel avenir à ces enfants dans le cadre d'une éducation complète et de soins adaptés mais seule une approche globale nécessitant une forte coordination des multiples acteurs et structures autour de l'enfant peut y parvenir. Pour cela, la systématisation du projet pour l'enfant devrait être rendue vraiment obligatoire et régulièrement évaluée.

# ABRÉVIATIONS

**ABC** : Attachment and Biohevorial Catch-up intervention  
**AED** : Accompagnement Éducatif à Domicile  
**AEMO** : Assistance Éducative en Milieu Ouvert  
**ASB** : Arbeiter Samariter Bund  
**ASE** : Aide Sociale à l'Enfance  
**ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux sociaux  
**BAAF** : British Association for Adoption and Fostering  
**CAMHS** : Child and Adolescent Mental Health Services  
**CAREPS** : Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CCG** : Clinical Commissioning Groups  
**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes  
**CEF** : Centre Éducatif Fermé  
**CIDE** : Convention Internationale des Droits de l'Enfant  
**CMP** : Centre Médico-Psychologique  
**CMPP** : Centre Médico Psycho Pédagogique  
**CMU** : Couverture Maladie Universelle  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance-Maladie  
**CRIP** : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes  
**DEAF** : Diplôme d'État d'Assistants Familiaux  
**EPS** : Examen Périodique de Santé  
**GLQ** : General Lifestyle Questionnaire  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HVB** : Hem for Vard eller Boende (maison de soins ou d'hébergements)  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
**IRO** : Independant Reviewing Officer  
**ITEP** : Institut Thérapeuthique Éducatif et Pédagogique  
**KJGD** : Kommunale Gesundheitsförderung im Kinder-und Jugendgesundheitsdienst  
**LSCB** : Local Safeguarding Children Boards  
**MCN** : Multiple and Complex Needs  
**MDA** : Maison Des Adolescents  
**MDPH** : Maisons Départementales des Personnes Handicapés  
**MECS** : Maisons d'Enfants à Caractère Social  
**MeSH** : Medical Subjects Headings  
**MTFC** : Multidimensional Treatment Foster Care  
**NHS** : National Health Service  
**NSPCC** : National Society for the Prevention of Cruelty to Children  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONPE** : Observatoire National de la Protection de l'Enfance  
**ONED** : Observatoire National de l'Enfance en Danger  
**ONU** : Organisation des Nations-Unies  
**OVK** : Op Volle Kracht  
**PCT** : Primary Care Team  
**PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PPE** : Projet Pour l'Enfant  
**PRP** : Penn Resiliency Program  
**SAPMN** : Services d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel  
**SDQ** : Strenghts and Difficulties Questionnaire  
**SGB** : SocialGesetzBuch  
**SSP** : Service Social Polyvalent  
**TIG** : Travail d'Interêt Général  
**TSD** : Training Support and Development  
**TCC** : Thérapie cognitivo comportementale  
**UE** : Union Européenne  
**UNICEF** : United Nations International Children's Emergency

# BIBLIOGRAPHIE

1. The Education Committee of House of Commons 2015-2016 House of commons London *Mental health and well-being of looked-after children*; 42p.
2. Van den Steen Helena et Al. 2018 *A multi-perspective exploration of the service needs of adolescent girls with multiple and complex needs*. Children and Youth Services Revi; 10p.
3. Bourgeaux Isabelle et Al. 2012 *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*. CREAL; 133p.
4. Mooney Ann et Al. 2009 *Promoting the health of looked after children*. Department for children, schools and families ; 58p.
5. Laukkanen M, Hakko H, Räsänen P, Riala K. 2013 *Does the use of health care and special school services, prior to admission for psychiatric inpatient treatment, differ between adolescents housed by child welfare services and those living with their biological parent(s)?* Community Mental Health Journal; 10p.
6. Charrel Martine et Al. 2009 *Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire*. CAREPS; 69p.
7. Kayser C. et Al. 2015 *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*. La Documentation française; 128p.
8. Mooney A. 2009 *Promoting the Health of Looked After Children*. University of London, Institut of Education; 52p.
9. Kindler H et Al. 2011 *Handbuch Pflegekinderhilfe* Bundesministerium fur Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 495p.
10. Meignan A. 2017 *Protection de l'enfance en Suède, modèle à suivre ?* Directions - Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social; 2p.
11. Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. 2016 *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance: accès aux soins et sens du soin*. ONED; 201p.
12. Even M. 2017 *Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature*. Médecine humaine et pathologie; 96p.
13. Martin A, Jego-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. 2017 *Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône, Care pathway of children managed by the Bouches-du-Rhone Child Welfare Servics*. Santé Publique: revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action; 11p.

14. Le défenseur des droits 2011 *Enfants confiés, enfants placés : défendre et promouvoir leurs droits*. La documentation française; 121p.
15. Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989 *Convention internationale des droits de l'enfant*; 19p.
16. Feutry Jean-Pierre 2011 *Respect des droits de l'enfant et pratiques éducatives en Europe*. Collection l'Harmattan; 274p.
17. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe 2015 *Services sociaux en Europe: législation et pratiques de retrait d'enfants à leurs familles dans les États membres du Conseil de l'Europe*. Conseil de l'Europe
18. STE 160 - Exercice des droits des enfants 1996 *Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants*. *Journal du droit des jeunes*; 9p.
19. Romano H. 2013 *Protection de l'enfance : définition et repères historiques*. La revue de santé scolaire et universitaire; 3p.
20. République Française 2010 *Code de l'action sociale et des familles - Article L112-3*.
21. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF *Protection de l'enfance et aide sociale à l'enfance*. Université Médicale Virtuelle Francophone; 37p.
22. Service des études juridiques 2007 *Les structures de protection de l'enfance*. Sénat; 37p.
23. The Education Committee of House of Commons 2012-2013 *Children first: the child protection system in England*. House of commons London; 121p.
24. Royal College of Paediatrics and Child Health 2014 *Safeguarding children and young people: role and competences for health care staff*; 102p.
25. De Paz Martinez Laura 2015 *Kinderschutz und Kindergesundheit*. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz; 71p.
26. Conseil Général du département de l'Hérault *Guide de l'information préoccupante au signalement des enfants en danger*; 11p.
27. Harder A-T. 2013 *Different sizes, similar challenges: Out of home care for youth in Germany and the Netherlands*. Psychosocial Intervention; 11p.
28. Van Houck F., Provost V., Dachy A. 2012 *Droits de l'enfants et relations enfants placés-familles*. Coordination des ONG pour les droits de l'enfants; 104p.
29. Niemann K, Häßler F. 2014 *Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe/Heimerziehung*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; 191p.

30. Agence Nationale de L'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. (A.N.E.S.M.). Saint-Denis. FRA. 2015 *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives*. ANESM; 132p.
31. Great Britain et Al. 2009 *Statutory guidance on promoting the health and well-being of looked after children*. Department for Children, Schools and Families, Great Britain; 93p.
32. Intercollegiate role framework 2012 *Looked after children : Knowledge, skills, competences of health care staff*. The Royal College of Nursing and Royal College of Paediatrics and Child Health; 34p.
33. Assemblée nationale et Sénat Français 2016 *Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant*. Gouvernement français.
34. Srijbosch 2015 *The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis*. Children and Youth Services Review; 11p.
35. Chandellier L. 2014 *Naissance et premiers pas d'une équipe mobile de pédopsychiatrie pour les mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance*. Enfances & Psy; 9p.
36. Kornør H, Bergman H, Maayan N, Soares-Weiser K, Bjørndal A. 2015 *Systematic reviews on child welfare services: identifying and disseminating the evidence*. Journal of Evaluation in Clinical Practice; 15p.
37. Department for Education, Departement for Health, Great-Britain, 2015 *Promoting the health and well-being of looked-after children*; 38p.
38. Vanschoonlandt F, Vanderfaeillie J, Van Holen F, De Maeyer S. 2012 *Development of an intervention for foster parents of young foster children with externalizing behavior: theoretical basis and program description*. Clinical Child and Family Psychology Review; 15p.
39. Wiesch Stefan 2016 *Wie geht es den Pflegekindern in Deutschland?* Universitat Siegen; 268 p.
40. Observatoire National de la Protection de l'enfance 2016 *Protection de l'enfant: les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant*. ONED; 21p.
41. Le Conseil de la Communauté Française, Belgique 2012 *Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse*. Gouvernement belge; 33p.
42. Vanschoonlandt F. 2013 *Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use*. Children and Youth Services Review; 10p.

43. Graça J. 2017 *Emergency residential care settings: A model for service assessment and design*. Evaluation and Program Planning; 13p.
44. Groh E-MG 2010 *Die psychische Belastung bei Pflegekindern: Vorhersage ihrer posttraumatischen Symptomatik und Adaption eines neuen Instruments zur Erfassung ihrer allgemeinen psychischen Belastung*. Universitat Munchen; 276p.
45. Weeland MM, Nijhof KS, Vermaes I, Engels RCME, Buitelaar JK. 2015 *Study protocol: a randomised controlled trial testing the effectiveness of 'Op Volle Kracht' in Dutch residential care*. BMC Psychiatry; 9p.
46. Bourdais M. et Al. 2003 *ÉTUDE SUR L'ÉTAT GENERAL DES ENFANTS CONFIES AU SERVICE DE L'ASE DE PARIS État de santé physique et psychologique, vie relationnelle, comportements et conduites à risque, vie sociale et loisirs, scolarité*. ONED; 204p.
47. Cook Jon, Tursz Anne 2015 *Les violences faites aux enfants*. La documentation française; 168p.
48. Hammoud Myriem 2018 *L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés o l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône*. Santé Publique 10p.

## 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.

