



HAL
open science

Parcours de soins des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le Département des Bouches-du-Rhône : diagnostic territorial et perspectives

Alice Garès

► **To cite this version:**

Alice Garès. Parcours de soins des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le Département des Bouches-du-Rhône : diagnostic territorial et perspectives. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03644516

HAL Id: dumas-03644516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03644516v1>

Submitted on 16 Jan 2023

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

**Parcours de soins des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le
Département des Bouches-du-Rhône : Diagnostic territorial et perspectives**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 15 Avril 2022

Par Madame Alice GARES

Née le 19 septembre 1993 à Aubagne (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de SANTE PUBLIQUE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GAUDART Jean	Président
Madame le Professeur CHABROL Brigitte	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange	Directeur
Monsieur le Docteur BERNARD Olivier	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

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

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

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) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

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)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A mon président du jury, Monsieur le Professeur Jean Gaudart

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour votre gentillesse, votre accessibilité et votre précieux soutien. Vous avez toujours su me rassurer et je suis ravie de vous avoir comme tuteur de mon parcours dans cette spécialité passionnante que représente la santé publique.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Marie-Ange Einaudi

Merci Marie-Ange pour ton incroyable soutien, ta patience, ton écoute et ta bienveillance. Un grand merci de m'avoir engagée sur ce travail de thèse passionnant. Merci pour tous tes conseils et tes relectures avisées. Cela a été un plaisir de travailler à tes côtés durant l'année écoulée, j'en ressors enrichie, épanouie et grandie. J'admire ton dévouement et ton engagement pour l'amélioration de la prise en charge des enfants confiés et la lutte contre les violences faites aux enfants.

A Madame le Professeur Brigitte Chabrol

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de me faire l'honneur de faire partie des membres de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Jokthan Guivarch

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de m'avoir accueillie, dans le service de pédopsychiatrie du Professeur Poinso, en tant qu'interne de santé publique et de m'avoir permis d'intégrer l'équipe mobile EMI-ECO. Merci pour ton soutien durant ces derniers mois. Merci pour ta compréhension et pour le temps que tu m'as accordé pour mon travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Olivier Bernard

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de m'avoir proposé de me joindre à vous pour les 6 prochains mois à l'ARS PACA, afin d'œuvrer pour la prévention en périnatalité et notamment dans les 1000 premiers jours de l'enfant. Je suis ravie et j'ai hâte de me lancer dans ces nouveaux projets avec vous.

A Madame le Docteur Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni

Merci de m'avoir accueillie dans le service d'évaluation médicale du Professeur Gentile, pour mes premiers semestres en médecine santé publique. Vous m'avez permis de réaliser mes premières expériences en santé publique et d'aimer cette spécialité. Grâce à vous j'ai su que j'avais choisi la bonne voie. Un grand merci pour votre bienveillance, votre écoute et vos précieux conseils. J'ai été ravie de travailler avec vous sur le PRODAS.

Merci aux autres membres de l'équipe PRODAS, **Alexandre Daguzan, Alix Lesieur et Aurélie Tardy**. Ce fut un plaisir de travailler avec vous et de partager tous ces moments forts en émotions !

A Madame Virginie Muniglia

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser le master 2 ENJEU à Rennes. Cette année de master a été d'une extrême richesse.

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

Merci **Maman**, merci **Papa**, d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir poussé à arriver jusqu'ici, pour que je m'épanouisse au mieux et que je trouve ma voie. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté tout au long de ma vie. Merci pour votre amour inconditionnel et votre dévouement. Grâce à vous je me suis mise sur la fréquence de la réussite et de l'amour. Je suis d'une immense reconnaissance et je ne pourrais jamais suffisamment vous remercier d'être mes parents.

Merci **mon frérot, ma sœur et ma belle-sœur adorée** d'avoir toujours été à mes côtés. Merci frérot pour ton coaching et ton soutien tout au long de ma vie et notamment cette fameuse session de pleine conscience en nature qui m'a donné l'inspiration et à partir de laquelle tout a changé. Tu m'as aidé à me retrouver et à me recentrer sur mes aspirations. Je n'oublierai jamais ce moment.

Merci ma sœur d'avoir toujours été là pour moi, même à l'autre bout du monde et de partager cette grande sensibilité qui nous unit.

Merci à mes neveux et ma nièce, **Mathieu, Akauan et Elsa**, mes trois merveilles qui m'ont permis de comprendre à quel point l'enfance est une période fantastique, qu'il faut à tout prix préserver. Vous avez été mon inspiration et je ne cesserai jamais de m'émerveiller en vous regardant grandir.

Merci **mon coco d'amour**, mon fiancé, de partager ma vie et de l'avoir rendue si merveilleuse. Merci pour ton soutien quotidien et surtout pendant ces longs derniers mois... Merci pour tous ces moments de rire, de joie et pour toutes tes attentions, tu illumines ma vie. J'ai hâte que nous puissions enfin reprendre nos futurs projets.

A mes deux piliers, Léa et Manon

Merci à toutes les deux d'avoir toujours été dans ma vie, vous êtes mes deux piliers. J'ai partagé avec chacune d'entre vous toutes les étapes de ma vie et je les ai traversées plus facilement grâce à votre soutien. Je ne serai jamais assez reconnaissante envers vous pour tout ce que vous m'avez apporté, tout cet amour.

Merci **Léa, ma mimi d'amour** pour ton soutien sans faille et tes appels quotidiens depuis la capitale durant ces derniers mois. Sans toi cette période aurait été bien plus rude... Merci d'être dans ma vie depuis la maternelle, tu es mon pilier depuis toujours et je sais qu'on s'épaulera tout au long de notre vie, en toutes circonstances.

Manon, ma nièce d'amour je te remercie pour ce lien particulier qui nous unit depuis toujours. J'ai pu tout partager avec toi depuis ma naissance, tu es mon pilier, ma sœur de cœur. Vivement que je revienne vous voir à Strasbourg !

Merci **Amélie, ma belle hirondelle**, d'être dans ma vie depuis plusieurs années maintenant. Merci pour ta gentillesse, ton dévouement pour les autres et ta bienveillance. Merci pour le combat que tu mènes en faveur de l'égalité femmes-hommes et contre les violences faites aux femmes.

Au groupe **les p'tits avocs** que nous formons toutes les 4 depuis que tu es là Amélie, ce groupe qui nous lie et à travers lequel nous partageons nos expériences de vie et nous nous soutenons chaque jour. Merci à tous ces moments privilégiés de bonheur que nous avons partagés toutes les 4 et qui ont été merveilleux, notamment une petite pensée pour **Francis**.

Merci à mes autres nièces adorées, **Chloé et Estelle**, je suis fière d'avoir grandi à vos côtés et fière de ce que nous sommes devenues toutes les 4, avec Manon. Merci Chloé et Nicolas pour cette merveilleuse surprise que vous nous avez faite à Noël, j'ai hâte de rencontrer ce nouveau petit être qui va agrandir notre superbe famille.

Merci à ma sœur Isa et mon frère Manu. Merci à toute la famille Courtois et à la famille Garès.

Merci **Ratasse, Annou et GR** pour tous ces voyages de folie, Inde, Thaïlande, Vietnam, Islande, avec vous j'ai exploré le monde et je vous en remercie, c'était juste incroyable !

Merci Ratasse d'être toujours présente pour moi et merci surtout d'avoir les mêmes centres d'intérêt que moi ! Quel plaisir de discuter et d'échanger avec toi sur la santé des enfants et sur la vie en générale.

Merci **Alizette** pour toutes ces années de dingue que nous avons passées ensemble à vivre plus qu'intensément !

Merci **Alexandra** pour cette année de P1 incroyable à tes côtés, tu es d'une attention et d'un soutien formidable.

Merci à tous mes amis, à ce groupe immense **la famille better run** pour toutes ces soirées et tous ces moments de folie. Merci de vous souvenir à présent que je suis toujours en médecine !

Merci **les deux caïds, Mathias et Seb** pour ce séjour incroyable en Roumanie.

Mon Papi je te dédie ce travail. Merci de m'avoir tant apporté dans ma vie, tu m'as appris à aimer l'humanité et à vouloir œuvrer pour le bien de tous. Tu as sublimé ma petite enfance et tu es à l'origine de mes grandes passions, la nature et les randonnées. Merci de m'avoir fait connaître les merveilles de la vallée du Mont-Blanc. Saint-Gervais-les-Bains sera pour toujours mon lieu ressource et mon lieu de recueillement. J'aurai voulu partager cet aboutissement avec toi mais tu es parti juste avant. Malgré ma peine je t'ai gardé dans mon cœur et mon esprit chaque jour, je suis allée jusqu'au bout pour toi et pour que tu sois fier de moi. Tu me manques, tu nous manques notre soleil.

Merci **Mamie**, merci **Vincent**, merci **Mamisounette** mes étoiles, mes guides.

Avant-propos

Réaliser mon travail de thèse au sujet de la santé des enfants en protection de l'enfance est un véritable aboutissement. Ce travail s'inscrit dans la logique de mon parcours professionnel de formation et de réflexion.

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

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

Cette situation m'a profondément marquée. A travers elle, j'ai pris conscience de la complexité de la prise en charge, en pratique, des situations de maltraitance. Elle a marqué un tournant dans ma vie professionnelle car il a été pour moi évident à partir de ce moment-là que je voulais œuvrer pour le bien des enfants, de leurs parents, pour prévenir et mieux repérer ces situations d'une extrême gravité. Pour cela j'ai choisi de modifier mon parcours et de me diriger vers la spécialité de médecine santé publique, afin de participer à l'amélioration de la santé des

enfants et notamment à la prévention et promotion de leur santé dans le but plus lointain d'améliorer la qualité de vie des adultes et tendre vers une société plus saine.

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

En mai 2021, j'ai débuté un stage à la Direction de la PMI et de la Santé publique au Conseil départemental des Bouches-du-Rhône et cela m'a paru évident d'accepter la proposition du Docteur Marie-Ange Einaudi, médecin référent protection de l'enfance, de réaliser ce travail de thèse autour du parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE. Ainsi, ce travail de thèse est l'achèvement symbolique de la raison pour laquelle je me suis orientée vers la santé publique.

Toutes mes expériences m'ont permis d'atteindre les objectifs que je m'étais fixés et d'arriver là où j'en suis aujourd'hui, au carrefour entre la protection de l'enfance et la prévention en périnatalité. Le service de pédopsychiatrie du Professeur Poinso dans lequel je suis actuellement en stage, me permet de faire la transition entre ces deux domaines. En effet durant ce stage j'ai été impliquée dans l'équipe mobile intersectorielle à destination des enfants confiés à l'ASE (EMI-ECO) et j'ai pu aussi m'intéresser à la prévention en périnatalité et plus particulièrement en psypérinatalité, aux côtés du Docteur Michel Dugnat. Ensuite je poursuivrai mon parcours par un stage à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région PACA, auprès du Docteur Olivier Bernard, afin de participer à des projets entrant dans le cadre de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. Problématique	9
2. Objectifs de l'étude	9
3. Annonce du plan	11
CADRE THÉORIQUE.....	12
Chapitre I : Interventions en santé publique et contexte politique actuel	12
I.1. La santé et ses déterminants.....	12
I.2. Agir en santé : interventions de santé publique	21
I.3. Politiques de santé publique actuelles et parcours des patients	30
Chapitre II : Place de la santé dans le dispositif de protection de l'enfance	36
II.1. Besoins en santé spécifiques des enfants en protection de l'enfance	36
II.2. Inscription des parcours de soins et de santé des enfants confiés à l'ASE dans leur parcours de vie	43
II.3. Politiques publiques de protection de l'enfance visant la prévention et l'amélioration de la santé des enfants	53
Chapitre III : Mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans les Bouches-du-Rhône	60
III.1. L'organisation de la politique de protection de l'enfance	60
III.2. Organisation de la politique de protection de l'enfance dans les Bouches-du-Rhône	62
III.3. Offre de structures d'accueil dans les Bouches-du-Rhône	67
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	70
I. Description générale de l'étude	70
II. Déroulement du plan d'action.....	72
II.1. Étape 1 : Enquête quantitative par questionnaire exploratoire	72
II.2. Étape 2 : Enquête qualitative de terrain par entretiens semi-directifs	75

II.3. Étape 3 : Enquête qualitative de terrain par observation participante	78
RESULTATS	80
Chapitre I : Description des publics interrogés et de l'organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil	81
I.1. Description des publics interrogés : professionnels et structures d'accueil	81
I.2. Description de l'organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil	88
Chapitre II : Principaux résultats concernant les difficultés rencontrées et les ressources identifiées	93
II.1. Résultats de la partie 3 du questionnaire et élaboration de la grille d'analyse	93
II.2. Accès aux soins et au système de santé des enfants confiés	95
II.3. Coordination des différents acteurs du parcours de soins de l'enfant autour de son lieu de vie	112
II.4. Parcours de santé et de soins des enfants confiés dans leur parcours de vie	129
Chapitre III : Résultats de la partie 2 du questionnaire : répertoire et cartographie	145
III.1. Élaboration des deux cartes interactives	145
III.2. Diffusion de la cartographie et du répertoire	148
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	150
I. Forces, limites et biais de l'étude	150
I.1. Forces de l'étude	150
I.2. Limites de l'étude	151
I.3. Biais de l'étude	152
II. Principaux résultats et perspectives	153
CONCLUSION ET FEUILLE DE ROUTE	172
Bibliographie	176
Liste des tableaux et graphiques	191
Liste des abréviations	192
Annexes	196

INTRODUCTION

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

En 2021, dans son rapport annuel, le Défenseur des droits rappelle que les études épidémiologiques nationales et internationales s'accordent pour dire que dans la population des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la prévalence des troubles psychiques est estimée à 50%, soit près de 5 fois supérieure à celle observée en population générale¹ et qu'environ 17% des enfants confiés à l'ASE bénéficient d'une reconnaissance de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), notamment pour des pathologies psychiques ou comportementales, ainsi la prévalence du handicap est 8 fois supérieure à celle observée en population générale.² Ces résultats sont corroborés par deux études sur la santé des enfants confiés à l'ASE menées ultérieurement dans les Bouches-du-Rhône (BDR).^{3 4}

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance propose une définition de la protection de l'enfance centrée sur la santé et sur les besoins fondamentaux des enfants : « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.* »⁵

La protection de l'enfance couvre trois champs d'action : les actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents ; l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ; les décisions administratives et judiciaires pour la

¹ Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., et al. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the Child welfare System : A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7):e2622. <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002622>

² Défenseur des droits. (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf

³ Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L. & Jego, M. (2018). L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique*, 30, 349-359. <https://doi.org/10.3917/spub.183.0349>

⁴ De Montaigne, L., Bernard, O., Da Fonseca, D., Gaudart, J., Richardson, A., Soffer, M., Chabrol, B., Dubus, J-C. & Bosdure, E. (2014). Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône : regard social et médical sur les orientations à la Maison Départementale des Personnes Handicapées. [Thèse de Médecine]. Université d'Aix-Marseille (France).

⁵ Article L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. (JORF n°0063 du 15 mars 2016).

protection de l'enfant.⁶ Le Conseil départemental (CD), qui est le « chef de file » de la politique de protection de l'enfance, a l'autorité administrative tandis que le juge des enfants et dans les situations d'urgence le procureur de la République, ont l'autorité judiciaire (cf. Panneau des dispositifs en protection de l'enfance de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance⁷ en annexe 1). D'autre part le président du CD a la responsabilité des enfants confiés en protection de l'enfance.

Selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) en 2019, 312 500 mineurs en France⁸ bénéficiaient d'au moins une prestation ou une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance, soit 21,7 % des mineurs et 24 700 jeunes majeurs étaient concernés par une prestation ou une mesure, soit 10,2 % des jeunes âgés de 18 à 21 ans.⁹ Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), à la fin de l'année 2019, 53 % des mesures de l'ASE consistaient en des mesures de placement en dehors de leur milieu de vie habituel et 47% à des actions éducatives exercées en milieu familial.¹⁰

En effet, les enfants confiés au service départemental de l'ASE peuvent bénéficier de mesures judiciaires à domicile ou peuvent être placés en hébergement collectif (structures d'accueil d'urgence, plus communément appelés foyers d'urgence, Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), plus communément appelés foyers de l'enfance) ou chez des familles d'accueil.

Les mesures de placement concernent des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans qui ont été victimes de maltraitance infantile, ou qui sont considérés en danger.¹¹

Selon l'article 375 du Code Civil, « *un enfant est en danger dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* » et la

⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Protection de l'enfance*. Consulté le 28 mars 2022, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>

⁷ Observatoire national de la protection de l'enfance. (s.d.). *Affiche sur le dispositif de protection de l'enfance*. https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/panneau_a4_2.pdf

⁸ Sur la France entière (hors Mayotte).

⁹ Observatoire national de la protection de l'enfance. (2021). *Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019*. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf

¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s.d.). *Résultats 2019 sur les mesures d'aide sociale départementale et les dépenses associées*. Consulté le 12 mars 2022, sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/resultats-2019-sur-les-mesures-daide-sociale-departementale-et-les-depenses>

¹¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2020). *Fiche 24 - Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance*. L'aide et l'action sociales en France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l%E2%80%99aide%20sociale%20C3%A0%20l%E2%80%99enfance.pdf>

maltraitance infantile correspond au « *non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants* ». ¹²

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance infantile comprend « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* » Quatre grandes catégories de mauvais traitements à l'égard des enfants sont distinguées : les violences physiques, les violences psychologiques, les violences sexuelles et les négligences lourdes. ¹³

Plus récemment, la loi relative à la protection de l'enfance en 2022 inscrit, dans l'article L.119-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), la définition suivante de la maltraitance : « *La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.* » ¹⁴

D'après une étude de 2009, issue de la revue britannique The Lancet ¹⁵, 10 % des enfants sont maltraités dans les pays développés. En 2017, une étude réalisée par Harris Interactive, en France, nous informe que 22% des Français rapportent avoir été victimes de maltraitance grave, c'est-à-dire le fait d'avoir été régulièrement victimes de coups, de menaces, d'insultes, d'absence de soins ou d'hygiène. ¹⁶

¹² Article 375 du Code Civil.

¹³ Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (2001). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf.

¹⁴ LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. (JORF n°0032 du 8 février 2022)

¹⁵ Gilbert, R., Widom, C-S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Jason, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373 (9657). Pages 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

¹⁶Harris Interactive. (2017). *La maltraitance des enfants*. <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2017/11/rapport-harris-interactive-matraitance-enfants-Enfant-bleu-2.pdf>

Le sujet des violences faites aux enfants est au cœur de l'actualité ; pendant la crise sanitaire le nombre de cas de maltraitance ainsi que le nombre d'appels au 119¹⁷ ont connu une augmentation importante. Durant le premier confinement, la plateforme téléphonique 119 a reçu 56 % d'appels supplémentaires en comparaison avec la même période en 2019. Les situations urgentes transmises aux Cellules de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP) pour une intervention rapide ont augmenté de 30 %.¹⁸

Ces chiffres alertent une nouvelle fois sur l'ampleur du problème de la maltraitance infantile.

Les violences faites aux enfants sont un problème de santé publique du fait des conséquences importantes qu'elles entraînent sur la santé des enfants à court, moyen et long terme et également en raison des profondes répercussions au niveau économique. Le coût économique de la maltraitance infantile est important d'une part du fait des dépenses engagées pour y remédier et la prévenir (dépenses en protection de l'enfance, en soins...) et d'autre part du fait de la perte de productivité qu'elle engendre, liée aux conséquences à l'âge adulte.^{19,20} Une étude menée en France en 2021 a estimé le coût de la maltraitance et de la négligence des enfants placés avant l'âge de 4 ans. L'estimation du coût annuel par enfant s'élevait à 53 265 €. ²¹ Le coût mondial des violences faites spécifiquement aux enfants (notamment infanticide, la maltraitance et la violence sexuelle) est estimé à 3 700 milliards de dollars (4,3 % du PIB mondial).²²

La loi de 2016 relative à la protection de l'enfance met les besoins fondamentaux des enfants ainsi que la prise en charge de leur santé au centre du dispositif de la protection de

¹⁷ Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED), communément appelé « Allô Enfance En Danger ».

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

¹⁹OMS. (2017). Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁰ Fang, X., Brown, DS., Florence, CS., Mercy, JA. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl.* 2012 Feb;36(2):156-65. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.10.006. Epub 2012 Feb 1. PMID: 22300910; PMCID: PMC3776454.

²¹ Prigent, A., Vinet, MA., Michel, M., Rozé, M., Riquin, E., Duverger, P., Rousseau, D., Chevreur, K. (2021). The cost of child abuse and neglect in France: The case of children in placement before their fourth birthday. *Child Abuse Negl.* 2021 Aug;118:105129. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105129. Epub 2021 May 28. PMID: 34058479.

²² ONU. Coûts économiques de la violence contre les enfants. (2015). Consulté le 10 mars 2022 sur https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic_costs_of_vac_viewpoint

l'enfance. En plus des besoins fondamentaux universels que la protection de l'enfance vise à garantir, les enfants confiés à l'ASE ont des besoins spécifiques en santé (troubles de l'attachement, traumatismes complexes...) ²³ qui sont dus à leur histoire et à ce qu'ils ont vécu. Ils peuvent également avoir des besoins particuliers ²⁴ car ils sont plus susceptibles de développer ou d'être préalablement dans une situation de handicap. En ce sens, la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance préconise la réalisation systématique d'un bilan médical et psychologique, à l'entrée des enfants dans une mesure de protection de l'enfance.

Malgré les connaissances sur les multiples besoins et problématiques de santé des enfants confiés à l'ASE et malgré le cadre législatif en vigueur, de nombreuses études mettent en exergue les difficultés de la prise en charge des besoins en santé de ces enfants, au parcours de vie décrit comme morcelé et aux problématiques de santé souvent complexes et intriquées. En 2016 une étude du Défenseur des droits ²⁵ a souligné le fait que seulement un tiers des enfants bénéficient d'un bilan médical et psychologique d'entrée dans un parcours en protection de l'enfance. Selon le Défenseur des droits, « *de manière générale, la santé est insuffisamment prise en compte dans les parcours des enfants confiés à l'ASE que ce soit lors de l'évaluation de leur situation, lorsqu'ils sont confiés à l'ASE ou pendant leur prise en charge.* » ²⁶

Au regard de la place essentielle que la santé a dans la prise en charge des enfants en protection de l'enfance, elle est fréquemment mise au cœur des textes législatifs et des stratégies politiques de protection de l'enfance.

Le 14 octobre 2019, M. Adrien Taquet le Secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance a présenté la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 ²⁷ qui constitue l'un des 3 piliers du Pacte pour l'enfance ²⁸ (dont les deux autres piliers sont

²³ Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

²⁴ Ibid

²⁵ Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

²⁶ Défenseur des droits. (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être.*

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf

²⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

²⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Pacte pour l'enfance.* Consulté le 2 mars 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/>

le plan de lutte contre les violences faites aux enfants et le rapport de la commission des 1000 premiers jours).

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 vise à améliorer la situation des enfants confiés à l'ASE et à garantir leurs droits (à la santé, à l'éducation, à la sécurité affective, à l'autonomie après 18 ans). Dans son deuxième engagement concernant le parcours des enfants confiés, elle réaffirme l'importance de la prise en charge de la santé de l'enfant. Elle prévoit de « *systematiser le bilan complet de santé des enfants et des adolescents à leur entrée dans les dispositifs de protection et leur accès à un parcours de soins coordonnés.* »

Ainsi, elle met l'accent sur l'amélioration des parcours de santé des enfants confiés et dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement du système de santé (LFSS) 2018, deux expérimentations proposent des parcours de soins coordonnés : Santé Protégée²⁹ et PEGASE³⁰. La pouponnière des BDR participe à l'expérimentation PEGASE³¹ (début de l'inclusion des enfants en novembre 2021). Ces expérimentations se basent sur le suivi des anciens prématurés et leur objectif est de structurer un suivi médical régulier des enfants confiés afin d'améliorer leur devenir.

Dans le même sens, les politiques de santé publique actuelles mettent la coordination des parcours de soins ainsi que la nécessité d'adopter une approche globale et centrée sur les usagers, au cœur des enjeux actuels du système de santé. La loi de modernisation du système de santé promulguée en 2016³², a initié la réorganisation du système de santé en mettant l'accent sur le renforcement de la prévention et la réorganisation autour des soins de proximité. La Stratégie nationale de santé 2018-2022³³ poursuit cette dynamique et insiste sur la nécessaire considération des différents parcours des usagers : le parcours de vie, le parcours de soins et le parcours de santé. De plus, elle fait de la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, une de ses priorités.

²⁹ Arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. (JORF n°0300 du 26 décembre 2021).

³⁰ Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance. (JORF n°0179 du 3 août 2019).

³¹ Programme d'Expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'enfance.

³² LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (JORF n°0022 du 27 janvier 2016).

³³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

1. Problématique

Alors que les enfants confiés à l'ASE représentent une population d'enfants vulnérables, que leurs besoins en santé (spécifiques et particuliers) sont connus, et que cela représente un enjeu de santé publique (au regard des conséquences à long terme), comment contribuer à une amélioration des pratiques ?

Quelles sont les difficultés rencontrées dans les structures d'accueil des BDR qui limitent la réponse aux besoins en santé ? Comment la prise en charge de la santé des enfants confiés est-elle organisée au sein des structures d'accueil des BDR ? Comment une coordination avec les professionnels de santé du territoire est-elle envisagée ? Quelles sont les demandes des professionnels des structures d'accueil ? Quelles sont les ressources et les carences du territoire des BDR en lien avec la prise en charge en santé des enfants confiés ?

2. Objectifs de l'étude

Au regard de la volonté nationale d'améliorer les parcours de soins coordonnés et notamment ceux des enfants confiés à l'ASE, et au regard de la dynamique initiée par les deux expérimentations mises en œuvre, la Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé Publique (DPMISP) ainsi que la Direction Enfance-Famille (DEF) du CD des Bouches-du-Rhône (CD13), ont souhaité initier un projet autour du parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE dans les BDR. Cet enjeu autour des besoins en santé des enfants confiés est également envisagé par l'ARS de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) dans le cadre du Projet Régional de Santé de 2ème génération pour 2018-2023 (PRS2). Ce dernier met au cœur de ses priorités la santé des enfants et des jeunes ainsi que l'émergence d'une organisation en parcours de santé.³⁴

Ainsi, lors de mon arrivée en stage à la DPMISP en mai 2021, j'ai été impliquée dans ce projet que j'ai ensuite pu mener auprès du médecin référent protection de l'enfance (MRPE)³⁵ du CD13 ; ce projet a ensuite fait l'objet de mon travail de thèse de médecine en

³⁴ ARS PACA. (2017). Projet régional de santé 2018-2023. Consulté le 23 mars 2022 sur, <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/projet-regional-de-sante-2018-2023-0?parent=5278>

³⁵ Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles. (JORF n°0261 du 9 novembre 2016).

santé publique. L'idée était de préparer la mise en place d'un parcours de soins coordonnés sur le modèle de l'expérimentation Santé Protégée afin de pérenniser ce qui est prévu dans le projet PEGASE et que tous les enfants confiés à l'ASE puissent en bénéficier.

L'objectif général de l'étude était de réaliser un diagnostic territorial des pratiques et des difficultés relatives à la prise en charge des besoins en santé des enfants accueillis dans les MECS et les foyers d'urgence des BDR ; cela pourra constituer le socle de la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE.

Objectif principal : Explorer les pratiques et les difficultés rencontrées par les MECS et les foyers d'urgence des BDR dans la prise en charge de la santé des enfants confiés.

Objectif secondaire : Constituer un répertoire ainsi qu'une cartographie des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux) impliqués dans la prise en charge médicale des enfants confiés dans les MECS et les foyers d'urgence des BDR.

L'enjeu de la démarche est de s'orienter vers un parcours de soins coordonnés à partir des professionnels de santé identifiés (enjeux de formation et de coordination) et de répondre aux difficultés des structures d'accueil.

Afin d'établir le diagnostic territorial et de répondre à la problématique, nous avons réalisé une recherche-action. Ainsi, au regard de la réalité du terrain et de ses spécificités, des perspectives d'actions adaptées au territoire des BDR seront proposées. J'ai effectué pour cela, une enquête exploratoire par questionnaires puis une enquête de terrain auprès de professionnels des MECS et des foyers d'urgence. En parallèle j'ai pu observer les rouages du fonctionnement et de l'organisation de la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE dans les BDR, à travers deux expériences sur des terrains de stage différents : la DPMISP et l'équipe mobile intersectorielle à destination des enfants confiés (EMI-ECO) du service de pédopsychiatrie du Professeur Poinso à l'AP-HM.

3. Annonce du plan

Dans un 1^o temps, nous aborderons le cadre théorique relatif à la santé publique : interventions préventives en santé publique et politiques de santé publique actuelles (Chapitre I) ; puis le cadre théorique relatif à la santé des enfants confiés : besoins spécifiques en santé des enfants confiés à l'ASE, place de la santé dans le dispositif de protection de l'enfance (Chapitre II) et ensuite nous ouvrirons vers l'organisation de la politique départementale de protection de l'enfance dans les BDR (Chapitre III).

Dans un 2^o temps, nous présenterons la méthodologie utilisée pour la réalisation du diagnostic territorial puis les résultats de notre travail (enquête quantitative et qualitative).

Dans un 3^o temps nous discuterons ces résultats au regard du cadre théorique et ouvrirons sur des perspectives d'actions et de réflexions.

Enfin, nous conclurons par des propositions d'actions concrètes afin d'améliorer les pratiques autour des besoins en santé des enfants confiés et tendre vers un parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE dans les BDR.

CADRE THÉORIQUE

Chapitre I : Interventions en santé publique et contexte politique actuel

I.1. La santé et ses déterminants

I.1.1. Définitions générales de la santé

La santé a été définie en 1946, dans la Constitution de l'OMS³⁶, comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.* » A travers cette définition, l'OMS apporte une **vision holistique et globale de la santé.**

Concernant la santé mentale, l'OMS, précise qu'elle comprend « *la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.* » et ajoute qu'une **bonne santé mentale** est « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* »³⁷. Ainsi la santé mentale est considérée comme étant une ressource pour l'accomplissement de chaque individu.

Concernant le **handicap**, selon l'OMS³⁸ « *est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises* ».

Pour la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées³⁹, le handicap constitue « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

³⁶ OMS. (1946). Constitution de l'OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

³⁷ OMS. (2018). Santé mentale : renforcer notre action. Consulté le 18 mars 2022 sur, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

³⁸ OMS. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

³⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (NOR : SANX0300217L).

I.1.2. Les déterminants de la santé

Dès 1974, le rapport Lalonde⁴⁰, a permis de dégager 4 catégories de déterminants de la santé : la biologie humaine, les facteurs environnementaux, les habitudes de vie, et l'organisation des soins de santé.

En 1999, l'OMS distingue les **facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux** (politiques nationales, protection sociale, niveau de vie, conditions de travail, soutien social offert par la communauté...).

De multiples modèles de représentation des déterminants de santé ont été élaborés, notamment nous pouvons citer le modèle de Dahlgren et Whitehead⁴¹ et le modèle d'Abraham Maslow représenté par une pyramide des besoins⁴².

Nous avons choisi de nous appuyer sur **la carte de la santé et des déterminants** proposée en 2011 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec⁴³ car elle met en avant une approche particulièrement holistique de la santé (cf. page suivante).

Au centre de la carte se situe l'état de santé de la population, comprenant la **santé globale, physique, mentale et psychosociale**, conformément à la définition de la santé de l'OMS, puis 4 champs se déploient autour du centre (**contexte global, systèmes, milieux de vie et caractéristiques individuelles**). Un ensemble de déterminants de santé différents appartient à chaque champ (cf. annexe 2).

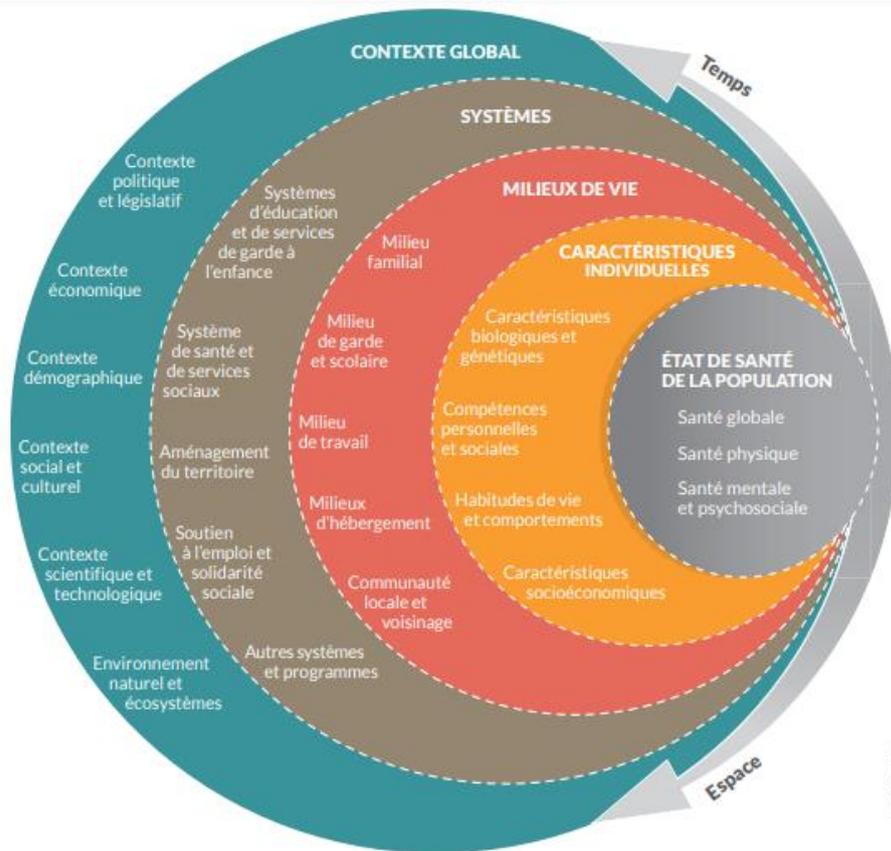
Les lignes pointillées représentent les interfaces entre les différents champs et leurs relations et plus particulièrement les relations entre les déterminants qu'ils contiennent et qui agissent les uns sur les autres. Les flèches du temps et de l'espace rappellent que les déterminants de santé évoluent au cours de la vie d'un individu et plus globalement au fil de l'évolution d'une société humaine et que l'importance relative des déterminants peut varier en fonction des territoires.

⁴⁰ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde). Consulté le 28 janvier 2022 sur, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/nouvelle-perspective-sante-canadiens-rapport-lalonde.html>

⁴¹ Whitehead, M., Dahlgren G. (1991). What can we do about inequalities in health. *The Lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063. DOI: 10.1016/0140-6736(91)91911-d

⁴² Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

⁴³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour agir. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>



Santé
et Services sociaux
Québec

Plus spécifiquement, les déterminants individuels de la santé mentale et des troubles mentaux, comprennent la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui qui correspondent aux **compétences psycho-sociales (CPS)**. L'OMS définit les CPS comme étant « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.* »⁴⁴ Les objectifs du développement des CPS sont de favoriser le bien-être physique et psychique, l'insertion sociale ou socioprofessionnelle ainsi que l'épanouissement personnel.⁴⁵ **L'exposition à l'adversité** dès le plus jeune âge est également un facteur de risque de troubles mentaux reconnu et évitable.⁴⁶

⁴⁴ OMS. (1994). Life skills education for children and adolescents in schools.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁴⁵ Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé de Bourgogne. (2014). Compétences psychosociales et promotion de la santé. Dossiers techniques n°5. Page 5. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_techniques_competences_psychosociales.pdf

⁴⁶ Collège nationale des universitaires en psychiatrie. (2016). Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie (2ème éd.). Tours, France: Presses universitaires François Rabelais.

I.1.3. Le développement de l'enfant, un déterminant majeur de la santé

La santé de l'enfant est particulièrement influencée par les **déterminants sociaux**, définis par l'OMS en 2008 comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »⁴⁷. Les **déterminants familiaux** par exemple jouent un rôle primordial dans la santé infantile.

Le **développement de l'enfant** fait partie de la santé mentale et psychosociale, au centre de la carte des déterminants (cf. page précédente). En 2005, la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS), considère que le développement de l'enfant est un **déterminant majeur de la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra**. L'enfant est un « être en devenir » et son bon développement doit être assuré afin qu'il puisse « *devenir un individu relié et capable d'agir en déployant ses capacités et talents* »⁴⁸ L'enfance et notamment la petite enfance sont des périodes essentielles dans la trajectoire développementale de l'individu et ont un impact important sur le bien-être durant l'enfance et toute la vie d'un individu. Le développement de l'enfant est composé de multiples dimensions : physique, psychomotrice, sociale, émotionnelle, affective, cognitive, langagière, etc.

Plus spécifiquement, la qualité du **développement affectif et social** de l'enfant conditionne en partie son état de santé. Le développement affectif et social de l'enfant fait référence au processus de construction de l'affectivité de l'enfant ainsi qu'à son processus de socialisation. Il est particulièrement influencé par les relations de l'enfant avec ses parents et par la qualité de son **attachement** (cf. Chapitre II). L'**affectivité** est définie par Harlow en 1974, comme « *un ensemble de comportements permettant les rapports sociaux individuels intimes qui lient entre eux les membres d'une espèce.* »⁴⁹ Quant à la **socialisation**, Malrieu en 1973, a distingué la socialisation-acculturation : apprentissage des normes de la société dans laquelle l'enfant doit s'intégrer par le biais de ses institutions, de la socialisation- relation : communication qui s'instaure entre les partenaires et qui repose sur la sympathie, l'émotion et l'affectivité. Un attachement sain permet de faire face aux événements stressants et

⁴⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2017). L'état de santé de la population en France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

⁴⁸ De Singly, F., Wissnia-Weil, V. (2015). Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dp_enfance_ado_web.pdf

⁴⁹ Baudier A., & Céleste B. (2019). *Le développement affectif et social du jeune enfant* (3^{ème} éd.). Dunod.

déstabilisants de la vie (**coping**), assure une sécurité affective et favorise les apprentissages, la connaissance de soi et les relations interpersonnelles.⁵⁰

« Ce que vit l'enfant durant la petite enfance est déterminant pour sa trajectoire développementale et le cours de sa vie. Si la période très propice des premières années de vie est manquée, il devient de plus en plus difficile, tant du point de vue du temps que des ressources, de créer un parcours de vie réussi. »⁵¹

Au regard de l'importante influence du développement de l'enfant sur la santé, la CDSS a élaboré un **instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)** qui constitue un cadre conceptuel d'analyse des déterminants sociaux de la santé et du développement de l'enfant, influant lui-même ensuite la santé de l'individu en devenir. Le concept de l'IMDPE est similaire à la carte des déterminants de santé présentée ci-dessus. Au centre se situe le bien-être des enfants et autour se déploient des sphères d'influence contenant les différents déterminants sociaux de santé (cf. page suivante).⁵²

La CDSS a élaboré cet instrument en s'inspirant de différents cadres conceptuels existants du développement de l'enfant et du développement humain. Elle s'est notamment inspirée du **modèle écologique du développement humain** proposé par Urie Bronfenbrenner, psychologue développementaliste⁵³. Ce dernier considère que le développement humain correspond à un **système complexe** impliquant de nombreux acteurs, dans de nombreux milieux qui interagissent à travers des relations elles-mêmes complexes et qu'il est nécessaire de considérer à travers une approche globale. Afin de permettre une meilleure compréhension des expériences d'un enfant dans un contexte donné, ce modèle prévoit de les analyser à l'aide d'un cadre où six niveaux de systèmes interagissent entre eux : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème, le chronosystème. L'écologie du développement humain accorde une attention particulière aux **interactions entre les individus et leur environnement social et physique**.

⁵⁰ Delage, M. (2015). Le système scolaire, les apprentissages et l'attachement : La place de l'enseignant comme base de sécurité. *Thérapie Familiale*, vol. 36(4), 363-376. doi:10.3917/tf.154.0363

⁵¹ OMS. (2007). Early Child Development : A Powerful Equalizer.

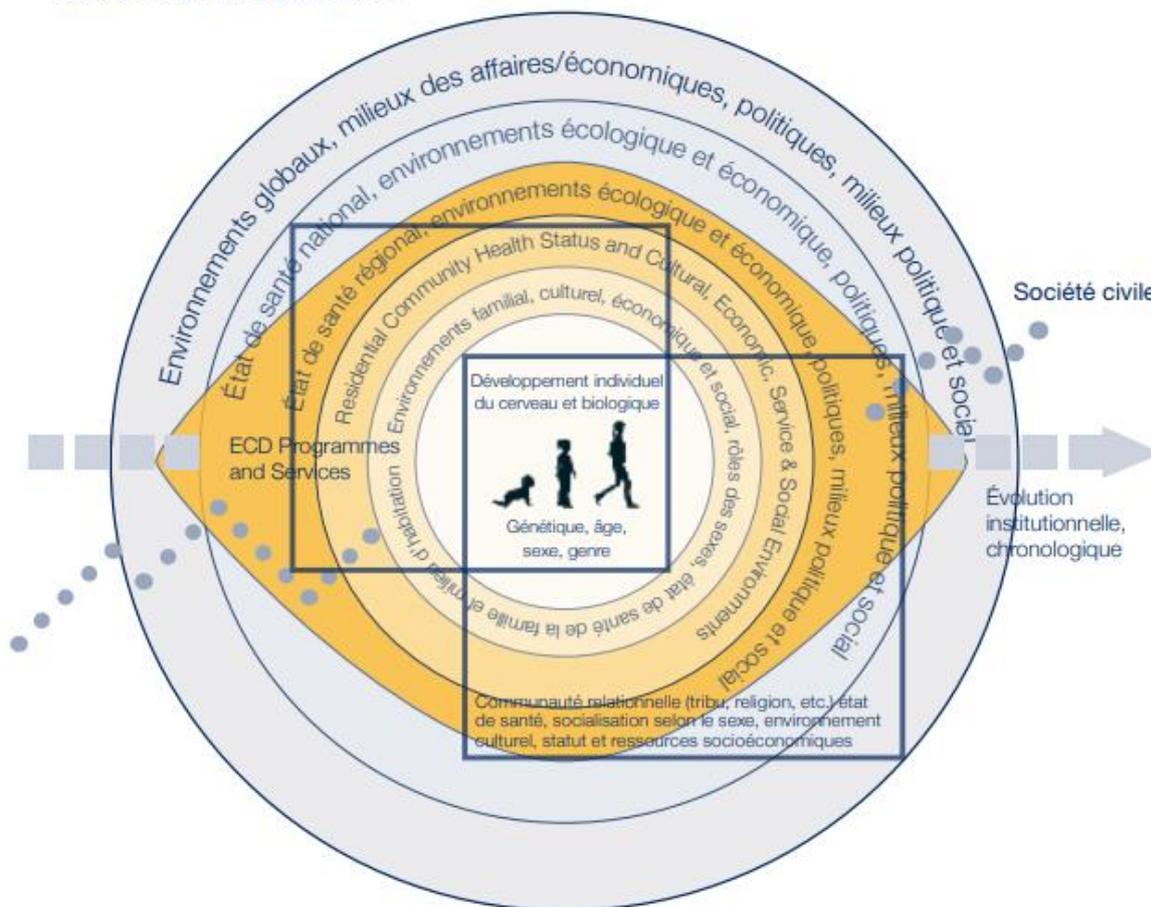
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69729/a91213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵² Ibid

⁵³ Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press, 348 p.

https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developboko-s-z1.pdf

FIGURE 1: SCHÉMA DE L'IMPDE



I.1.4. L'accès au système de santé et au système de soins

Un autre déterminant majeur de la santé est l'accès au système de santé et au système de soins. Sur la carte des déterminants de la santé il fait partie du champ « systèmes ». Selon l'OMS, un **système de santé** est « *l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* ». Les quatre fonctions clés d'un système de santé sont : la **prestation de services**, la **production des ressources humaines et matérielles** permettant de dispenser les services, la collecte et la mise en commun des ressources utilisées pour **financer les soins de santé** et enfin l'**administration générale** qui est la définition et la mise en œuvre des règles et d'une orientation stratégique destinée à toutes les parties prenantes.⁵⁴

⁵⁴ OMS. (2000). Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf

En France, **cinq catégories d'acteurs du système de santé** sont distinguées : les offreurs de soins, les producteurs de biens et de services de santé (ex : industrie pharmaceutique), les institutions publiques, les financeurs, les bénéficiaires.⁵⁵

Les **institutions publiques** jouent un rôle d'organisation du système de santé (le ministère des Solidarités et de la Santé, les ARS et les CD pour le champ du médico-social), de conseil (HCSP, SPF...) et de contrôle (LFSS, Ondam, Cour des comptes et Igas).⁵⁶

Parmi les **offreurs de soins** se trouvent les professions médicales, pharmaceutiques et les auxiliaires médicaux ainsi que les établissements de santé (relevant du secteur hospitalier mais aussi du médico-social) et les réseaux de santé pluridisciplinaires (favorisant l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge).⁵⁷

Le **système de soins** fait partie du système de santé, il est constitué de l'ensemble des éléments organisés et de pratiques coordonnées, dont le but est de prendre en charge un problème de santé.⁵⁸ Il comprend ainsi l'ensemble des offreurs de soins, les demandeurs de soins et les financeurs de soins.⁵⁹ En France, le système de soins s'appuie sur des structures multiples d'offres de soins : sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médico-sociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés par exemple), ambulatoires (pour les soins dits « de ville »).⁶⁰

L'accès aux soins comprend deux composantes majeures qui sont **l'offre de soins sur le territoire** et **l'accessibilité financière aux soins**.

L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire français. Dans les zones de faible densité médicale les conséquences sont : les difficultés d'accès liées à **l'absence de professionnels ou à leur éloignement**, des **délais de rendez-vous trop importants** avec des professionnels présents sur le territoire car ils sont saturés et des difficultés de permanence de

⁵⁵ La Documentation Française. (2021). La protection sociale (2^{ème} édition).

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ HCSP. (2000). Qu'appelle-t-on système de soins ? Organisation, décision et financement du système de soins. adsp n° 33 décembre 2000. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=62>

⁵⁹ Ibid

⁶⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). Système de santé, médico-social et social : pour une prise en charge globale de la personne. Consulté le 14 mars 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

soins durant les horaires de fermeture des cabinets de ville qui entraînent une utilisation plus importante du SAMU, de SOS médecins ou des services d'urgence.⁶¹

Concernant l'accessibilité financière aux soins, la **protection sociale** prévoit de couvrir les dépenses liées à la santé qui fait partie des grands « **risques sociaux** ». Les **financeurs** sont les assurances maladies obligatoires et les assurances maladies complémentaires ainsi que les usagers.

La Constitution de 1946 indique que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* »⁶². Depuis 2016, la protection de la santé est garantie à l'ensemble de la population (sans distinction d'âge, d'état de santé, de niveau de revenus, d'éducation ou de résidence) par la mise en œuvre de la **protection universelle maladie (PUMa)**. Cette dernière permet à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier d'une prise en charge de ses frais de santé.⁶³ La PUMa remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME).

I.1.5. Les inégalités sociales et territoriales de santé

L'OMS considère « l'équité en matière de santé » comme la suppression des différences évitables et injustes entre les citoyens qui s'opposent à leur capacité à accéder aux services de santé. L'équité consiste à s'assurer que chacun a ce dont il a besoin (ce qui pourrait signifier donner plus de soutien à ceux qui se trouvent dans des circonstances plus difficiles) tandis que l'égalité signifie que chacun reçoit la même offre de soins.⁶⁴

La répartition inéquitable des déterminants de santé entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé.

La CDSS rappelle en 2009, que l'**équité d'accès aux soins** est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Le respect du principe d'équité horizontale implique que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal et qu'il n'y est pas d'inégalités sociales

⁶¹ La Documentation Française. (2021). La protection sociale (2^{ème} édition).

⁶² Conseil constitutionnel. (1946). Préambule de la Constitution de 1946. https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/2019-03/20190307_preambule_constitution_1946.pdf

⁶³ La Documentation Française. (2021). La protection sociale (2^{ème} édition).

⁶⁴OMS. (2018). Comblent le fossé en une génération.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf;jsessionid=EB068BEDA-BB38332C8AE9D85E14F4EA5?sequence=1

d'utilisation des services de santé, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre **groupes sociaux** à état de santé donné.⁶⁵

Les **inégalités sociales de santé** recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables et qui sont potentiellement évitables.⁶⁶

⁶⁵ Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé.

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

⁶⁶ La Documentation Française. (2021). La protection sociale (2^{ème} édition).

I.2. Agir en santé : interventions de santé publique

La santé peut être influencée par de nombreux facteurs. Afin d'améliorer la santé d'une population il est ainsi nécessaire d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé par des **stratégies globales** de promotion, de prévention, de traitement et de guérison mobilisant l'ensemble du système de santé.

I.2.1. Définition de la santé publique et champs d'intervention

La santé publique est définie en 1988 par l'OMS, comme étant « *un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé* ».

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique met en avant **dix principes d'intervention en santé publique**⁶⁷:

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- La lutte contre les épidémies ;
- La prévention, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- L'information et l'éducation à la santé de la population ;
- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé ;
- **La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;**
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- La démographie des professions de santé.

Elle ajoute que « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre*

⁶⁷ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. (JORF n°185 du 11 août 2004).

par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. »⁶⁸

I.2.2. Les interventions préventives

La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

Selon la Banque de données en santé publique (BDSP), **les interventions préventives** correspondent à des « *actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.* »⁶⁹

En 1948, l'OMS détermine 3 niveaux de prévention qui correspondent à des états successifs de la **chronologie d'apparition d'un problème de santé** dans la population :

- **Prévention primaire** vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques afin d'empêcher l'apparition de nouveaux cas en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé.
- **Prévention secondaire** vise à diminuer la prévalence d'un problème de santé dans une population à travers des actions de dépistage et de diagnostic précoce afin de prendre en charge le plus tôt possible le problème afin d'en limiter la gravité et la durée.
- **Prévention tertiaire** vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à l'apparition d'un problème initial de santé. Elle vise la réadaptation sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique. En somme, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'un problème de santé et implique ainsi de considérer la qualité de la prise en charge et des soins, l'approche individualisée et l'éducation thérapeutique du patient, la prise en compte de la qualité de vie...

⁶⁸ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. (JORF n°185 du 11 août 2004).

⁶⁹ Raimondeau, J. (2020). Chapitre 12. Interventions en santé publique : prévention, promotion de la santé. Manuel de santé publique (pp. 339-367). Rennes: Presses de l'EHESP.

De plus, 3 niveaux de prévention sont distingués en fonction de la **population visée** : la **prévention universelle** vise l'ensemble de la population, la **prévention sélective** vise des groupes d'individus en fonction de critères démographiques ou sociologiques tandis que la **prévention ciblée** vise des groupes d'individus ayant des facteurs de risque en particulier.

Il existe une **classification des axes d'action** pour une « **prévention globale** ». Elle prend en compte tous les aspects d'une politique de prévention sur un territoire et identifie 4 axes d'actions de résolution d'un problème de santé : par les **risques existants**, par les **populations visées**, par les **milieux de vie** et par les **territoires**.⁷⁰

I.2.3. Les interventions en promotion de la santé et éducation à la santé

Les définitions données ci-dessus correspondent à la **prévention défensive**, c'est-à-dire la prévention qui vise à protéger une population contre un risque identifié (pathogénèse). Alors que la promotion de la santé correspond à une démarche de **prévention positive (salutogénèse)**.^{71,72} En 1986, la charte d'Ottawa rédigée par l'OMS, instaure le concept de promotion de la santé défini comme le « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.* »⁷³

Cette nouvelle notion instaure une **vision positive** de la santé considérée comme étant une ressource qui a pour but l'amélioration du bien-être de l'individu et la réduction des inégalités sociales de santé et qui prend en compte l'ensemble des déterminants de santé de l'individu en favorisant une approche holistique de celle-ci. Elle vise à **agir sur les déterminants comportementaux des individus** afin de les amener vers des comportements de santé favorables. Ainsi elle implique la recherche de leur **responsabilisation** et leur **autonomisation** en matière de santé afin qu'ils puissent faire des choix éclairés. La **prévention** n'est alors plus passive mais devient **active**.⁷⁴

⁷⁰ Raimondeau, J. (2020). Chapitre 12. Interventions en santé publique : prévention, promotion de la santé. Manuel de santé publique (pp. 339-367). Rennes: Presses de l'EHESP.

⁷¹ Antonovsky A. (1993). The structures and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, vol. 36, p. 725-733

⁷² Duboc, A. (2012). Protection ou salutogénèse. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 254-256). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0254>

⁷³ OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁷⁴ Raimondeau, J. (2020). Manuel de santé publique. Rennes: Presses de l'EHESP.

L'éducation pour la santé qui est une des dimensions de la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa, nécessite une **participation active des individus**. Elle « *vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque.* »⁷⁵ Les actions d'éducation à la santé nécessitent d'amener les individus à **prendre conscience** de leurs comportements, de leurs habitudes de vie et de l'influence que ces derniers ont sur leur santé afin qu'ils puissent être à l'initiative de changements. Elle implique également d'améliorer la **littératie en santé**⁷⁶ afin que les individus puissent eux-mêmes s'informer sur la santé. L'éducation à la santé s'intéresse aux **représentations de la santé des individus**, à leurs demandes vis-à-vis de leur santé. Elle vise « **l'empowerment** » des individus et le développement de leur compétences psychosociales.⁷⁷

I.2.4. Principes d'intervention en prévention et promotion de la santé

L'intersectorialité et la **transversalité** doivent être recherchées dans les stratégies d'intervention en promotion de la santé. La charte d'Ottawa précise qu'elles doivent s'appuyer sur « *des leviers d'actions, mettant notamment l'accent sur le caractère intersectoriel de la promotion de la santé qui ne relève pas que du système de soin, ni même seulement du système de santé »* et doivent « *être accomplies à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.* »⁷⁸

De plus les stratégies d'intervention doivent être **participatives** et **collaboratives**. L'enjeu est d'initier un **développement social local** qui correspond à « *une démarche globale d'intervention sur un territoire mobilisant collectivement les acteurs (bénéficiaires, citoyens, élus, partenaires, institutions) et les ressources, afin d'organiser les conditions d'une évolution*

⁷⁵ OMS. (1983). Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins primaires : document de fond destiné aux discussions techniques. 32 p. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192623/WHA36_TD-1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁷⁶ La littératie en santé est la capacité d'un individu à accéder à une information écrite (donc à trouver la source de l'information, la lire et la comprendre) et à en tirer parti pour améliorer son état de santé et donc à prendre des décisions en santé.

⁷⁷ Raimondeau, J. (2020). Manuel de santé publique. Rennes: Presses de l'EHESP.

⁷⁸ Alla, F. (2016). La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? Santé Publique, vol. 28(6), 717-720. doi:10.3917/spub.166.0717.

sociale positive et d'améliorer globalement et individuellement les conditions de vie des habitants. »⁷⁹

Un **modèle de santé et de bien-être** a été développé par l'alliance canadienne des communautés en santé.⁸⁰ Il schématise l'**ensemble des principes et des critères à rechercher** pour effectuer des interventions de santé de qualité (voir ci-dessous). Elles doivent être ancrées dans le développement sécuritaire, axées sur les déterminants de santé, gérées par communauté, interprofessionnelles, intégrées et coordonnées, responsables et efficaces, fondées sur les besoins de la population, accessibles, anti-oppressives et culturellement sécuritaire.

Modèle de santé et de bien-être



⁷⁹ Conseil Départemental Consultatif du Développement social du Nord. (2017). Le Développement social local, une démarche en 23 principes d'action. <http://lenord.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dsl.pdf>

⁸⁰ Alliance pour des communautés en santé. (s.d.). Modèle de santé et de bien-être. <https://www.allianceon.org/fr/modele-de-sante-et-de-bien-etre>

I.2.5. Planification d'une intervention de santé publique

En conformité avec la définition de la santé publique, « *la planification en santé veut concilier un équilibre entre les besoins de santé de la population sur un territoire donné et un continuum homogène d'offres et d'actions relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social et du social, ayant des effets sur les déterminants de la santé. Ces offres et ces actions seront organisées au sein d'un réseau de services de santé et de services sociaux porteur de parcours de soins et de parcours de santé, par priorité de santé et par territoire, voire par population.* »⁸¹

La planification en santé consiste à appliquer la **démarche de projet** dans le domaine de la santé. En 2002, le projet est défini comme « un processus » unique qui consiste en « *un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques.* »⁸²

La démarche de projet comprend plusieurs étapes et nous allons nous appuyer sur le guide méthodologique de projet en promotion de santé mis à disposition sur le site PromoSanté Ile-de-France qui définit **3 grandes étapes** dans la démarche de projet que nous allons suivre (cf. page suivante)⁸³ :

- 1. Concevoir le projet en réalisant un diagnostic puis en définissant les objectifs et les actions à mettre en œuvre pour y répondre**
2. Réaliser le projet en le planifiant puis en le mettant en œuvre
3. Evaluer le projet

L'enchaînement de ces étapes se perpétue ensuite de façon cyclique et constitue ainsi ce qui est appelé le « **cycle de vie** » du projet.⁸⁴

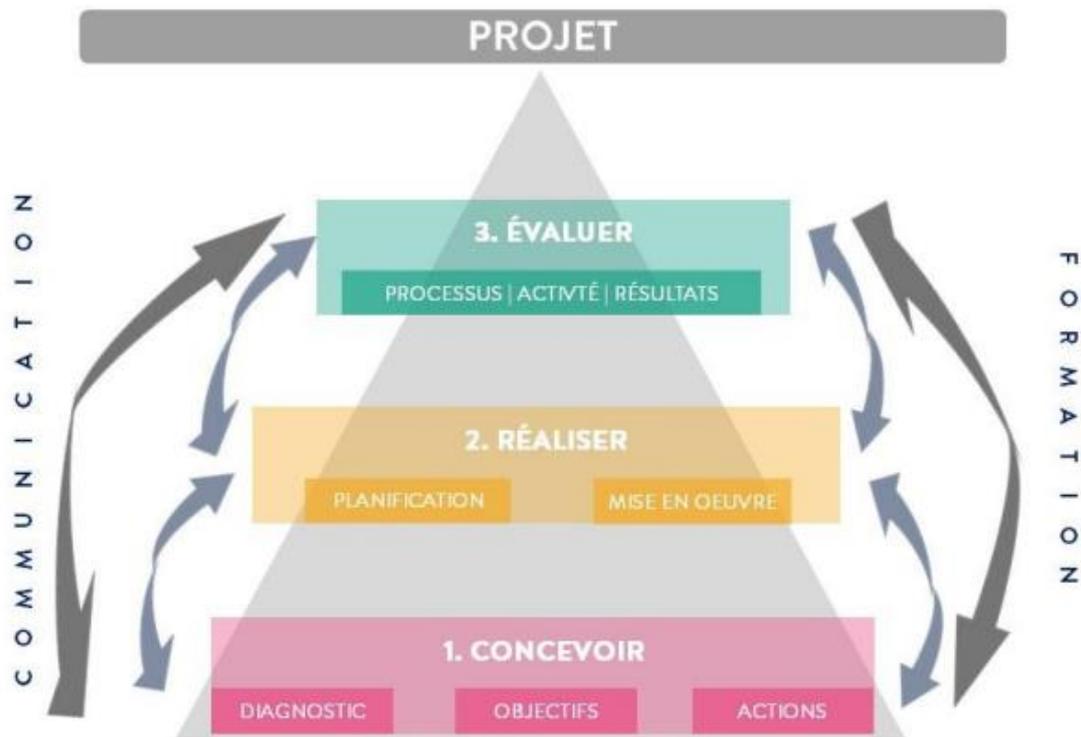
⁸¹ Lopez, A. & Bréchat, P. (2016). La planification en santé : un essai à transformer. *Les Tribunes de la santé*, 50, 93-111. <https://doi.org/10.3917/seve.050.0093>

⁸² Norme AFNOR X50-115

⁸³ PromoSanté Ile-de-France. (2017). Introduction à la méthodologie de projet. <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/introduction-la-methodologie-de-projet>

⁸⁴ Médecins du monde. (2016). Planification de projets de santé. Promotion de la santé et action humanitaire. Page13. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/40115/download?token=ouRRwlew>

Étapes de la démarche de projet



La réalisation d'un **diagnostic territorial** correspond à la **première étape d'un projet** en santé. Cette étape est primordiale afin d'identifier plus précisément le problème sur lequel l'action va porter.

La planification des actions d'un projet en santé doit se baser sur **l'analyse globale, structurée et formalisée d'un problème de santé**. Toute action de santé publique, vise à obtenir une adéquation entre les besoins, les demandes et les réponses apportées. Ainsi, le diagnostic doit porter sur le contexte dans sa globalité, c'est-à-dire sur les besoins, les demandes, les attentes des différents acteurs du projet et sur les ressources mobilisables.^{85 86}

⁸⁵ PromoSanté Ile-de-France. (2017). Introduction à la méthodologie de projet. <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/introduction-la-methodologie-de-projet>

⁸⁶ CAF. (2017). Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse. <https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/891/guide%20diagnostic%20site%20web.pdf>

Le diagnostic est un projet en lui-même qui produit des résultats pour définir les priorités du projet et les **priorités d'action**.⁸⁷ La **participation des usagers** lors de cette phase diagnostic est indispensable à la définition des priorités : « *Le diagnostic est un processus de travail participatif qui met en évidence les points forts, point faibles, potentialités et menaces d'une organisation dans son environnement. Il recherche des écarts entre les représentations des différents acteurs, met en évidence des atouts et des attentes, il recherche les causes des dysfonctionnements constatés dans la structure et surtout, recherche des axes de progrès.* »⁸⁸

Afin de réaliser un **diagnostic territorial partagé**, le guide méthodologique s'intitulant « Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse »⁸⁹ propose des outils permettant de structurer le recueil de données et donnant un cadre à leur analyse (cf. annexe 3). Le guide de montage de projet de l'association de Salon des Solidarités propose de formaliser les données en un « **arbre à problème** » et un « **arbre d'objectifs** » :⁹⁰

L'outil connu sous le nom de « l'arbre à problème » permet d'identifier les causes et les conséquences de chaque problème. Le problème est représenté par le tronc, la phase visible de l'arbre, alors que les causes sont caractérisées par les racines, souvent cachées. Enfin, les conséquences sont représentées par les branches de l'arbre. Cet outil d'analyse permet de trouver plus facilement les solutions possibles, parfois déjà existantes, pour remédier aux problèmes et définir ainsi ensuite les objectifs du projet. Pour définir les objectifs, l'outil de « l'arbre à problème » peut être converti en « arbre d'objectifs ». Pour ce faire, il suffit de changer le contenu des causes et conséquences de l'arbre à problème en affirmations positives.

⁸⁷ Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé et Observatoire Régional de la santé des Pays de la Loire. (2008). Repères pour agir en promotion de la santé n° 2. https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12791

⁸⁸ CAF. (2017). Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse. <https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/891/guide%20diagnostic%20site%20web.pdf>

⁸⁹ Ibid

⁹⁰ HUMANIS & ASAH. (2014). Guide Montage de projet, Arbre à problème, slide 17. <https://fr.slideshare.net/assoasah/guide-montage-projet>

Projet autour d'un parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE

Ce projet consiste en une **intervention de prévention ciblant une population** (enfants confiés à l'ASE) **et un territoire** (le département des BDR), **secondaire** (réponse aux besoins spécifiques des enfants confiés à l'ASE afin de diminuer la prévalence des problèmes de santé) **et tertiaire** (amélioration de leur parcours de soins afin de diminuer le risque d'aggravations ou de récidives des problèmes de santé existants).

Le but du projet est l'amélioration de la santé des enfants confiés à l'ASE dans les BDR.

L'objectif général est de parvenir à constituer un parcours de soins coordonnés centré sur les besoins spécifiques des enfants confiés à l'ASE.

Cette étude correspond à la réalisation de **l'étape 1** de la démarche de projet qui consiste à **réaliser un diagnostic territorial ainsi qu'à définir des objectifs**.

I.3. Politiques de santé publique actuelles et parcours des patients

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique⁹¹ et la loi de modernisation du système de santé de 2016⁹², ont défini le cadre actuel de la politique de santé. Cette dernière est **nationale, unique et gérée par l'Etat**. Elle est **déconcentrée** et se décline au niveau régional par l'action des **Agences Régionales de Santé (ARS)**.

La politique de santé publique se définit selon **plusieurs axes** concourant à une **approche globale des problèmes de santé** comme cela est préconisé par l'OMS.

Elle est la traduction d'une **Stratégie Nationale de Santé (SNS)** pluriannuelle définie par le gouvernement et qui fixe des domaines d'actions prioritaires ainsi que des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale et qui fait office de cadre général interministériel. La SNS constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle se fonde sur l'analyse dressée par le **Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)** sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. Elle est mise en œuvre par les plans et programmes nationaux et par les **Projets Régionaux de Santé (PRS)**.⁹³

I.3.1. Les grands axes de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et Ma Santé 2022

Actuellement, la Stratégie nationale de santé 2018-2022⁹⁴ et l'engagement collectif Ma santé 2022⁹⁵ font de la coordination des soins une priorité : **parcours de soins coordonnés, réseaux de soins et e-parcours**.

L'enjeu est d'améliorer la **coordination des professionnels** et de tendre vers une **approche globale centrée sur le patient**, afin d'améliorer l'accès aux soins et ainsi **réduire les inégalités sociale et territoriales de santé (ISST)**.

⁹¹ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. ([JORF n°185 du 11 août 2004](#)).

⁹² LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. ([JORF n°0022 du 27 janvier 2016](#)).

⁹³ Raimondeau, J. (2020). Manuel de santé publique. Rennes: Presses de l'EHESP.

⁹⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

⁹⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Ma Santé 2022 : un engagement collectif. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 comporte 4 axes :

Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie

Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens

Au sein de ces 4 axes, **11 domaines d'action prioritaires** ont été déterminés et déclinés en **43 objectifs nationaux** d'amélioration de la santé et de la protection sociale.

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit **3 virages de transformation du système de santé** : le virage **préventif, ambulatoire et numérique**.

La réalisation de l'axe 2 repose sur « **l'aller vers** » **les publics en difficulté** ainsi que sur des mesures visant à réduire les freins financiers, les difficultés d'accès aux soins et les obstacles géographiques (déserts médicaux, difficultés dans la permanence de soins, etc.). L'axe 2 prévoit dans un de ses objectifs de **garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire**.

Un autre des objectifs de l'axe 2 est de **lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé** notamment en renforçant l'accès aux droits sociaux à la couverture maladie et en limitant le reste à charge pour les assurés sociaux.

L'idée est d'accompagner les publics vulnérables dans le recours aux services de santé afin d'**éviter les ruptures dans leur parcours de soins et de santé**. Des problématiques de plusieurs ordres compliquent leur recours au droit à la santé et à l'assurance maladie (sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations).

La SNS précise dans cet axe que les publics vulnérables comprennent notamment les jeunes vulnérables pris en charge par l'ASE.

L'engagement collectif Ma Santé 2022 a défini 3 engagements prioritaires sur lesquels il prévoit de cibler son action :

Engagement 1 : Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme.

Engagement 2 : Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité.

Engagement 3 : Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

L'objectif principal est de tendre vers un **décloisonnement global** : décloisonnement du financement, de l'organisation de soins et des exercices des professionnels et des formations.

Notamment le décloisonnement de l'organisation des soins se base sur **l'augmentation des coopérations de proximité** entre les professionnels des villes, les hôpitaux et le secteur du médico-social. Une de ses priorités est de **développer l'utilisation du numérique en santé**, en développant l'espace numérique en santé pour les patients et des outils de coordination pour les professionnels du médical et du médico-social. L'objectif est de tendre vers un e-parcours, en accord avec la Stratégie de transformation du système de santé qui prévoit l'accélération du virage numérique en santé.⁹⁶ Cette stratégie correspond au chantier numérique dans lequel s'est engagé Ma santé 2022.

I.3.2. Le parcours de soins coordonnés

Le médecin traitant, au centre du parcours de soins coordonnés

Institué par la loi du 13 août 2004, le parcours de soins coordonnés, a pour objectifs de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. La mise en place du parcours de soins coordonnés a imposé à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant (MT) à sa caisse d'assurance maladie. Le choix du MT est libre. Le MT doit être consulté préférentiellement, il intervient en tant que contrôleur de l'accès aux soins. Il est le premier interlocuteur du patient, le cas échéant, oriente ce dernier vers d'autres professionnels de santé (médecin spécialiste, médecin hospitalier, etc.). Il coordonne l'ensemble des soins et centralise

⁹⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : accélérer le virage numérique. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique-2.pdf

toutes les informations sur les soins prodigués au patient et son état de santé (gestion du dossier médical). En cas de non-respect de ce parcours, le patient sera moins bien remboursé par l'assurance maladie.⁹⁷ Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016⁹⁸, il est possible et recommandé de déclarer un MT pour chaque enfant de moins de 16 ans.

Le parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie du patient

La loi de modernisation de la santé de 2016⁹⁹ insiste sur l'importance de considérer le **parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie du patient**.¹⁰⁰ Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé et à la volonté d'adopter une **approche holistique** du patient.

« Les parcours se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. »¹⁰¹

Les parcours ont une **dimension temporelle** et **dimension spatiale** puisqu'ils consistent en l'organisation d'une prise en charge coordonnée du patient dans le temps et sur un territoire. Leur réussite repose sur **la participation et l'implication des patients** et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'Etat et des organismes de protection sociale. »¹⁰²

⁹⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Qu'est-ce que le parcours de soins ?* Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

⁹⁸ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (JORF n°0022 du 27 janvier 2016).

⁹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Qu'est-ce que le parcours de soins ?* Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>

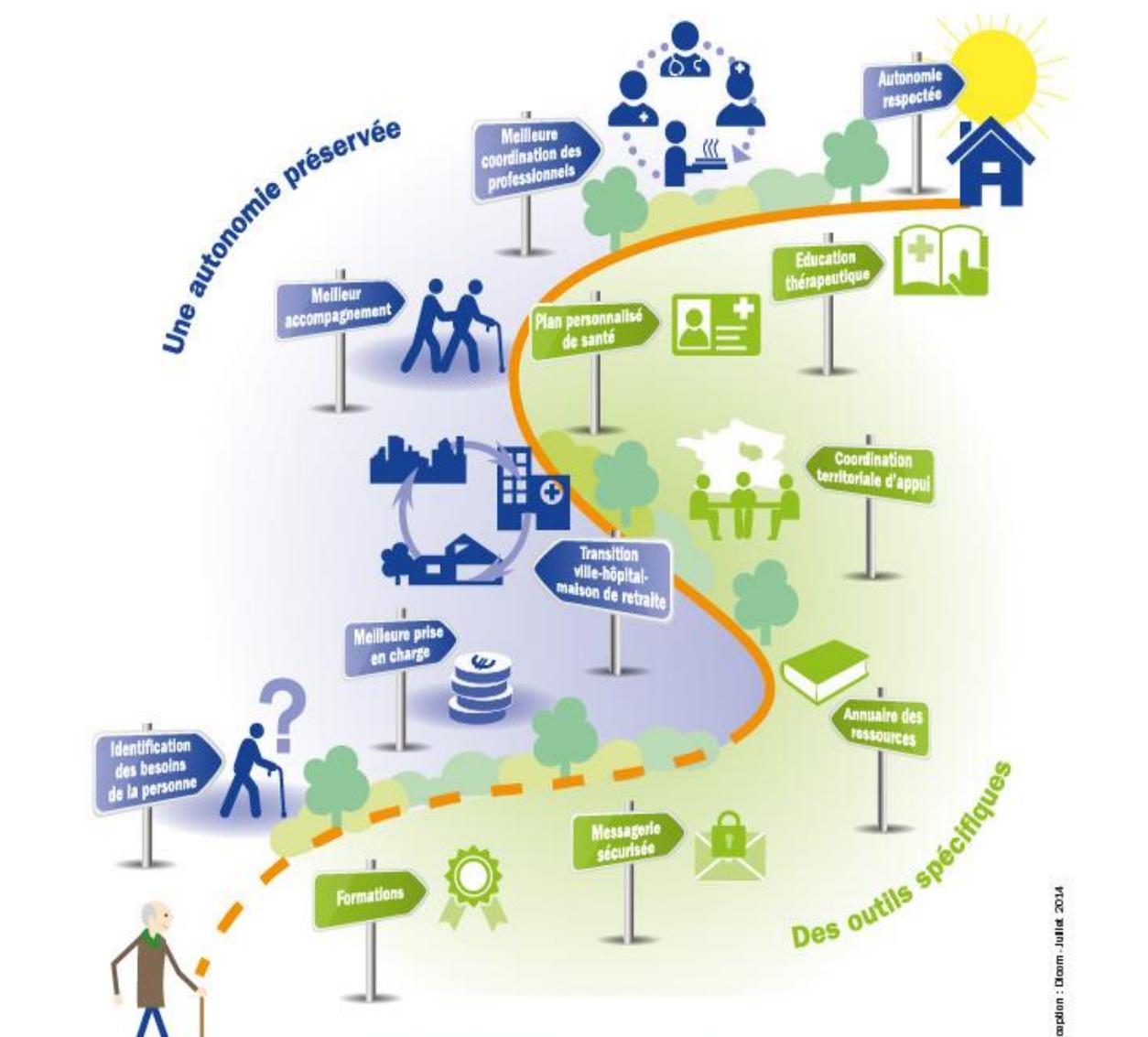
¹⁰⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Parcours de santé, de soins et de vie : une approche globale au plus près des patients*. Consulté le 20 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

¹⁰¹ Agences Régionales de Santé. (2016). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Lexique des parcours de A à Z. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

¹⁰² Ibid

Exemple du dispositif « Paerpa »¹⁰³ : « Parcours de santé des aînés. Des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée »

Déployé depuis 2014 sur plusieurs territoires, il a pour objectif de faire en sorte que chaque français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. En partant de leurs besoins et de ceux de leurs aidants, en agissant en amont de la perte d'autonomie grâce à un repérage des principaux facteurs de risque d'hospitalisation évitables et en optimisant la coordination de l'ensemble des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne.



¹⁰³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Le dispositif Paerpa*. Consulté le 28 mars 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

I.3.3. Réseaux de soins et dispositifs de coordination

Les **réseaux de santé**¹⁰⁴ introduits par la loi du 4 mars 2004, constituent l'un des principaux dispositifs de **coordination des parcours de santé**. La Stratégie nationale de santé 2018-2022 et l'engagement collectif Ma Santé 2022, incitent à déployer des réseaux de santé coordonnés autour de dispositifs coordonnés de soins primaires en ville et à s'appuyer sur le déploiement de nouveaux dispositifs de coordination. **Plusieurs types de dispositifs** visant à améliorer la coordination des soins et à faciliter la mise en place de réseaux de santé existent¹⁰⁵ :

Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé centré sur la coordination qu'ils soumettent à l'ARS et sont tenus de pratiquer le tiers payant.

Les maisons de santé (MSP) instaurées par la LFSS de 2007, permettent aux professionnels de santé libéraux (médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens...) d'exercer collectivement. Sur le même principe que les centres de santé, les professionnels doivent élaborer un projet attestant de leur exercice coordonné qui doit être accepté par l'ARS.¹⁰⁶

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées par la loi de modernisation du système de santé en 2016, sont des dispositifs de coordination permettant à des professionnels de santé (hospitaliers, médico-sociaux et sociaux) d'un territoire d'élaborer un projet d'amélioration de la réponse aux besoins spécifiques d'une population.

Le déploiement actuel des **dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**¹⁰⁷ a pour objectif d'unifier les dispositifs de coordination existants sur les territoires¹⁰⁸ afin de tendre vers un dispositif de coordination unique. L'objectif est que ce dispositif territorial unique puisse répondre aux besoins de tous les professionnels (santé, sociaux et médico-sociaux) confrontés à des situations complexes dans l'accompagnement de personnes cumulant de multiples difficultés.

¹⁰⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). Les réseaux de santé. Consulté le 20 février 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

¹⁰⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012). Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

¹⁰⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Ma Santé 2022 : un engagement collectif. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

¹⁰⁷ Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. (JORF n°0068 du 20 mars 2021).

¹⁰⁸ Réseaux de santé, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA)

Chapitre II : Place de la santé dans le dispositif de protection de l'enfance

Au regard de leur vécu, les enfants confiés à l'ASE constituent une population vulnérable¹⁰⁹ avec des besoins spécifiques en santé.¹¹⁰ La santé, au cœur de leur prise en charge, représente un enjeu de santé publique. Nous démontrerons cela tout au long de cette partie, en même temps que nous aborderons les besoins en santé des enfants confiés à l'ASE ainsi que leur prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance.

II.1. Besoins en santé spécifiques des enfants en protection de l'enfance

II.1.1. Adverse Childhood Experiences et trajectoire développementale traumatique

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

L'étude référente au sujet des ACE est celle réalisée par *Felitti et al.*, en 1998. Elle détaille les différentes expériences négatives pouvant être vécues durant l'enfance de la façon suivante : « **cinq traumas liés à des violences directes** : émotionnelles, physiques, sexuelles, négligences physiques et émotionnelles, et **cinq traumas liés aux dysfonctionnements familiaux** : vivre avec un parent alcoolique ou toxicomane, être témoin de violences conjugales, avoir un membre de la famille emprisonné, vivre avec un membre de la famille atteint de maladie mentale et l'absence d'un parent après un divorce, décès ou abandon. »¹¹¹

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

¹⁰⁹ Article L.119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. (JORF n°0032 du 8 février 2022)

¹¹⁰ Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

¹¹¹ Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14:245–258.

Concernant les troubles psychiques, une étude sur le devenir à l'âge adulte et notamment la qualité de vie liée à la santé des enfants confiés à l'ASE, retrouve chez les jeunes 11% de troubles internalisés (anxiété, dépression, plaintes somatiques et retrait social), 20% de troubles externalisés (conduites délinquantes et agressives), 15% de conduites addictives.¹¹²

Selon l'OMS, les maltraitances et les négligences, en provoquant du stress chez l'enfant, peuvent perturber son développement cérébral précoce ainsi que celui de son système nerveux et immunitaire. Elles peuvent également entraîner de nombreuses conséquences sur la santé des enfants à l'âge adulte, notamment en adoptant des comportements néfastes pour la santé (violences subies ou agies, dépression, tabagisme, obésité, comportements sexuels à risque, grossesse non désirée, alcoolisme et toxicomanie). Ainsi les enfants ont plus de risque ensuite de développer des maladie-cardiovasculaires, des pathologies cancéreuses, ils sont plus à risque de passages à l'acte et d'infections sexuellement transmissibles.¹¹³

Ces conséquences ne sont pas irréversibles mais il est nécessaire d'agir le plus précocement possible afin de récupérer une trajectoire développementale correcte et non pas traumatique.

II.1.2. Les besoins des enfants pris en charge en protection de l'enfance

La protection de l'enfance vise à garantir les besoins fondamentaux de l'enfant mais en lien avec leur vécu, les enfants confiés à l'ASE ont également des besoins spécifiques, voir particuliers en santé.

Les besoins fondamentaux universels de l'enfant

Le rapport de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, remis par le Docteur Marie-Paule Martin-Blachais le 28 février 2017, illustre les différents besoins fondamentaux universels de l'enfant grâce à « la carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant »¹¹⁴(cf. page suivante).

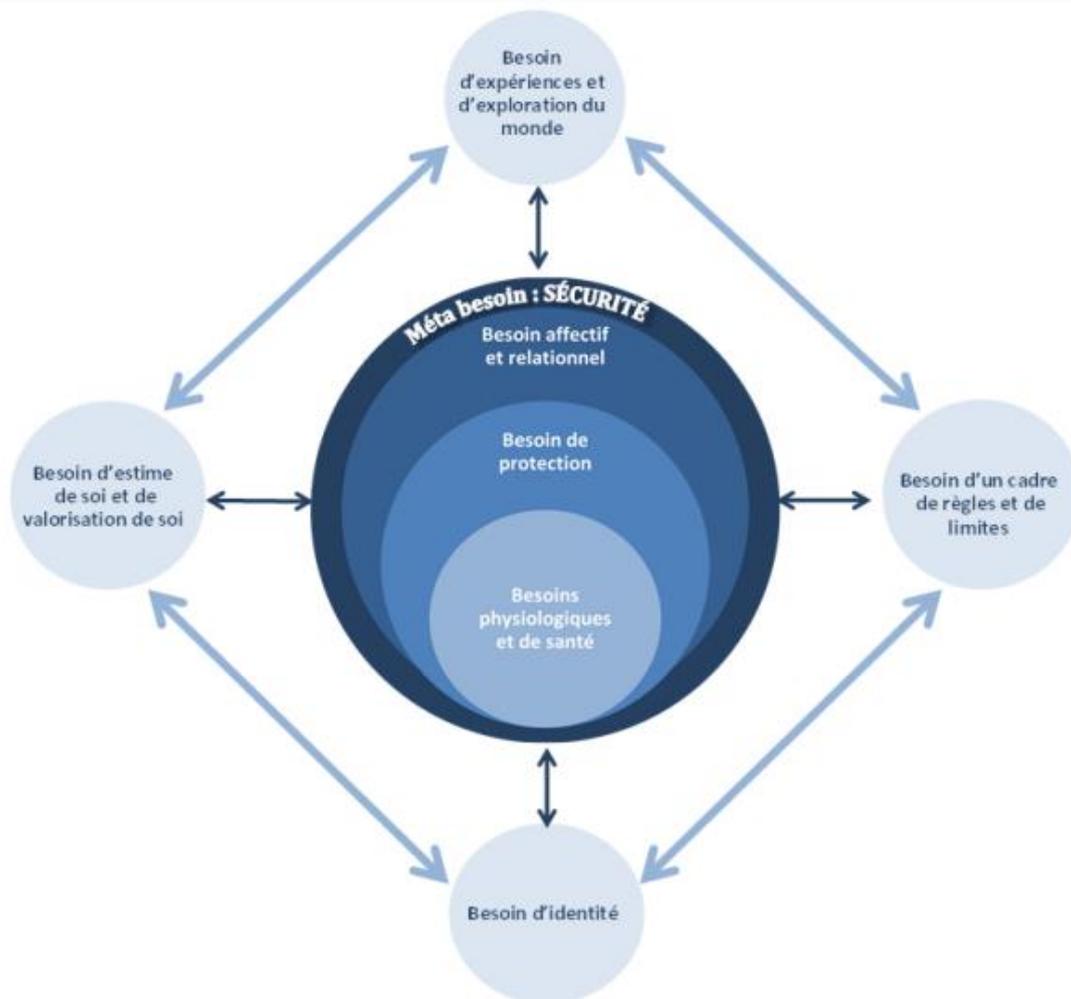
¹¹² Dumaret, A., et al. (2011). Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5):289-298.

DOI:10.1016/j.neurenf.2011.01.003

¹¹³ OMS. (2020). *Maltraitance des enfants*. Consulté le 23 mars 2022 sur, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

¹¹⁴ Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Les 7 besoins fondamentaux universels définis par les experts dans le cadre de la démarche de consensus, sont les besoins physiologiques et de santé, le besoin de protection, le besoin affectif et relationnel, besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité et le besoin d'estime et de valorisation de soi.

Le « méta besoin de sécurité »

Le besoin de sécurité est considéré comme étant un « méta » besoin car s'il n'est pas satisfait les autres besoins fondamentaux ne peuvent pas l'être non plus et l'enfant ne peut pas se développer correctement. Il est essentiel pour l'enfant qu'un adulte se soucie de lui, de son bien-être et de ses besoins. Il suppose donc l'existence d'une « théorie implicite des besoins de

l'enfant » qui implique que l'adulte ait conscience que l'enfant a des besoins et que c'est à lui d'y répondre.¹¹⁵ Le méta-besoin de sécurité réunit les 3 besoins suivants¹¹⁶:

1. **Les besoins physiologiques et de santé** qui consiste à assurer le développement physique de l'enfant (alimentation, sommeil, hygiène, vêtements adaptés...) et à se soucier de sa santé globale, c'est-à-dire l'ensemble des dimensions de son développement (psychomoteur, cognitif, psychosocial, émotionnel...) mais aussi à se soucier qu'il ait accès à la santé dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire à la prévention, l'éducation à la santé, la prise en charge de soins primaires et à un suivi médical.
2. **Le besoin de protection** qui consiste à assurer sa protection face à l'ensemble des événements hostiles auxquels il peut être confronté dans toutes les dimensions de son environnement et le cas échéant, à toute forme de maltraitance et de négligence.
3. **Le besoin de sécurité affective et émotionnelle** qui fait notamment référence à la théorie de l'attachement.

La théorie de l'attachement

L'attachement est, selon Bowlby « *un besoin primaire qui, dans une perspective darwiniste, est essentiel à la survie de l'espèce.* »¹¹⁷ L'enfant a besoin de pouvoir compter sur un adulte sensible à ses besoins et disponible, qui se soucie de lui et prend soin de lui. Bowlby parle de « **care-giver** », ou de **figure d'attachement** tandis que Winnicott parle de « préoccupation maternelle primaire ». L'enfant a besoin de la présence d'un adulte qui le porte physiquement et psychiquement, on parle de « **holding** ». Le care-giver doit faire preuve « **de stabilité, de prévisibilité, de pérennité et d'empathie.** »¹¹⁸

La théorie de l'attachement conçue par Bowlby, permet de conceptualiser les systèmes d'interactions sociales mis en place lors du développement de l'enfant au regard des relations vécues avec ses figures d'attachement. Les représentations cognitives d'attachement de l'enfant forment ensuite son « **modèle interne opérant** », déterminant dans la manière dont il se

¹¹⁵ Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

¹¹⁶ Ibid

¹¹⁷ Dugravier, I. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. doi:10.3917/ep.066.0014.

¹¹⁸ Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

considère lui-même, dont il considère les autres ainsi que dans sa façon d'interagir avec eux. Ainsi ces représentations vont participer à déterminer son fonctionnement et son intégration dans son environnement.

On distingue **deux grand types d'attachement : sécure et insécure** qui « *doivent être considérés comme des facteurs de protection ou de vulnérabilité qui s'intriquent avec d'autres aspects tels que le tempérament, les conditions et événements de vie.* »¹¹⁹ L'enfant a besoin d'acquérir des bases affectives sécures pour pouvoir ensuite s'ouvrir au monde et l'explorer. La qualité de l'attachement de l'enfant, lui permet de faire face aux événements stressants et déstabilisants de la vie en obtenant le réconfort de sa figure d'attachement.¹²⁰

L'attachement est le **fondement des liens familiaux et sociaux** dans l'espèce humaine. Le nourrisson ne peut survivre sans les soins et l'attention des adultes, ainsi il va adopter des comportements lui permettant d'amener à lui les adultes, et notamment ses parents. Bowlby a identifié **cinq réponses comportementales instinctives** du bébé qui ont pour objectif d'obtenir les soins de la figure d'attachement ou du care-giver : sucer, attraper, suivre, pleurer et sourire.¹²¹ Il semblerait que la fonction vitale d'attachement s'active durant la vie prénatale du bébé.¹²² En effet, il a été prouvé que les bébés pleurent déjà in utero à partir de la 28e semaine.¹²³

Au niveau biologique, il existe une **hormone de l'attachement appelée l'ocytocine**, qui serait l'anti-inflammatoire de l'angoisse d'abandon. Cette hormone hypophysaire est libérée lors de contacts physiques proximaux. « L'ocytocine agit sur le cerveau en augmentant l'activation du système neurobiologique de l'attachement et des circuits de récompense associés à l'attachement. »¹²⁴ Les cinq réponses comportementales instinctives du bébé, en provoquant le réflexe de « holding » entraînent la libération d'ocytocine et ainsi renforce l'attachement du nourrisson à son « care-giver ».

Il existe un lien inversement proportionnel entre le taux d'ocytocine dans le liquide cébrospinal et le degré de maltraitance vécu par l'enfant qui vient confirmer le rôle de

¹¹⁹ Ibid

¹²⁰ Ibid

¹²¹ Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

¹²² Binet, E. (2020). Répression des pleurs comme traumatismes relationnels précoces. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100139>

¹²³ Gingras, J., Mitchell, E.A., Grattan, K.E. (2005). Fetal homologue of infant crying *Archives Of Disease In Childhood – Fetal and Neonatal*, 90 (5), pp. 415-418

¹²⁴ Binet, E. (2020). Répression des pleurs comme traumatismes relationnels précoces. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100139>

l'ocytocine dans la création du lien d'attachement. En effet, une étude a montré que plus le niveau de maltraitance psychologique dans l'enfance est élevé, plus les taux d'ocytocine dans le liquide cébrospinal sont bas.¹²⁵

Les besoins spécifiques et particuliers des enfants confiés

Les enfants confiés à l'ASE ont des **besoins spécifiques en santé qui émanent des expériences négatives qu'ils ont vécu dans leur passé** et il est indispensable de les considérer et les prendre en charge afin d'assurer un bon développement à ces enfants.

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

Cette **non-satisfaction des besoins fondamentaux** induit l'émergence de besoins spécifiques qui s'additionnent aux besoins fondamentaux mais ne sont pas de même nature qu'eux. Ceux sont des besoins supplémentaires qui sont « à considérer comme des besoins extraordinaires au regard de ceux des enfants n'ayant pas connu de telles situations, nécessitant une sensibilité extraordinaire pour les identifier et y répondre. »¹²⁶

Les enfants confiés à l'ASE peuvent également avoir des **besoins particuliers** car ils sont plus susceptibles de développer ou d'avoir préalablement des problèmes de santé (notamment des situations de handicap). Les **situations de handicap** peuvent, soit être une conséquence du passé traumatique de l'enfant sur son développement, soit peuvent constituer une des dimensions de la vulnérabilité de l'enfant antérieure à l'exposition à des événements négatifs.¹²⁷ Une enquête datant de 2017, au sujet des enfants en situation de handicap, met en exergue le fait que les enfants en situation de handicap ont un risque accru d'être confiés à

¹²⁵ Heim C, Young LJ, Newport DJ, et al. Lower CSF Oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry*.2009; 14:954-58.

¹²⁶ Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

¹²⁷ Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

l'ASE : 3 % des enfants en situation de handicap nés en 2005 contre 0,3 % dans la population générale des enfants du même âge.¹²⁸

Du fait de ces besoins particuliers, la prise en charge des enfants confiés relève de plusieurs champs d'action. En effet, ils relèvent du **champ de la protection de l'enfance et de celui du handicap**, ce qui complique d'autant plus leur prise en charge puisque cela nécessite qu'elle soit d'autant plus holistique et pluridisciplinaire et qu'une **forte coordination entre les multiples acteurs impliqués** se mette en place.¹²⁹

Afin d'assurer et accompagner le bon développement des enfants confiés à l'ASE, il est essentiel de considérer l'ensemble des problématiques qu'ils peuvent rencontrer et qui s'enchevêtrent, en plaçant l'enfant au centre de la prise en charge.

Les droits et la primauté de l'intérêt de l'enfant

La protection de l'enfance vise à garantir l'ensemble des besoins l'enfant ainsi que de **placer son intérêt au centre de sa prise en charge**. L'intérêt de l'enfant doit primer dans toutes les décisions le concernant comme l'indique l'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) : « *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ».

L'intérêt de l'enfant, ses droits et ses besoins sont corrélés. En effet, l'article L112-4 du CASF souligne que « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.* »

¹²⁸ Le Laidier, S. (2017). Les enfants en situation de handicap. Éducation & formations, DEPP. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01760773/document>

¹²⁹ Haute Autorité de Santé. (2021). Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf

II.2. Inscription des parcours de soins et de santé des enfants confiés à l'ASE dans leur parcours de vie

Afin de mettre en place un parcours de soins et une prise en charge des besoins en santé optimaux des individus, il est nécessaire de prendre en considération leur parcours de vie comme l'a souligné la loi de modernisation du système de santé de 2016. En l'occurrence le parcours de vie des enfants confiés à l'ASE comporte de nombreuses particularités. Le parcours de soins des enfants s'inscrit dans leur parcours de vie et plus ce dernier est à risque d'être « morcelé », plus la coordination et la continuité du parcours de soins risque d'être difficiles à maintenir.

II.2.1. Parcours de vie et difficultés dans la continuité du parcours de soins

Ruptures de parcours

Le parcours de vie des enfants confiés à l'ASE peut souvent être jonché de multiples ruptures avant et pendant le placement ce qui rend leur trajectoire de vie singulière. La loi de 2016 relative à la protection de l'enfance a complété les missions de l'ASE pour l'intérêt de l'enfant en précisant qu'elle doit veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié, à l'adaptation de son statut sur le long terme.

Dans son rapport intitulé « À (h)auteur d'enfants » remis à Adrien Taquet en janvier 2022, Gauthier Arnaud-Melchiorre souligne qu'il y a lieu de s'interroger sur ces constructions de parcours émaillés de ruptures qui ne font que renforcer les troubles des enfants.¹³⁰

Ces ruptures de parcours peuvent être corrélées à des difficultés de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'enfant qui appartiennent à des champs de discipline différents et n'ont pas toujours de langage commun. Docteur Balençon qualifie les ruptures de parcours de l'enfant de « double peine » et appelle à « un décloisonnement des politiques publiques et une transversalité des approches dans tous les domaines de la protection des enfants. »¹³¹

¹³⁰ Arnaud-Melchiorre, G. (2022). *A (h)auteur d'enfants*. Rapport de la Mission La parole aux enfants. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_a_h_auteur_d_enfant_agm_04012022.pdf

¹³¹ Balençon, M. (2020). *Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé*.

Typologies des parcours de vie des enfants confiés à l'ASE : « placés, déplacés, replacés »

Les enfants confiés à l'ASE sont souvent qualifiés de « placés » mais cette terminologie n'est pas adaptée, elle est déshumanisée et réduit l'enfant à la place que les institutions essaient de lui trouver dans des lieux de vie d'accueil. Emilie Potin, dans son ouvrage intitulé *Enfants « placés, déplacés, replacés » : parcours en protection de l'enfance* (2012), a essayé de rendre compte « *des réalités sur le placement, le fait notamment qu'il est un construit social, le fruit d'interactions directes et symboliques, de l'enfant avec les parents et l'institution.* » Elle distingue trois modèles de parcours d'enfants confiés à l'ASE dont la dénomination fait écho avec le titre de son ouvrage : les « enfants placés », les « enfants déplacés » et les « enfants replacés »¹³².

1. Les « **enfants placés** » sont ceux qui ont eu un placement précoce et pérenne dans une famille d'accueil tout au long de leur placement et dont les liens avec la famille d'accueil ont pris le pas sur les liens du sang et les liens de droit, sans pour autant s'y substituer.
2. Les « **enfants déplacés** » sont ceux qui ont connu plusieurs lieux d'accueil sans retour au domicile familial. Ils éprouvent des difficultés à créer des liens puisqu'ils peuvent être fragilisés par les ruptures et se retrouvent dans une situation pas plus sécurisante que dans son milieu d'origine.
3. Les « **enfants replacés** » sont ceux qui ont connu une alternance entre des mesures et des retours au domicile familial. L'enfant existe dans « un entre-deux » et la mesure de protection prend la forme d'une négociation permanente entre les différents acteurs (enfant, parents et professionnels).

Les particularités du parcours de vie des enfants confiés à l'ASE et les ruptures qu'ils peuvent rencontrer retentissent sur leur parcours de soins. En effet, cela entraîne des difficultés importantes pour maintenir une continuité et une coordination du parcours de soins mais également des difficultés concernant la gestion des données de santé des enfants impliquant des pertes de données.

Les parcours de soins peuvent à leur tour retentir sur le parcours de vie des enfants. Lorsqu'un enfant a une problématique de santé en particulier, notamment lorsqu'il est dans une situation de handicap (« double vulnérabilité »)¹³³ ou lorsqu'il a un trouble psychique, il est difficile de

¹³² Potin, E. (2012). *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*. Toulouse : Érès.

¹³³ Défenseur des droits. (2015). Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf

le maintenir dans un lieu de vie adapté car il relève de plusieurs champs d'action. Ainsi il est souvent amené à avoir des semaines fractionnées avec des temps dans des structures ASE et des temps dans des structures médico-sociales (IME, ITEP...).¹³⁴

II.2.2. Place des parents dans la prise en charge de la santé des enfants

La prise en charge de l'enfant en protection de l'enfance est au carrefour entre le respect des droits des parents, les droits des enfants et l'intérêt de l'enfant.

Autorité parentale et droits des parents

La loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale¹³⁵ définit l'autorité parentale comme étant « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.* »

La place des parents dans la vie de l'enfant confié à l'ASE est définie par les décisions judiciaires et administratives et elle peut évoluer tout au long de son parcours, au fil des audiences. La limitation de l'exercice de certains de leurs droits est partielle et temporaire. L'article 375-7 du Code Civil prévoit que « *Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure...* ». De fait, les parents sont limités partiellement et temporairement dans l'exercice de certains de leurs droits. La rupture avec les parents peut être totale ou partielle, c'est-à-dire que l'enfant peut être confié mais peut continuer à voir ses parents lors de temps définis (visites médiatisées, sorties à domicile...). C'est le juge des enfants qui fixe les modalités du droit de visite, sortie et hébergement qu'il accorde aux parents¹³⁶. Il revient à l'enfant de trouver sa place dans cette organisation qu'il ne peut choisir et qui parfois peut être ambivalente ou contraire à son intérêt et à sa volonté.

L'autorité parentale peut être préservée et dans ce cas, la réalisation des différents actes de la vie de l'enfant est soumise à la décision de ses parents. L'autorisation d'un seul des deux

¹³⁴ Haute Autorité de Santé. (2021). Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf

¹³⁵ LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. (JORF du 5 mars 2002).

¹³⁶ Article 375-7 du Code civil

parents est requise pour les actes usuels¹³⁷, c'est-à-dire les actes du quotidien de l'enfant qui ne marquent pas un changement majeur sa trajectoire de vie ; contrairement aux actes non usuels, qui sont des actes qui « rompent avec le passé ou engagent l'avenir d'un enfant », pour lesquels il est nécessaire de recueillir l'autorisation des deux parents. Il existe une présomption d'accord des parents pour les actes usuels : « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant »¹³⁸. L'article 373-4 alinéa 1 du Code Civil précise que « lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation » considérant que la finalité du placement n'était pas uniquement son hébergement et son entretien primaire mais aussi son mode de vie global.

Autorisations parentales pour les actes de soins

Lorsqu'ils conservent l'autorité parentale, dans les premiers jours après l'arrivée de l'enfant, en général, les structures d'accueil font signer aux parents des autorisations de soins pour les actes usuels (consultations courantes, vaccination obligatoire, intervention chirurgicale bénigne...). Pour les actes non usuels, les autorisations doivent être recueillies au fur et à mesure des besoins (suivis médicaux et psychiques, choix thérapeutique, intervention chirurgicale non urgente, examens biologiques et radiologiques, vaccination non obligatoire...).¹³⁹

Des difficultés peuvent être rencontrées lorsque les parents s'opposent à la réalisation d'un acte de soin ou refusent de signer les autorisations de soins. Lorsque la décision parentale ne va pas dans le sens de l'intérêt de l'enfant, l'ASE peut saisir le juge des enfants pour établir une délégation de l'autorité parentale. Cela peut aussi être établie dans le cas d'actes non usuels qui nécessite l'accord des deux parents et lorsque l'un des d'entre eux est perdu de vue : «...le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des

¹³⁷ Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 sur l'exercice de l'autorité parentale. (NOR : PRMX8700091L).

¹³⁸ Article 372-2 du Code Civil

¹³⁹ Ministère des solidarités et de la Santé. (2018). L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf

détenteurs de l'autorité parentale, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure.»¹⁴⁰

Toutes ces démarches prennent du temps et retardent la prise en charge en santé de l'enfant. Cela peut aller à l'encontre de l'intérêt de l'enfant et peut entraîner une aggravation de sa santé puisqu'en attendant, ses besoins en santé ne sont pas pourvus. Dans ce sens, la loi de 2022 relative à la protection de l'enfance prévoit « *la possibilité pour le juge des enfants d'autoriser le service accueillant l'enfant à exercer un ou plusieurs actes non usuels relevant de l'autorité parentale, sans devoir solliciter cette autorisation au cas par cas.* »¹⁴¹

Sensibilisation et implication des parents dans la santé de leur enfant

Au regard de ces difficultés, il paraît indispensable d'impliquer et de sensibiliser les parents à la santé de leur enfant afin qu'ils adhèrent aux soins et afin de créer une alliance.

De plus, la sensibilisation des parents à la santé de leur enfant est un enjeu car cet aspect a pu faire l'objet de négligences avant le placement alors que cela fait partie de leur apprentissage en tant que parent de savoir « prendre soin » de leur enfant et de connaître ce dernier, son développement et ses particularités. Ainsi il est essentiel qu'ils soient impliqués dans les consultations médicales des enfants mais aussi qu'ils soient associés à la définition du volet santé du Projet Pour l'Enfant (PPE) comme cela est prévu par la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance. L'enjeu est de faire alliance avec les parents autour de la santé de leur enfant.

Concernant l'historique de santé de l'enfant, il arrive fréquemment qu'à l'arrivée de l'enfant les documents de santé soient perdus et que les parents ne se souviennent pas de tous les antécédents médicaux de leurs enfants. « Le carnet de santé est absent dans 30 % des visites médicales ; certains antécédents fondamentaux sont oubliés, comme la prématurité, les embryofœtopathies, les grandes étapes du développement, etc. »¹⁴²

¹⁴⁰ Article 375-7 du Code Civil

¹⁴¹ Vie publique. (2022). Loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Consulté le 12 janvier 2022 sur, <https://www.vie-publique.fr/loi/280364-loi-taquet-7-fevrier-2022-protection-des-enfants-ase>

¹⁴² Balençon, M. (2020). Pédiatrie médico-légale : Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé.

II.2.3. Parcours de soins et de santé : du signalement à la sortie du dispositif de protection de l'enfance

Du repérage du danger au placement

Concernant le champ d'action d'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant, depuis la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance¹⁴³, le président du CD est chargé de recueillir, de traiter et d'évaluer les informations préoccupantes (IP) concernant les enfants en danger ou en risque de danger. A ce titre, les CRIP ont été créées dans chaque département. La finalité de l'évaluation des IP est de déterminer les actions de protection et d'aide dont le mineur et sa famille peuvent bénéficier.¹⁴⁴

Dans le cadre d'un signalement ou d'une Information Préoccupante (IP), une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) peut être décidée par le procureur de la république pour les situations les plus graves, avec la présence d'un danger grave et immédiat.

La loi de 2016 relative à la protection de l'enfance revalorise la place de la santé en protection de l'enfance en particulier avec la création de postes de médecins référents en protection de l'enfance (MRPE) au sein des CRIP des Conseils départementaux¹⁴⁵. Le MRPE a pour mission le repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, de plus il apporte une expertise médicale à la CRIP à propos des conduites à tenir dans les situations et a pour mission d'améliorer la considération de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'ASE. Il fait le lien entre les services du conseil départemental, notamment entre la PMI et la CRIP et également entre le CD et les professionnels de santé intra et extra hospitalier dont il est l'interlocuteur privilégié. Il œuvre également au partage de connaissances sur la protection de l'enfance.

Une enquête réalisée en 2019 a montré que 43% des départements répondants n'avaient pas désigné de médecin référent protection de l'enfance.¹⁴⁶

¹⁴³ LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. (JORF n°55 du 6 mars 2007).

¹⁴⁴ Article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles

¹⁴⁵ Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles. ([JORF n°0261 du 9 novembre 2016](#)).

¹⁴⁶ Lanouziere H., Legrand-Jung B., Thomas F., Bouysse V. (2018). Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 1. Paris: IGAS; 2019. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047R-TOME_1.pdf

Le plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants du 1^{er} mars 2017¹⁴⁷ introduit l'idée de mettre en place un médecin référent violences faites aux enfants dans chaque hôpital afin que le repérage des actes de maltraitance et de négligence, puisse être porté au sein de chaque établissement de santé.

La loi de 2022 relative à la protection de l'enfance rend l'utilisation obligatoire d'un référentiel unique partagé pour la réalisation des signalements¹⁴⁸. L'emploi du référentiel national d'évaluation des IP mis en place par la Haute Autorité de Santé, est ainsi généralisé pour les départements.

Le cadre réglementaire met l'accent sur la prise en compte de la santé à travers des postes de médecins. La santé est un enjeu majeur dès l'IP ou le placement.

A l'entrée dans un parcours de placement

La loi de 2007 relative à la protection de l'enfance évoquait pour la première fois la nécessité de réaliser un PPE pour chaque enfant pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Le PPE prévoit de réaliser pour chaque enfant un projet adapté visant à répondre spécifiquement à ses besoins. La nécessité de réaliser un PPE est réaffirmée dans la loi de 2016 relative à la protection de l'enfance qui souligne notamment l'importance du volet santé du PPE prévoyant que chaque enfant placé sous PE bénéficie à l'entrée d'un bilan d'entrée médical et psychologique.

« La consultation des départements réalisée en 2018 sur l'application de la loi du 14 mars 2016 a permis de relever que 74 % des départements répondants reconnaissent que le projet pour l'enfant n'est pas systématiquement mis en œuvre pour tout enfant bénéficiant d'une mesure de PE. Par ailleurs, seuls 50 % des projets pour l'enfant existant contiennent un volet santé. »¹⁴⁹

¹⁴⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf

¹⁴⁸ Haute Autorité de Santé. (2021). Le cadre national de référence : Evaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_synthese.pdf

¹⁴⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 a réinsisté sur le bilan médical d'entrée médical et psychologique dans les 3 mois à l'entrée d'un enfant dans un parcours de protection de l'enfance (cf. chapitre II. Partie C.).

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

Concernant l'entrée des enfants confiés à l'ASE dans un parcours de soins, le rapport du Défenseur des droits de 2016¹⁵⁰ met en exergue les difficultés rencontrées pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie des enfants.

A la sortie du placement

L'enjeu de la prise en charge en protection de l'enfance est d'assurer un avenir au jeune et sa bonne insertion socio-professionnelle. Il est nécessaire qu'il acquière une certaine autonomisation lors de son placement. Cependant à la fin du parcours en protection de l'enfance le jeune n'a pas toujours acquis les ressources nécessaires pour assurer son avenir et sa sortie n'est pas toujours préparée et coordonnée. Il peut avoir besoin d'une continuité dans sa prise en charge et la sortie du dispositif de protection de l'enfance peut ainsi être vécue par le jeune comme une rupture brutale dans son parcours que l'on appelle communément « sortie sèche ».

Les données concernant l'insertion socio-professionnelle et le devenir à l'âge adulte des enfants confiés sont préoccupantes. Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, « aujourd'hui 70% des jeunes de l'aide sociale à l'enfance n'ont aucun diplôme, 15,8% de ces jeunes ne sont plus scolarisés à 16 ans, une personne sans domicile fixe sur quatre vient de la protection de l'enfance. »¹⁵¹

¹⁵⁰ Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soins_rapport_final_juin2016.pdf

¹⁵¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *En finir avec les sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Aide sociale à l'enfance : 5 engagements retenus pour en finir avec les sorties non accompagnées.* Consulté le 23 janvier 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/en-finir-avec-les-sorties-seches-de-l-aide-sociale-a-l-enfance-ase>

Il est nécessaire que les sorties et les fins de parcours en protection de l'enfance soient accompagnées et la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance prévoit d'éviter les sorties sèches, ce qui avait été envisagé auparavant par les ARS, notamment dans le PRS2 de l'ARS PACA ainsi que dans le plan de lutte contre la pauvreté.¹⁵²

Concernant le devenir à l'âge adulte des enfants confiés, l'étude Saint-Exupéry¹⁵³, distingue 3 groupes :

1^{er} groupe : 1/4 des jeunes ont une « bonne évolution », avec une insertion sociale générale satisfaisante, après un parcours caractérisé par une admission précoce, un placement stable, des relations d'affiliation au milieu d'accueil et une scolarité satisfaisante.

2^{ème} groupe : 1/2 des jeunes ont un « devenir plus nuancé », mais avec une socialisation acceptable, après un parcours plus vulnérable, plus instable, des signes de mal-être persistant (isolement, anxiété, insécurité, fragilité de l'estime de soi, et de la confiance en soi).

3^{ème} groupe : 1/4 jeunes ont des troubles massifs à l'admission, souvent tardive, et persistants à l'âge adulte, au parcours chaotique, en grande vulnérabilité relevant de soins spécifiques en santé mentale, voire d'exclusion, que l'on retrouve dans les populations hébergées en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), voire en milieu carcéral. »¹⁵⁴

Les sorties sèches peuvent entraîner une rupture brutale de la prise en charge en santé du jeune et de son parcours de soins. Ils ne sortent pas toujours avec leurs documents de santé et leur dossier médical. De plus ils peuvent éprouver des difficultés pour réaliser les tâches administratives nécessaires dans la gestion des soins ainsi que pour s'informer sur leurs droits en santé et connaître les différents dispositifs de santé auxquels ils peuvent avoir accès. L'accompagnement des sorties constitue un des enjeux principaux des services d'ASE.

¹⁵² Préfet de la région PACA. (2021). Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Bilan 2020 et perspectives en PACA. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_d_etape_paca_2020.pdf

¹⁵³ Rousseau, D., Riquin, É., Rozé, M., Duverger, P. & Saulnier, P. (2016). Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*, 343-374. <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343>

¹⁵⁴ Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

II.2.4. Place de la santé et bien-traitance dans les structures d'accueil des enfants confiés

Historiquement, la santé est au cœur de la prise en charge des enfants confiés à l'ASE depuis la prise de conscience des conséquences néfastes de « l'hospitalisme » sur leur santé psychique et physique et sur leur survie, engendrée par la diffusion des travaux de Spitz et Wolf. Ces derniers ont permis des améliorations dans la prise en charge de la santé de ces enfants au sein de leurs lieux de vie.¹⁵⁵

Cette opération visant l'humanisation de l'accueil des jeunes enfants, a été lancée par Simone Veil, marquée par la réalité de l'hospitalisme lors de la visite d'une pouponnière.

L'origine du concept de « bien-traitance » a vu le jour lors du comité de pilotage ministériel de « l'opération pouponnière ».¹⁵⁶ Ce terme renvoie au cheminement de professionnels qui souhaitaient « *rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance.* »¹⁵⁷ Il désignait une démarche « *impliquant avant tout, malgré les séparations et les ruptures, de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire, non plus à court terme, mais envisagée dans un projet d'avenir, et de l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités.* » Le trait d'union du terme de « bien-traitance » signifiait, le lien entre tous ceux qui prenaient part à la démarche.¹⁵⁸

La loi de 2022 relative à la protection de l'enfance prévoit de « Mieux protéger les enfants contre les violences » et pour cela tous les établissements sociaux ou médico-sociaux (ESMS) devront définir une politique de lutte contre la maltraitance et désigner une autorité tierce à l'établissement, vers laquelle les personnes accueillies pourront se tourner en cas de difficultés.¹⁵⁹

¹⁵⁵ Rousseau, D. & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 50, 127-137. <https://doi.org/10.3917/ep.050.0127>

¹⁵⁶ ANESM. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

¹⁵⁷ Rapoport, Danielle. (2006). La bien-traitance envers l'enfant. Paris: Belin, p. 20.

¹⁵⁸ Ibid

¹⁵⁹ ANESM. (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

II.3. Politiques publiques de protection de l'enfance visant la prévention et l'amélioration de la santé des enfants

En signant la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), la France s'est engagée à « *assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être* ».

Cependant les enfants confiés à l'ASE constituent un groupe social soumis à des inégalités sociales de santé et également territoriales en fonction du département dans lequel ils vivent.

« *La politique publique de protection de l'enfance, par ses appuis sur le respect des droits de l'enfant et de son bien-être, se doit de contribuer à la promotion de la santé.* »¹⁶⁰

II.3.1. Le Pacte pour l'Enfance

Le 14 octobre 2019, M. Adrien Taquet le Secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance a présenté le Pacte pour l'enfance qui prévoit l'amélioration de la santé des enfants à travers des approches de prévention reposant sur les **3 piliers** suivants : le rapport de la commission des 1000 premiers jours, le plan de lutte contre les violences faites aux enfants et la stratégie de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022.¹⁶¹

La politique des 1000 premiers jours qui prévoit la prévention et l'accompagnement des parents, dès le début de la grossesse, peut être considérée comme étant une politique de prévention primaire, de promotion et d'éducation à la santé. Elle se décline en 5 axes :

1. Renforcer le parcours des 1000 premiers jours, construit autour de 3 moments clés
2. Décliner le parcours 1000 jours pour les situations de fragilité
3. Mettre à disposition des ressources fiables et accessibles pour les parents et l'entourage
4. Donner du temps supplémentaire pour la construction de la relation parent-enfant
5. Améliorer encore la qualité de l'accueil du jeune enfant

Les **3 moments clés** auxquels fait référence l'axe 1 sont : le repérage des vulnérabilités lors du 4^{ème} mois de grossesse grâce à l'entretien prénatal précoce (EPP), le séjour à la maternité avec le repérage des difficultés et des vulnérabilités des parents renforcé par les staffs médico-

¹⁶⁰ Martin-Blachais, M-P. (2017). Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

¹⁶¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Pacte pour l'enfance*. Consulté le 2 mars 2022 sur, <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/>

psychosociaux et l'accompagnement du retour à domicile renforcé par des visites à domicile et un entretien postnatal.

Dans les Bouches-du-Rhône, chaque maternité met en place un staff médico-psychosocial dont l'enjeu est le repérage et la prise en charge des vulnérabilités prénatales afin d'anticiper les situations périnatales d'enfant à risque de danger.^{162 163}

Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants qui prévoit de lutter contre toutes les formes de violences faites aux enfants, peut être considéré comme étant une politique de prévention secondaire. Il comporte 6 axes d'actions.

L'axe 2, intitulé « libérer la parole, favoriser le repérage et signalements », prévoit d'améliorer le travail en réseau des professionnels et renforcer les CRIP ; de déployer des unités d'accueil pédiatriques pour enfance en danger (UAPED) dans l'ensemble du territoire ; de désigner des équipes pédiatriques référentes pour repérer, constater les violences et prendre soins des mineurs victimes.

L'enjeu de la création des UAPED est de mettre en place un **parcours médico-judiciaire protégé**, c'est-à-dire permettant d'avoir une approche globale des enfants en danger (pédiatrique, pédopsychiatrique et médecine légale) dans des unités de temps et de lieu (cf. schéma d'acteurs impliqués autour de l'UAPED page suivante). Ces unités permettent une évaluation globale de la situation des enfants dans le but de proposer des soins adaptés.¹⁶⁴ Dans les BDR, une UAPED va voir le jour très prochainement au sein du centre hospitalier de la Timone. Elle sera portée par l'équipe de référence enfance en danger du Professeur Chabrol et du Docteur Bosdure à l'APHM qui portera également l'équipe régionale de référence enfance en danger. Une autre UAPED sera déployée au sein de l'hôpital d'Aix-en-Provence.

¹⁶² Einaudi, M., Bernard, O. & Tardieu, S. (2019). Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. *Santé Publique*, 31, 347-355. <https://doi.org/10.3917/spub.193.0347>

¹⁶³ Roth, B., Einaudi, M., Tardieu, S. & Bernard, O. (2021). Évaluation des pratiques d'un dispositif de prévention des vulnérabilités prénatales : les staffs médico-psychosociaux. *Périnatalité*, 13, 173-182. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0113>

¹⁶⁴ Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. (NOR : SSAH2132971J).



Schéma d'acteurs impliqués autour de l'UAPED

La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022¹⁶⁵ prévoit de garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits (notamment le droit à la santé, à l'éducation, à la sécurité affective, à l'autonomie après 18 ans) et une meilleure réponse aux besoins fondamentaux des enfants en protection de l'enfance notamment, elle vise l'amélioration de la santé des enfants confiés à l'ASE (prévention tertiaire et protection et promotion éducation de la santé à destination des enfants confiés).

Quatre engagements pour les enfants et leurs familles¹⁶⁶:

- Engagement 1 : Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles
- **Engagement 2 : Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures**
- Engagement 3 : Donner aux enfants les moyens d'agir et garantir leurs droits
- Engagement 4 : Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 réaffirme dans son deuxième engagement concernant le parcours des enfants confiés, l'importance d'établir pour chaque enfant un PPE. De plus elle prévoit de « systématiser le bilan complet de santé des enfants et des adolescents à leur entrée dans les dispositifs de protection et leur accès à un parcours de soins coordonnés. » Il est précisé que ce bilan doit comporter un volet médical ainsi qu'un volet psychologique et qu'il doit être réalisé dans les 3 mois suivants l'entrée de l'enfant dans un parcours administratif ou judiciaire en protection de l'enfance puis qu'il doit être réactualisé annuellement. Le deuxième engagement prévoit aussi de créer des dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et du handicap.

Une autre mesure de l'engagement 4 prévoit plus spécifiquement de faciliter l'intégration sociale et professionnelle des anciens mineurs non accompagnés lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans et de créer un parcours de soins spécifiques, dès leur entrée dans les dispositifs de protection de l'enfance, en lien avec les services hospitaliers puis de garantir la continuité du parcours et de l'accès aux soins des mineurs non accompagnés devenus majeurs et en situation de séjour régulier.

¹⁶⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

¹⁶⁶Ibid

II.3.2. Deux expérimentations visant l'amélioration de la santé des enfants confiés grâce à la coordination de leur parcours de soins

L'article 51 de la loi de Financement du Système de Santé 2018¹⁶⁷ vise une meilleure organisation et un meilleur financement du système de santé et permet en ce sens, la réalisation d'expérimentations innovantes reposant sur des modes de financement inédits. L'enjeu est de privilégier l'approche de financement par parcours de santé plutôt que l'organisation actuelle de segmentation des modalités de financement des soins de ville, du secteur hospitalier basé sur la tarification à l'activité (T2A) et du secteur médico-social. Les expérimentations pouvant être mises en œuvre doivent, entre autres, contribuer à l'un des buts suivants¹⁶⁸ :

- Améliorer la prise en charge et le parcours des patients, l'efficacité du système de santé et l'accès aux soins grâce à une meilleure coordination du parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;
- Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;
- Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie, notamment les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé.

Dans le cadre de l'article 51, deux expérimentations en lien avec la santé des enfants confiés à l'ASE ont été entreprises : **PEGASE**¹⁶⁹ et **Santé Protégée**¹⁷⁰. Elles visent l'amélioration de la prise en charge de leur santé grâce à un parcours de soins coordonnés.

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

¹⁶⁷ Article 51 de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. (JORF n°0305 du 31 décembre 2017).

¹⁶⁸ Article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale

¹⁶⁹ Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance. ([JORF n°0179 du 3 août 2019](#)).

¹⁷⁰ Arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. ([JORF n°0300 du 26 décembre 2021](#)).

Leur objectif commun est de structurer un suivi médical régulier des enfants confiés à travers différents axes d'actions :

- Utilisation d'**échelles d'évaluation adaptées aux différentes tranches d'âge** sont utilisées afin que la prise en charge soit systématisée, harmonisée et adaptée le plus possible aux besoins des enfants.
- **Forfait annuel pour la santé de chaque enfant** confié permettant la prise en charge de séances de psychomotricité et de psychothérapie, ainsi que le coût supplémentaire des consultations médicales.
- **Revalorisation de la rémunération des professionnels de santé**, en accord avec la CPAM, pour la réalisation des consultations médicales dans le cadre du bilan d'entrée qui sont considérées comme étant des consultations complexes ou très complexes.¹⁷¹
- Utilisation d'un **outil de coordination** afin de permettre aux différents acteurs de la prise en charge de l'enfant d'échanger et afin que les informations concernant l'enfant soient centralisées.
- **Contractualisation** entre l'État, le département, la CPAM et le CHU.
- Mise en place d'une **cellule de coordination**, (pouvant notamment être portée par le département ou le CHU, le PTA, en fonction des territoires).

PEGASE

L'expérimentation, nommée PEGASE¹⁷² est portée par le docteur Daniel Rousseau à Angers en Loire-Atlantique. Elle concerne le parcours de soins des enfants placés avant l'âge de 5 ans en pouponnière (de 0 à 7 ans). Plusieurs départements participent à cette expérimentation, dont notamment la pouponnière du département des Bouches-du-Rhône.

Cette expérimentation prévoit un forfait annuel de 1400 euros par enfant. L'outil de coordination MediaTeams a été intégré dans cette expérimentation. Des échelles d'évaluation du développement des enfants adaptées aux différentes tranches d'âge sont utilisées (ASQ).

Le MRPE du CD13 est en lien avec le docteur Rousseau dans le cadre de la participation de la pouponnière des BDR. L'enjeu actuel est de penser la sortie de la pouponnière pour la suite de la prise en charge et le maintien du suivi de l'enfant initié par PEGASE.

¹⁷¹ Mesure généralisée durant printemps 2022 (décret septembre 2021)

¹⁷² Programme PEGASE. (<http://programmepegase.fr>).

Santé Protégée

L'expérimentation « Santé Protégée » a été impulsée par le docteur Nathalie Vabres, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes en 2019, pour tous les enfants confiés, quelques soient leur âge et lieu de vie. Comme pour PEGASE, l'expérimentation est mise en place dans quelques départements.

Elle est portée par le CHU est plus précisément par l'UAPED en collaboration étroite avec le Conseil départemental et le service de suivi des enfants confiés. En Loire-Atlantique 6000 enfants sont sous mesure de protection, parmi lesquels 2700 sont confiés. La cellule de coordination, rattachée à l'UAPED, est composée d'un chef de projet à 80% (formation scientifique, outils informatiques), d'un temps de médecin hospitalier à 30%, d'une puéricultrice formée à la coordination ainsi que d'un temps administratif. Le médecin référent protection de l'enfance porte le projet au niveau du comité de pilotage mais ne fait pas partie de la cellule de coordination.

Des outils de suivi différents que ceux utilisés par PEGASE ont été créés et sont à disposition. Dans le même sens que PEGASE, les outils sont adaptés à chaque tranche d'âge.

Le projet Santé Protégée prévoit également un forfait annuel de 430 euros pour chaque enfant.

Chapitre III : Mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans les Bouches-du-Rhône

III.1. L'organisation de la politique de protection de l'enfance

La protection de l'enfance a un **triple cadre**.¹⁷³ Elle est encadrée au niveau **international** par la CIDE, au niveau **national** par la politique générale de protection de l'enfance à la charge du ministère des Solidarités et de la Santé et au niveau **départemental** par le président du CD qui est l'institution décisionnaire et exécutive en matière de protection de l'enfance depuis les lois de décentralisation de 1982 et 1983.¹⁷⁴

La politique de protection de l'enfance est une politique partagée dans laquelle l'état joue aussi un rôle fondamental, notamment en matière d'éducation, de santé. La volonté d'amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance est réaffirmée au fil des textes législatifs et des stratégies. L'enjeu étant de garantir la même qualité de service public au niveau national, sans remettre en cause la **décentralisation de la protection de l'enfance**.

En ce sens, la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance a instauré le **Conseil National de Protection de l'Enfance (CNPE)**, instance présidée par le ministre chargée des familles et de l'enfance : Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, ou Adrien Taquet, secrétaire d'État auprès du ministre.¹⁷⁵

Puis, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 l'État s'est engagé, pour la première fois financièrement dans le champ de la protection de l'enfance en proposant une contractualisation à chaque département.¹⁷⁶ Cette démarche de contractualisation¹⁷⁷ devant s'appuyer sur les éléments suivants dans chaque territoire : établissement d'un état des lieux partagé, définition d'objectifs partagés au regard des enjeux

¹⁷³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Protection de l'enfance*. Consulté le 28 mars 2022, sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/>

¹⁷⁴ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

¹⁷⁵ LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. (JORF n°0063 du 15 mars 2016).

¹⁷⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

¹⁷⁷ Instruction N° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2022/61 du 18 février 2022 relative à la contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance pour l'exercice 2022.

identifiés, prise d'engagements entre État et départements avec implication de l'ensemble des acteurs concernés et identification d'indicateurs de résultats pour chaque action.¹⁷⁸

La loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance, dite « *Loi Taquet* » réaffirme cette volonté d'améliorer la politique partagée de protection de l'enfance.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

¹⁷⁹ Vie publique. (2022). Loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Consulté le 12 janvier 2022 sur, <https://www.vie-publique.fr/loi/280364-loi-taquet-7-fevrier-2022-protection-des-enfants-ase>

III.2. Organisation de la politique de protection de l'enfance dans les Bouches-du-Rhône

Afin d'apporter un éclairage sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans les BDR je me suis appuyée sur les informations et les documents mis en ligne sur le site du CD13¹⁸⁰.

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

En 2017, le CD13 a consacré un budget supérieur à 200M€ à la protection de l'enfance dont 80 % à l'accueil des mineurs et 20 % pour les actions de prévention collective et actions éducatives individuelles.

Les missions du service départemental de l'ASE sont définies à l'article L. 221-1 du CASF. Dans les BDR, la présidente a donné délégation à 3 directions de **la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS)** pour mener à bien ces missions, selon une double approche thématique et territoriale.

La direction enfance-famille (DEF) est chargée du pilotage de la politique de PE et responsable de la situation des mineurs bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance.

La direction des territoires et de l'action sociale (DITAS) met en œuvre les mesures de PE depuis ses 27 maisons des solidarités (MDS) en lien fonctionnel avec les inspecteurs enfance famille (IEF) de la DEF.

La direction des maisons de l'enfance et de la famille (DIMEF) assure l'accueil d'urgence des mineurs.

Par ailleurs, **la direction de la protection maternelle et infantile de la santé publique (DPMISP)** participe aux actions de prévention, d'évaluation et d'accompagnement sanitaire des mineurs suivis au titre de l'ASE.¹⁸¹

La politique départementale de PE implique ainsi des acteurs institutionnels au sein de la direction du CD13 et des acteurs de terrain dans les **27 MDS** réparties sur tout le territoire (voir

¹⁸⁰ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

¹⁸¹ Chambre régionale des comptes PACA. (2020). Enquête sur la politique de protection de l'enfance mise en œuvre par le département des Bouches-du-Rhône. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/PAR2020-1595.pdf>

livret des MDS) et dans lesquelles sont représentées les 3 directions de la DGAS suivantes : DPMISP, DEF, DITAS (voir organigramme de la DGAS à la page suivante).

III.2.1. Acteurs institutionnels au sein de la direction du CD13

Au niveau central de la politique de protection de l'enfance se trouve également **l'Observatoire départemental de la PE (ODPE)** qui est une instance partenariale prévue par la loi du 5 mars 2007 réformant la PE. Cette instance est placée sous l'autorité du président du CD13 et comprend des membres institutionnels et associatifs. L'ODPE a pour mission de participer à la définition, au suivi et à l'évolution des politiques départementales de protection de l'enfance. Il participe à la collaboration et à l'articulation de l'ensemble des acteurs. Grâce aux données qu'il recueille et à l'analyse qui en est faite, il contribue à nourrir la réflexion des institutions autour de la prévention et de la protection de l'enfance. Il est chargé du suivi du schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille. Il élabore également un programme pluriannuel des besoins de formation de tous les professionnels de l'enfance du département.

L'ODPE qui s'est déroulé en 2020 dans les BDR s'est basé sur les enjeux de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022.

Le schéma départemental est un document formalisé, visant à orienter et planifier la mise en œuvre de la politique départementale dans un cadre cohérent, économe et satisfaisant en termes techniques, humains et sociaux. Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, sont établis pour une période maximum de 5 ans, en cohérence avec le schéma régional de santé.¹⁸²

En 2022, le département des BDR s'engage dans la contractualisation avec l'Etat, proposé dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022.

¹⁸² Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2016). Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2016-2020.
https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/ConseilGeneral/SchemaDepartementaux/Document/Schema-enfance-famille%202016-2020.pdf

La DGAS comprend plusieurs directions adjointes (cf. annexe 4 : organigramme du CD13)¹⁸³ :

- Direction des territoires et de l'action sociale
- Direction des personnes handicapées et des personnes du bel âge
- Direction de l'insertion
- Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique
- Direction de l'enfance et de la famille
- Maison départementale de l'adolescent
- Direction des maisons de l'enfance et de la famille
- Centre Médico-Psychopédagogique (CMPP)

Autres services de la DGAS : Consultations de lutte contre la tuberculose (CLAT), CeGIDD, centres de planification et d'éducation familiale.

La Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille (DIMEF)¹⁸⁴

La DIMEF a pour mission d'accueillir toute l'année et en urgence, tous les mineurs confiés au président du CD soit par l'autorité judiciaire au titre de la PE, soit par les parents dans le cadre d'un contrat d'accueil provisoire. La DIMEF est un établissement social départemental qui gère 13 sites d'accueils répartis sur l'ensemble du département : Marseille, Vitrolles, Salon-de-Provence, La Penne-sur-Huveaune et Septèmes. Elle propose une diversité de réponses en rapport avec les difficultés rencontrées par la population accueillie parmi lesquelles une pouponnière pour les enfants de 0 à 3 ans.

Cet accueil d'urgence se décline en 4 grandes missions : accueillir les mineurs, les apaiser, les observer et les orienter vers des structures adaptées. La prise en charge des mineurs et jeunes majeurs accueillis, est assurée sur chaque site par une équipe pluridisciplinaire (éducateurs spécialisés, éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires puériculture, puéricultrices, psychologues, assistantes familiales, maîtres et maîtresses de maison et veilleurs de nuit...) constituée selon la spécificité de chaque structure et placée sous la responsabilité d'un chef de service.

¹⁸³ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2020). Organigramme du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône. https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/organigramme.pdf

¹⁸⁴ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

III.2.2. Acteurs de terrain de la Direction Enfance-Famille

Il existe également des services déconcentrés qui se situent sur le territoire : **les Pôles des Inspecteurs Enfance-Famille (PIEF)** et les unités de gestion administrative et financière.

Sur le territoire des BDR, on dénombre **20 Inspecteurs Enfance-Famille (IEF) répartis sur 4 PIEF** qui sont implantés, sur les territoires de Marseille, Aix et Istres. Il y en a deux à Marseille car l'un d'entre eux est dédié à la gestion des mineurs non accompagnés (MNA) de l'ensemble du département. Les IEF sont rattachés à la DEF qui coordonne leurs actions afin d'harmoniser les pratiques sur le territoire. Ils sont des acteurs centraux du dispositif de protection de l'enfance. Les IEF sont garants du respect du droit des familles et de l'enfant et de l'application des textes législatifs et réglementaires. De plus, les IEF sont les représentants légaux des enfants confiés à l'ASE par délégation de l'autorité parentale déferée au CD.¹⁸⁵

Les missions de l'IEF en articulation avec les MDS sont¹⁸⁶ :

- Décision d'attribution des prestations d'aide sociale à l'enfance sur son territoire
- Décision de la saisine du Procureur de la République dans le cadre des demandes de protection judiciaire
- Contrôle de l'exécution des mesures et responsable sur le plan administratif et juridique des dossiers d'enfants confiés
- Représentation de l'institution auprès de l'ensemble des acteurs

Les Maisons Départementales de la Solidarité (MDS) disposent d'équipes pluridisciplinaires (assistants sociaux, médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés, puéricultrices, sage-femmes, psychologues...), ce qui facilite la prise en charge des enfants et des familles en permettant qu'elle soit la plus adaptée possible à chaque situation. Les MDS interviennent dans 2 champs d'action : la prévention des difficultés individuelles et familiales et l'insertion des personnes en difficultés sociales. 3 directions de la DGAS sont représentées dans les MDS : la DPMISP avec les professionnels de santé de la PMI, la DEF avec les IEF et la DITAS avec les travailleurs sociaux.¹⁸⁷

¹⁸⁵ Ibid

¹⁸⁶ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

¹⁸⁷ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

Concernant **les centres de P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile)**, la DREES indique qu'ils sont des « *services de santé publique placés sous l'autorité du président du CD et chargés d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.* »¹⁸⁸

Ces centres sont gratuits et ouverts à tous, dans un souci d'universalisme proportionné, c'est-à-dire qu'ils sont « *universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelle au degré de défavorisation.* »¹⁸⁹

Ils ont pour mission principale la prévention de la santé du jeune enfant et des mères et notamment l'accompagnement pendant la grossesse et le suivi du développement global de l'enfant de 0 à 6 ans. Ainsi, les PMI proposent de multiples services (suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, accompagnement post-accouchement, pédiatrie préventive, suivi avec une puériculture, vaccinations, éveil du tout-petit, formation pour les jeunes parents, entretiens avec un conseiller conjugal et familial...) et disposent pour cela d'équipes pluridisciplinaires (gynécologues, pédiatres, sage-femmes, puéricultrices, infirmières, conseillers conjugaux et familiaux, éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture...).¹⁹⁰

¹⁸⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s.d.). *Protection maternelle et infantile*. Consulté le 27 janvier 2022 sur, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile#:~:text=Le%20service%20de%20protection%20maternelle,m%C3%A8re%20et%20de%20l'enfant.>

¹⁸⁹ Human early learning partnership. (2011). *Universalisme proportionné*.

http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf

¹⁹⁰ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

III.3. Offre de structures d'accueil dans les Bouches-du-Rhône

III.3.1. Généralités sur les structures d'accueil de l'ASE

La DREES distingue 6 différents types d'établissements d'accueil relevant de l'ASE :¹⁹¹

Les maisons d'enfants à caractère social (MECS) accueillent des enfants et des adolescents dont les familles ne peuvent assumer la charge et l'éducation à la suite de difficultés momentanées ou durables. Les MECS sont les « **héritières des orphelinats** » et peuvent accueillir les enfants jusqu'à 21 ans. Elles fonctionnent en internat complet ou en foyer ouverts. Elles sont soit privées (gérées par des associations ou des fondations), soit publiques. Elles sont financées et dépendantes du CD qui leur donne l'habilitation pour recevoir des enfants relevant de l'ASE. Certaines MECS possèdent également l'habilitation PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse).¹⁹²

Les foyers de l'urgence hébergent, à tout moment, tout mineur en situation difficile nécessitant une aide d'urgence. Ces lieux d'observation et d'évaluation permettent de préparer une orientation du mineur (retour à la famille, placement en famille d'accueil, placement en établissement, adoption).

Les pouponnières à caractère social reçoivent des enfants de la naissance à 3 ans, qui ne peuvent rester au sein de leur famille ou bénéficier d'un placement familial surveillé.

Les villages d'enfants prennent en charge des frères et sœurs dans un cadre de type familial avec des éducateurs familiaux qui s'occupent, chacun, en particulier d'une ou de deux fratries.

Les lieux de vie et d'accueil offrent une prise en charge de type familial à des jeunes en grande difficulté. Ils constituent le milieu de vie habituel des jeunes et des permanents éducatifs (la capacité d'accueil maximale d'un lieu de vie et d'accueil est de 6 enfants).

Les placements peuvent également avoir lieu en **établissement sanitaire ou en établissement médico-social d'éducation spéciale** : **institut médicoéducatif (IME)** ; **institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)**.

¹⁹¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2020). *Fiche 24 - Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance*. L'aide et l'action sociales en France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l%E2%80%99aide%20sociale%20C3%A0%20l%E2%80%99enfance.pdf>

¹⁹² <https://www.sanitaire-social.com/annuaire/maison-d-enfants-a-caractere-social-mecs>

III.3.2. Les structures d'accueil dans les BDR

Afin de réaliser une description générale de l'offre de structures d'accueil de l'ASE dans les BDR, je me suis appuyée sur le livret des établissements d'accueil 2021 du CD13¹⁹³.

On retrouve dans le département 41 associations et 67 établissements, ainsi certaines associations gèrent plusieurs structures d'accueil. Les services d'accueil d'urgence (DIMEF) sont gérés par le CD13. Le service de l'accueil familial du CD13 emploie 493 assistants familiaux qui accueillent 765 enfants (données au 31/12/2020)¹⁹⁴. Certaines MECS disposent également d'un service d'accueil familial indépendant du CD13.

L'offre de structures d'accueil de l'ASE dans les BDR comprend :

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

Les structures comprennent fréquemment plusieurs unités ou hébergement répartis sur le territoire. Chaque structure se distingue par son fonctionnement, ses caractéristiques, les potentielles spécificités du public qu'elle accueille (adolescents vulnérables, enfants âgés de moins de 3 ans, mineurs étrangers isolés, pères isolés avec enfants de moins de 3 ans, couples avec enfant de moins de 3 ans ou attendant un enfant) et l'offre de prestations qu'elle propose (hébergement, placement familial, placement et accompagnement à domicile, accueil de jour, visite en présence d'un tiers...).

Plus spécifiquement, les 38 MECS et les 2 structures d'accueil en urgence des BDR accueillent de 6 enfants à 260 (médiane : 70 enfants ; moyenne : 76 enfants) et le public d'enfants accueillis est soit mixte, soit uniquement des filles (2 structures), soit uniquement des garçons (4 structures) et peut concerner une tranche d'âge en particulier. Sept d'entre elles ont un service d'accueil du public spécifique des MNA (2 PIEF Aix, 1 PIEF Istres, 4 PIEF Marseille).

¹⁹³ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2021). Livret des établissements d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance (version 2021).

¹⁹⁴ Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (<https://www.departement13.fr>).

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

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Description générale de l'étude

Afin de réaliser un diagnostic territorial de la prise en charge des besoins en santé des enfants confiés à l'ASE sur le territoire des BDR, nous avons effectué une recherche-action.

Ce travail s'inscrit dans une démarche de projet de planification en santé car il a pour objectif de proposer des actions à partir de la recherche effectuée sur le terrain. Il permettra ainsi de préparer une intervention de santé publique consistant en la mise en place d'un parcours de soins coordonnés, adapté à la population cible et au territoire étudié.

La recherche-action peut se définir comme une méthode de recherche ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations.¹⁹⁵ La recherche-action est cyclique, collaborative/participative et à prédominance qualitative.¹⁹⁶ Il existe 5 étapes clés du cycle de la recherche-action (cf. page suivante)¹⁹⁷ :

1. Identification du problème (introduction et cadre théorique)
2. Etablissement d'un plan d'action (matériel et méthodes)
3. Mise en place de l'action sur le terrain et collecte des données (matériel et méthodes)
4. Evaluation des effets de l'action : analyse des données (résultats et discussion)
5. Communication des conclusions et valorisation de la recherche (perspectives)

Dans le cadre de cette recherche-action, nous avons employé une **méthodologie mixte à modèle convergent** ; la collecte et l'analyse des données qualitatives et quantitatives ont été effectuées séparément puis les résultats ont été combinés.¹⁹⁸

Notre étude était à prédominance qualitative ; nous avons utilisé deux méthodes qualitatives différentes (entretiens, observations) et une méthode quantitative (questionnaire). Le modèle convergent est fréquemment utilisé dans les études cherchant à comprendre le fonctionnement, les obstacles et les leviers d'une organisation. Ainsi nous l'avons choisi, afin de tenter d'avoir

¹⁹⁵ Hugon, MA. & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, Recherches action : Le cas de l'éducation*. De Bœck Université.

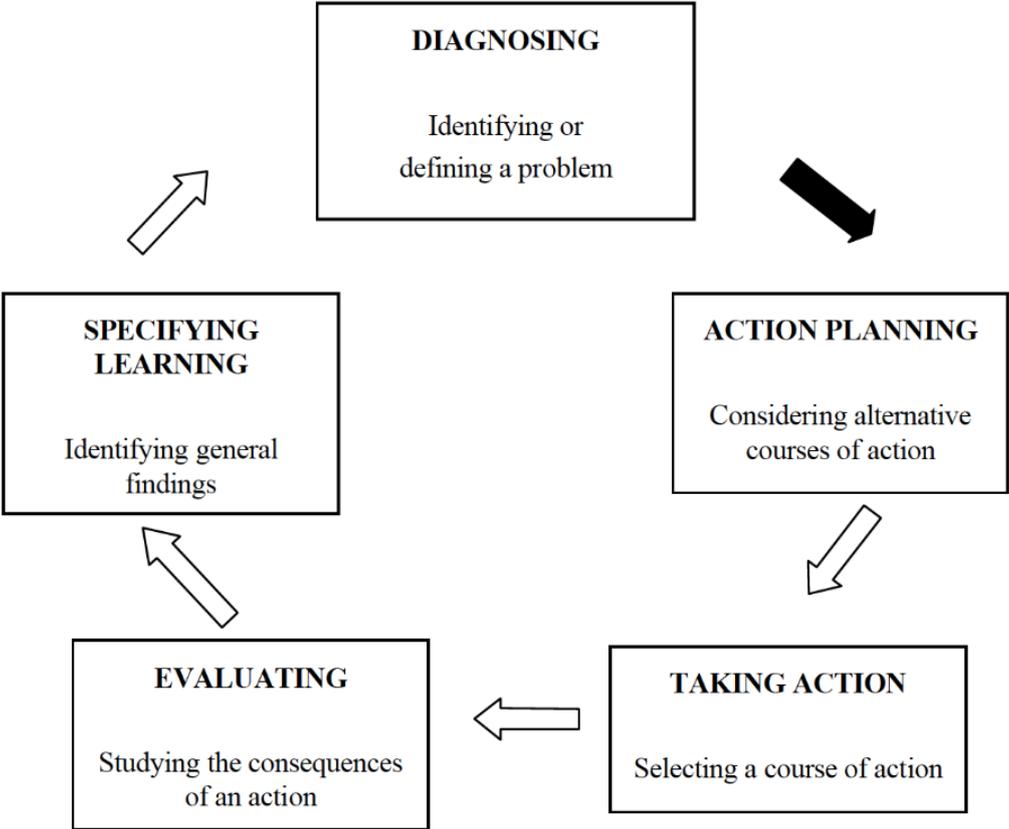
¹⁹⁶ Catroux, M. (2002). *Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique*. <https://doi.org/10.4000/apliut.4276>

¹⁹⁷ Susman, G. (1983). *Action Research : A Sociotechnical Systems Perspective*. G. Morgan (ed). London : Sage Publications.

¹⁹⁸ Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE.

une approche globale de l'organisation de la prise en charge de la santé des enfants confiés et afin d'explorer le plus précisément possible les processus en jeu dans les difficultés de mise en œuvre du parcours de soins.

Schéma du cycle de la recherche-action



II. Déroulement du plan d'action

L'établissement et la mise en application d'un **plan d'action** correspondent aux étapes 2 et 3 du cycle de recherche-action.

Nous avons choisi de cibler spécifiquement certaines structures d'accueil : les MECS et les foyers d'urgence.

Notre étude s'est déroulée de **mai 2021 à janvier 2022** et comportait **3 étapes** :

Étape 1 : Enquête quantitative par questionnaire exploratoire

Étape 2 : Enquête qualitative de terrain par entretiens

Étape 3 : Enquête qualitative de terrain par observation participante

II.1. Étape 1 : Enquête quantitative par questionnaire exploratoire

II.1.1. Élaboration du questionnaire

Un questionnaire à visée exploratoire (cf. annexe 5) a été élaboré à partir d'une recherche bibliographique, de la lecture de documents ministériels et notamment de la Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance 2020-2022 (cf. cadre théorique). Ce questionnaire avait pour objectif de recueillir des données générales sur la prise en charge de la santé des enfants confiés dans les MECS et les foyers d'urgence des BDR. Il a été validé par le MRPE du CD13.

Le questionnaire était composé de **8 questions** (Q1 à Q9). La Q1 était une question ouverte permettant au professionnel de renseigner le nom de la structure dans laquelle il exerce. Les 7 autres questions s'articulaient autour de **3 parties** :

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

II.1.2. Population de l'enquête

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

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

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

Ainsi, parmi la population des professionnels inclus dans l'étude, 41 sont des professionnels de MECS et 5 sont des professionnels de foyers d'urgence.

II.1.3. Information des professionnels et anonymat des données

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

L'objet de l'étude et les enjeux de la recherche ont été stipulés dans le mail de diffusion du questionnaire et également dans la description du questionnaire.

II.1.4. Passation du questionnaire et taux de participation

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

II.1.5. Traitement et analyse des données

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

Partie 1 : les données recueillies au sujet de la mise en œuvre générale du parcours de soins des enfants confiés dans les structures, ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive à partir du logiciel Excel.

Partie 2 : les données concernant les professionnels de santé recensés (médicaux, paramédicaux et centres médicaux) ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive à l'aide du logiciel Excel ; puis leurs coordonnées ont été géocodées afin de créer dans un second temps une cartographie à l'aide des applications MyMaps et uMap.

Partie 3 : les réponses au sujet des difficultés rencontrées par les professionnels des structures ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique continue à l'aide du logiciel NVIVO. Les thèmes identifiés lors de cette analyse ont participé à la constitution d'une grille préétablie pour l'analyse des entretiens semi-directifs et des observations.

II.2. Étape 2 : Enquête qualitative de terrain par entretiens semi-directifs

II.2.1. Élaboration du guide d'entretien

Nous avons également élaboré un guide d'entretien (cf. annexe 6), à partir de la même recherche bibliographique, des documents ministériels et de la Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance 2020-2022, qui a été validé par le MRPE du CD13.

Ce guide d'entretien a servi de support à la réalisation d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de MECS et de foyers d'urgence. L'enquête par entretien était **à usage complémentaire**¹⁹⁹ ; c'est-à-dire que l'objectif était qu'ils enrichissent la compréhension des données recueillies par le questionnaire exploratoire, notamment au sujet de la mise en œuvre du parcours de soins (Partie 1) et au sujet des difficultés rencontrées (Partie 3) ; qu'ils puissent les compléter et contribuer à leur interprétation.

Le guide d'entretien comprenait **7 thèmes** composés de 2 à 7 questions (complétées par des questions de relance si nécessaire) :

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

II.2.2. Population de l'enquête

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

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

¹⁹⁹ Blanchet, A. & Gotman, A. (2015). L'entretien (2^{ème} édition).

II.2.3. Passation des entretiens semi-directifs

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

II.2.4. Information des professionnels et anonymat des données

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

Les professionnels interrogés ont dûment été informés de l'enregistrement des entretiens puis de leur anonymisation lors de la retranscription. Il leur a également été précisé que les enregistrements seraient effacés après la publication de la thèse.

Leur consentement a été recueilli, avant le début de l'entretien, à l'aide d'une fiche de consentement d'enregistrement audio (cf. annexe 7).

II.2.5. Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique séquencée²⁰⁰ réalisée à partir d'une grille d'analyse thématique préétablie.

Cette grille a été construite à partir des résultats de l'analyse de contenu thématique de la partie 3 du questionnaire ainsi que de la partie 1 du questionnaire et des questions du guide d'entretien. De plus, elle s'est inspirée des outils proposés dans le guide pratique à l'usage des organisateurs d'accueils de mineurs et de leurs équipes éducatives « Diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse ».²⁰¹

Les réponses de la partie 1 (prise en charge des enfants à l'entrée dans la structure) et de la partie 3 (difficultés rencontrées par les professionnels) du questionnaire, ont permis de dégager les thèmes et les grands thèmes constituant la grille d'analyse.

²⁰⁰ Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

²⁰¹ CAF. (2017). Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse. <https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/891/guide%20diagnostic%20site%20web.pdf>

Les outils mis à disposition dans le guide de « diagnostic partagé » ont permis de créer pour chaque thème, les sous-thèmes : difficultés, conséquences (ces 2 sous-thèmes permettront la construction de « l'arbre à problèmes »), ressources, objectifs à atteindre, actions existantes et actions à entreprendre (ces 4 thèmes permettront la construction de « l'arbre d'objectifs »).

L'analyse a été réalisée manuellement à partir de Microsoft Word. Dans un premier temps, chaque entretien a fait l'objet d'une analyse verticale à l'aide de la grille préétablie qui s'est enrichie au fil de l'analyse des entretiens.

Enfin, une analyse horizontale de l'ensemble des entretiens a permis de valider l'arbre de thématisation établi tout au long de l'analyse de chaque entretien et de formaliser ensuite un « arbre à problèmes » et un « arbre d'objectifs » (cf. Chapitre I).

II.3. Étape 3 : Enquête qualitative de terrain par observation participante

L'observation participante est une technique utile et efficace pour expliquer le fonctionnement ou le processus d'un phénomène sur lequel on s'interroge. Le chercheur, en immersion dans le milieu étudié, collecte des données au fil de ses échanges et de ses expériences.²⁰²

Dans le cadre de cette étude, j'ai réalisé en parallèle du questionnaire et des entretiens, une observation participante non structurée (sans grille d'observation) dans deux terrains de stage différents, en tant qu'interne en santé publique.

II.3.1. Service de la DPMISP au CD13 (mai 2021-novembre 2021)

Lors de mon stage au sein de la DPMISP, j'ai été principalement encadrée par le médecin référent protection de l'enfance, en l'occurrence sur le projet autour d'un parcours de soins coordonnés des enfants confiés. J'ai pu également participer à d'autres missions en lien avec la prévention de l'enfance. Les temps forts de mon observation ont été les suivants :

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

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

²⁰² Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375>"

II.3.2. Équipe mobile à destination des enfants confiés à l'ASE (EMI-ECO) du service de pédopsychiatrie du Professeur Poinso à l'APHM (novembre 2021-mai 2022)

Au cours des 3 premiers mois du stage réalisé dans le service de pédopsychiatrie du Professeur Poinso à l'APHM, j'ai pu observer avec un autre angle de vue, la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE. En effet, dans le cadre de ma participation à la mise en œuvre de l'équipe mobile intersectorielle à destination des enfants confiés (EMI-ECO) portée par le Docteur Jokthan Guivarch, mes temps forts d'observation dans ont été les suivants :

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

II.3.3. Analyse des données

L'analyse des données recueillies lors des temps d'observation a été réalisée à partir de la même grille d'analyse utilisée pour les entretiens semi-directifs.

RESULTATS

Nous avons choisi de présenter simultanément les données recueillies lors des 3 étapes de l'étude : enquête quantitative par questionnaire exploratoire (étape 1), enquête de terrain par entretiens semi-directifs (étape 2) et par observation participante (étape 3). Les deux étapes de l'enquête de terrain étaient à usage complémentaire dans le but d'enrichir qualitativement les données quantitatives recueillies grâce au questionnaire. Ainsi les résultats quantitatifs et qualitatifs sont en miroir.

Seules les données concernant le recensement des professionnels de santé qui ont permis l'élaboration du répertoire et de la cartographie se distinguent et seront traitées indépendamment.

Tout d'abord nous apporterons des éléments descriptifs au sujet des publics interrogés : professionnels interrogés et structures d'accueil dans lesquelles ils exercent ainsi que des éléments descriptifs au sujet de l'organisation des soins à l'entrée dans les différentes structures d'accueil (Chapitre I). Ensuite nous présenterons les principaux résultats de l'étude au sujet des difficultés rencontrées et des ressources identifiées (Chapitre II). Enfin nous décrirons les résultats concernant le recensement des professionnels de santé et les différentes étapes de réalisation de la cartographie (Chapitre III).

Chapitre I : Description des publics interrogés et de l'organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil

I.1. Description des publics interrogés : professionnels et structures d'accueil

I.1.1. Public cible du questionnaire et taux de participation

Pour rappel, le public cible du questionnaire exploratoire était 44 professionnels de structures d'accueil de l'ASE des BDR : 21 IDE et 23 professionnels de structure ne bénéficiant pas de la présence d'une IDE.

Au total, parmi les 44 professionnels ciblés, 39 ont répondu au questionnaire. Le taux de participation (TP) a ainsi été de 89%.

Parmi les 39 répondants, 20 étaient des IDE et 19 étaient des professionnels de structure sans IDE (17 directeurs, 1 psychologue qui fait office de « référente santé » dans sa structure et 1 cheffe de service). Ainsi, le taux de participation des IDE au questionnaire a été de 95% et celui des professionnels des structures d'accueil sans IDE a été de 82%.

De plus, parmi les 39 répondants, 34 étaient des professionnels de MECS et 5 étaient des professionnels de foyers d'urgence (FU).

Tableau I. Caractéristiques générales des structures et taux de participation

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

I.1.2. Les professionnels interrogés lors des entretiens et leurs structures d'exercice

Dans le cadre de l'enquête de terrain, 11 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels exerçant dans des structures différentes de l'ASE des BDR. Les professionnels interrogés faisaient également partie du public cible du questionnaire auquel ils avaient tous répondu antérieurement. Parmi les 11 entretiens réalisés, 9 ont été des entretiens individuels et 2 ont été des entretiens collectifs.

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

- 2 IDE de MECS du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 IDE d'une MECS avec activité d'accueil d'urgence du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 IDE d'une structure d'accueil d'urgence du pôle inspecteur de Marseille ;
- 1 IDE d'une MECS du pôle inspecteur d'Aix-en-Provence ;
- 4 professionnels de l'équipe de la pouponnière des BDR rattaché au pôle inspecteur de Marseille (directrice, auxiliaire puéricultrice, IDE puéricultrice, stagiaire-cadre anciennement référente ASE).

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

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

Par souci d'anonymisation, j'ai fait le choix de nommer les professionnels interrogés en fonction de leur profession et en leur associant un numéro si plusieurs professionnels exerçaient la même profession. Dans le tableau II (cf. page suivante) la dénomination de chaque professionnel est indiquée entre parenthèse lors de leur description par structure. Cette dénomination sera utilisée tout au long de la présentation des résultats des entretiens.

Tableau II : Description des professionnels interrogés par structure

Structure N°	Type d'entretien	Type de structure	Pôle inspecteur	Professionnels interrogés (dénomination)	Expériences antérieures et/ou formation initiale des professionnels interrogés
Structure 1	Individuel	MECS	Marseille	IDE à temps plein depuis 4 ans (IDE1)	Formation initiale : auxiliaire puéricultrice 1 ^{er} poste en protection de l'enfance
Structure 2	Individuel	MECS	Marseille	IDE à temps partiel depuis 8 ans (IDE2)	Expériences antérieures : milieu humanitaire et hospitalier 1 ^{er} poste en protection de l'enfance
Structure 3	Individuel	MECS (avec activité d'accueil en urgence)	Marseille	IDE à temps plein depuis 2 ans (IDE3)	Expérience antérieure : milieu hospitalier en service d'urgences pédiatriques 1 ^{er} poste en protection de l'enfance
Structure 4	Individuel	Foyer d'urgence	Marseille	IDE à temps plein depuis 13 ans (IDE4)	Expériences antérieures : IDE puéricultrice à la pouponnière des BDR ; services adultes du secteur hospitalier (réanimation, urgences, oncologie).
Structure 5	Individuel	MECS	Aix-en-Provence	IDE à temps partiel depuis 35 ans (IDE5)	Pas d'information
Structure 6	Collectif	Foyer d'urgence (pouponnière)	Marseille	Directrice (Poup1), IDE puéricultrice (Poup2), IDE (Poup3) et 1 stagiaire cadre (Poup4).	<u>Directrice</u> Formation initiale : éducatrice spécialisée <u>Stagiaire cadre</u> Expérience antérieure : référente ASE
Structure 7	Individuel	Foyer d'urgence	Aix-en-Provence	Directeur depuis 1 an (Dir1)	Formation initiale : psychologue Expériences antérieures : protection de l'enfance, résidence autonomie, CHRS ; direction d'un centre de santé.
Structure 8	Individuel	MECS	Aix-en-Provence	Directeur depuis 6 ans (Dir2)	Expériences antérieures : chef de service dans une autre MECS et éducateur spécialisé à la DIMEF pendant 11 ans.
Structure 9	Individuel	MECS (unité d'adolescentes avec double habilitation ASE/PJJ)	Marseille	Cheffe de service dans l'unité depuis 4 ans (Cds)	Formation initiale : conseiller en économie sociale et familiale (CESF). Expériences antérieures : 18 ans sur des postes éducatifs dans différents services de MECS (PAD, jeunes majeurs, coordination...)
Structure 10	Collectif	MECS	Marseille	Directeur depuis 5 mois (Dir3) et psychologue à temps plein depuis 3 mois (Psy)	<u>Directeur</u> Formation initiale : éducateur spécialisé Expériences antérieures : postes de terrain et de direction en MECS.
Structure 11	Individuel	MECS	Marseille	Directeur depuis 9 ans (Dir4)	Formation initiale : éducateur spécialisé Expériences antérieures : direction dans une autre MECS.

Caractéristiques générales des structures d'accueil

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

Tableau III. Répartition des caractéristiques générales des structures d'accueil

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

Caractéristiques des structures d'accueil : public hébergée et équipes de professionnels

Nous présenterons, dans le tableau qui suit, les caractéristiques des structures en termes de public hébergé (tranche d'âge des enfants hébergés, nombre d'enfants hébergés, et nombre d'enfants par groupe ou par foyer pour les structures divisées en plusieurs foyers) ainsi qu'en termes de composition des équipes exerçant dans les structures notamment de l'équipe éducative et de l'équipe sanitaire si des professionnels de santé sont rattachés à la structure

Tableau IV : Caractéristiques des structures d'accueil bénéficiant de la présence d'IDE

Structure N°	Public hébergé	Répartition des enfants par groupe ou foyer	Equipe éducative par groupe ou foyer	Professionnel(s) de santé rattaché(s) à la structure
Structure 1	71 enfants de 2 à 18 ans et jeunes majeurs	7 groupes de 10 enfants (en fonction de l'âge) et plusieurs studios pour les jeunes majeurs.	4 éducateurs à temps plein et 1 éducateur temps partiel (excepté chez les très grands : 2 éducateurs) et 1 maîtresse de maison.	1 psychologue à temps partiel ; 1 IDE à temps plein.
Structure 2	62 enfants de 3 à 18 ans et jeunes majeurs	5 groupes de 10 enfants (en fonction de l'âge) et plusieurs studios pour les jeunes majeurs.	4 à 5 éducateurs (2 éducateurs pour les jeunes majeurs) et 1 maîtresse de maison	1 psychologue à temps partiel ; 1 IDE à temps partiel.
Structure 3	119 enfants de 3 à 18 ans et jeunes majeurs	11 groupes de 8 enfants (en fonction de l'âge) ; services de semi-autonomie et autonomie pour les grands mineurs et les jeunes majeurs ; service d'accueil d'urgence pour 10 enfants âgés de 11 à 17 ans	4 éducateurs et 1 maîtresse de maison	1 temps plein de psychologue partagés par 3 psychologues ; 1 IDE à temps plein.
Structure 4	299 enfants de 0 à 18 ans (196 en hébergement, 70 MNA)	12 foyers (dont la pouponnière) et un pôle d'accueil de MNA	Pas d'information	3 foyers spécifiques (dont pouponnière) dans lesquels il y a la présence d'IDE, 1 IDE temps plein coordinatrice sur les autres foyers ; Psychologues à temps partiel dans plusieurs foyers.
Structure 5	239 enfants de 3 à 18 ans et jeunes majeurs : 65 en hébergement répartis à Aix (40) et Marseille (25)	6 groupes d'environ 10 enfants	5 éducateurs	1 IDE temps plein, 1 psychologue à temps partiel
Structure 6	25 enfants de 0 à 3 ans	5 unités d'accueil : 4 unités de 6 nourrissons et 1 unité de 5 nouveau-nés	Pas d'information	1 équipe relais constituée de 5 infirmières puéricultrices et de 12 auxiliaires de puériculture ; 1 pédiatre présent 2 demi-journées par semaine ; 1 psychologue à temps partiel

Tableau V : Caractéristiques des structures d'accueil ne bénéficiant pas de la présence d'IDE

Structure N°	Public hébergé	Répartition des enfants par groupe ou foyer	Equipe éducative par groupe ou foyer	Professionnel(s) de santé rattaché(s) à la structure
Structure 7	54 enfants de 0 à 18 ans en hébergement	5 foyers	8 éducateurs	Aucun
Structure 8	8 enfants de 3 à 21 ans en hébergement (dont enfants en situation de handicap)	NA	9 éducateurs, 1 maîtresse de maison, 1 animateur, 1 moniteur éducateur, 3 éducateurs spécialisés et 2 assistants éducatifs et sociaux (AES)	Aucun
Structure 9	8 adolescentes âgées de 14 à 18 ans en très grande difficulté	NA	5 éducateurs	1 psychologue à temps partiel
Structure 10	33 jeunes filles âgées de 12 à 18 ans et jeunes majeures	4 groupes de 5 à 8 enfants et plusieurs studios	Pas d'information	1 psychologue à temps partiel
Structure 11	100 enfants de 18 mois à 18 ans et jeunes majeurs	Foyer de Marseille : 68 enfants répartis en 6 groupes de 5 à 10 enfants Foyer d'Aix : 32 enfants de 3 à 16 ans répartis en 4 groupes	Marseille : 3 éducateurs et 1 maîtresse de maison (excepté pour le groupe de 10 enfants âgés de 18 à 36 mois encadrés par 6 personnels éducatifs, 4 surveillants de nuits et 2 maîtresses de maison). Aix : 5 éducateurs et 1 maîtresse de maison	Marseille : 1 médecin traitant rattaché à la structure présent 1 demi-journée par semaine assisté par 1 secrétaire pédagogique et médicale ; 1 psychologue à temps partiel Aix : 1 Neuropsychologue à temps partiel

A travers les tableaux précédents nous avons pu mettre en évidence l'hétérogénéité des structures d'accueil dans lesquelles exerçaient les professionnels interrogés.

A propos de la présence de professionnels de santé dans les structures, en résumé :

Deux structures bénéficiaient de la présence d'un médecin rattaché à la structure (1 bénéficie de la présence d'un médecin généraliste et la pouponnière bénéficie de la présence d'un pédiatre). Le pédiatre était présent 2 demi-journées par semaine à la pouponnière tandis que le médecin généraliste était présent 1 demi-journée par semaine.

Parmi ces deux structures, 1 bénéficiait de la présence d'IDE et 1 n'en bénéficiait pas. Dans cette dernière le médecin généraliste était assisté par une secrétaire pédagogique et médicale lors des consultations.

La majorité des structures bénéficiaient de la présence de psychologue. Seule la structure 8 n'avait pas de psychologue rattaché ni de visites de psychologues. La structure 7 n'avait pas de psychologue directement rattaché à la structure mais elle faisait appel à des psychologues intérimaires.

Concernant la durée des placements dans les foyers d'urgence, théoriquement elle est de 3 à 6 mois (pendant que l'enquête sociale est réalisée). Cependant les 3 foyers d'urgence interrogés ont rapporté que les placements duraient souvent bien plus de mois, voire des années.

I.2. Description de l'organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil

Dans cette partie nous allons présenter les différences en termes d'organisation des soins des structures d'accueil des professionnels répondant au questionnaire (concernant le bilan médical d'entrée) et des structures d'accueil des professionnels interrogés par entretiens (concernant le bilan médical d'entrée et le suivi médical au cours du placement).

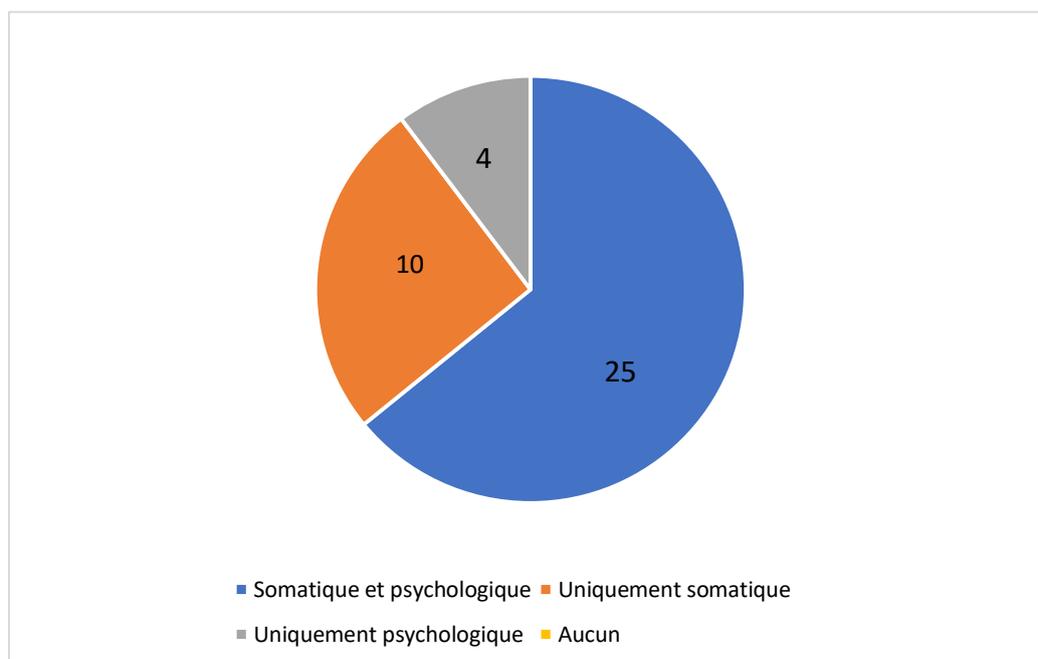
I.2.1. Résultats de la partie 1 du questionnaire

Les données de la partie 1 du questionnaire (Q2 à Q5), au sujet du bilan médical d'entrée, ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive.

Contenu du bilan médical d'entrée

Parmi les 39 répondants, 25 (64%) ont indiqué que les enfants bénéficient d'un bilan somatique et psychologique à leur arrivée dans la structure, 10 (26%) ont indiqué que l'examen d'entrée est uniquement somatique et 4 (10%) ont indiqué qu'il est uniquement psychologique. Aucun répondant a indiqué qu'aucun bilan médical d'entrée est réalisé dans la structure dans laquelle il exerce.

Graphique 1. Proportion des différents types de bilan d'entrée réalisé dans les structures



Délai de réalisation du bilan médical d'entrée

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

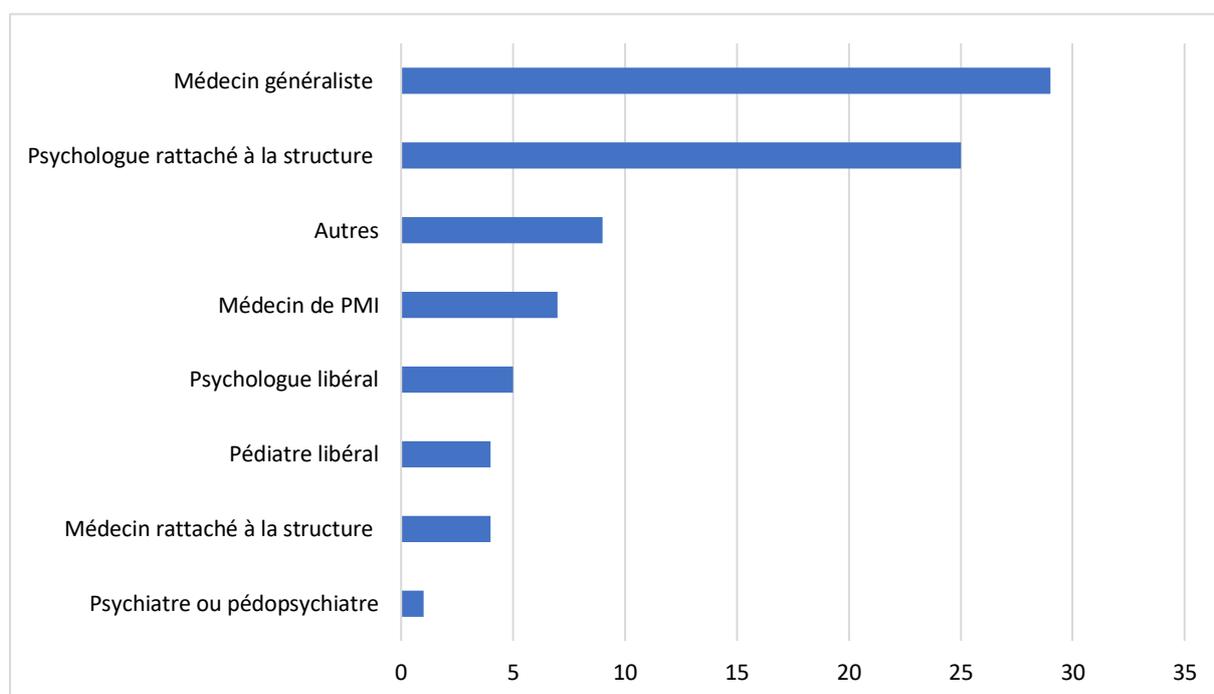
Déclaration d'un médecin traitant à l'arrivée dans la structure

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

Professionnels effectuant le bilan médical d'entrée

En ce qui concerne la question demandant de renseigner quels professionnels de santé réalisent le bilan d'entrée, les répondants pouvaient donner plusieurs réponses.

Graphique 2. Proportion des différents professionnels de santé effectuant le bilan médical d'entrée dans les structures d'accueil



Les répondants ont indiqué majoritairement que le bilan médical d'entrée est réalisé par un médecin généraliste libéral, par un psychologue rattaché à la structure d'accueil et par un médecin de PMI :

- Les médecins généralistes libéraux ont été renseignés par 29 répondants (74%).
- Les psychologues rattachés à la structure par 25 des répondants (64%).
- Les médecins de PMI par 7 d'entre eux (18%).

D'autres professionnels ont été renseignés par les répondants mais de façon moins fréquente :

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

9 participants (23%) ont indiqué que le bilan est réalisé par d'autres professionnels :

- IDE rattachée à la structure (4) ;
- Centre médicopsychologique et centre médico-psycho-pédagogique (1) ;
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et Maison Départementale de l'Adolescent (1) ;
- Centre de santé par convention (1) ;
- CESAM 13 (Centre d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie des Bouches du Rhône) pour les enfants de plus de 16 ans (1) ;
- Dentiste et gynécologue si besoin (1).

I.2.2. Organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil des professionnels interrogés lors des entretiens

Tableau VI : Organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil

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

Chaque structure d'accueil étudié avait un fonctionnement différent en ce qui concerne la prise en charge de la santé des enfants à leur arrivée dans la structure.

Comme nous l'avons vu, parmi les 11 structures, 2 bénéficiaient d'un médecin rattaché à la structure effectuant des visites hebdomadaires et bi-hebdomadaires. Parmi les 9 autres structures, 7 avaient identifié un médecin généraliste libéral de proximité faisant office de référent en étant le médecin traitant de l'ensemble des enfants de la structure. La plupart du temps ces médecins réalisaient des visites régulières (hebdomadaires ou mensuelles)

directement dans les structures. Un lien privilégié pouvait se créer et ils restaient disponibles pour les professionnels des structures en dehors des visites, si besoin. La structure 7 était en lien avec des professionnels de centres de santé.

Seule une structure n'avait pas identifié de médecin traitant en particulier et une autre en avait identifié un qui était déclaré en tant que tel mais qui dans les faits n'était pas visité par la structure en cas de problème de santé ou pour le suivi de santé des enfants à cause de la saturation des consultations du médecin.

Ainsi, la majorité des structures avaient un fonctionnement systématisé, c'est-à-dire un médecin généraliste rattaché à la structure ou un médecin de proximité référent, qu'elles déclaraient systématiquement comme médecin traitant (MT) des enfants à leur arrivée. Cela même si l'enfant avait un MT avant d'arriver car ils étaient souvent trop éloignés. Des exceptions cependant pouvaient être faites pour des enfants avec des problématiques particulières ou pour les plus grands en autonomie ou semi-autonomie qui pouvaient choisir leur MT.

Deux structures ne déclaraient pas systématiquement un MT : les structures 9 et 10 accueillant des adolescentes ont expliqué tenter de conserver le MT de famille. Ces mêmes structures n'ont pas de fonctionnement systématisé en ce qui concerne le délai de réalisation du bilan d'entrée. Dans les autres structures, le bilan d'entrée était réalisé à la visite régulière du MT directement dans la structure ou dans le cabinet du MT de proximité lorsqu'il ne réalisait pas de visites. Ainsi dans ces structures le bilan était systématiquement réalisé dans la première semaine ou le premier mois d'arrivée de l'enfant, en fonction du rythme de visite du MT.

Concernant le contenu du bilan d'entrée, les professionnels expliquaient qu'il s'agissait d'un point santé sur les vaccinations, les mensurations, le recueil des antécédents de l'enfant et de ses parents et d'un point sur les soins à mettre en place (visites chez le dentiste, chez l'ophtalmologue, etc.). Ils n'ont pas fait référence à l'utilisation d'outils ou d'échelles d'évaluation du développement de l'enfant.

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

Chapitre II : Principaux résultats concernant les difficultés rencontrées et les ressources identifiées

II.1. Résultats de la partie 3 du questionnaire et élaboration de la grille d'analyse

Résultats principaux de l'analyse thématique de la partie 3 du questionnaire

La partie 3 du questionnaire (Q9) portait sur les difficultés rencontrées par les professionnels des structures d'accueil dans leur pratique quotidienne. Les réponses à cette question ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique continue (démarche inductive).

Parmi les 39 répondants, 5 personnes ont indiqué dans leur réponse ne rencontrer « aucune » difficulté mais 3 ont complété leur réponse ensuite. Donc au total nous pouvons considérer que seulement 2 répondants ont affirmé ne rencontrer aucune difficulté. 3 grands thèmes comprenant chacun 3 thèmes ont émergés de l'analyse des réponses de la Q9 :

Tableau VII. Thèmes principaux émergents de l'analyse qualitative du questionnaire

Grands thèmes	Thèmes (nombre de répondants)
Difficultés d'accès aux soins et au système de santé des enfants (49 occurrences)	Difficultés administratives concernant l'ouverture et le renouvellement des droits à l'assurance maladie (18)
	Réticence des professionnels de santé face aux difficultés d'ouverture des droits et à la couverture maladie universelle et refus de la CMU (10)
	Difficultés d'accès aux soins au cours du placement liées à une offre de soins insuffisante (21)
Difficultés de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge en santé de l'enfant (20 occurrences)	Difficultés d'accès à des soins adaptés aux besoins spécifiques et particuliers des enfants confiés au cours du placement (5)
	Difficultés de mise en œuvre de partenariats entre les professionnels de santé et les structures d'accueil (8)
	Difficultés de gestion des soins dans la structure d'accueil et notamment de coordination entre IDE et équipe éducative (7)
Difficultés de prise en charge en santé des enfants, liées à l'enfant, son parcours de vie et ses parents (17 occurrences)	Difficultés liées à l'adhésion aux soins et à l'implication des parents dans la santé de leur enfant (3)
	Difficultés dans la continuité de l'historique de santé de l'enfant au cours de son parcours de vie (8)
	Difficultés de prise en charge relatives à l'adhésion de l'enfant (6)

Elaboration de la grille d'analyse

Les réponses de la partie 1 (prise en charge des enfants à l'entrée dans la structure) et de la partie 3 (difficultés rencontrées par les professionnels) du questionnaire, ont permis de dégager les thèmes et les grands thèmes constituant la grille d'analyse.

Les outils mis à disposition dans le guide de « diagnostic partagé » ont permis de créer pour chaque thème, les sous-thèmes : difficultés, conséquences (ces 2 sous-thèmes permettront la construction de « l'arbre à problèmes »), ressources, objectifs à atteindre, actions existantes et actions à entreprendre (ces 4 thèmes permettront la construction de « l'arbre d'objectifs »).

II.2. Accès aux soins et au système de santé des enfants confiés

II.2.1. Ouverture des droits à l'assurance maladie

Difficultés d'ouverture des droits à l'assurance maladie

Les difficultés administratives concernant l'ouverture et le renouvellement des droits à l'assurance maladie des enfants confiés à l'ASE ont majoritairement été soulignées, par les répondants au questionnaire et par les professionnels interrogés lors des entretiens.

Dans le questionnaire, 18 répondants (47%) ont indiqué rencontrer des « difficultés majeures » concernant l'ouverture et le renouvellement des droits à l'assurance maladie des enfants confiés dans leur structure. Parmi eux 14 sont des IDE et 4 sont des directeurs.

Au total, 28 occurrences ont concerné ce thème car certains des 18 professionnels ont cité plusieurs difficultés. Les professionnels ont rapporté rencontrer des difficultés à différents niveaux de l'accès aux droits et pour l'obtention des documents de santé. Les difficultés rapportées concernant l'ouverture et le renouvellement des droits à l'assurance maladie étaient les suivantes :

Délai important pour l'obtention de l'ouverture des droits à la CMU²⁰³ pour les primo arrivants (7)

Difficulté et délai importants pour l'obtention du renouvellement des droits et des attestations de droit à la CMU (4)

Attestations CMU difficiles à obtenir (4)

Délai important pour l'obtention ou la mise à jour des cartes vitales (4)

Difficultés et délai important pour l'obtention de la Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) (5)

Délai important pour l'obtention des numéros de sécurité sociale définitifs (2)

Absence de partenariat et de lien avec la CPAM (2)

²⁰³ La protection universelle maladie (PUMa) a remplacé depuis 2016 la couverture maladie universelle (CMU) mais j'emploierai l'acronyme CMU dans la présentation des résultats afin de rester fidèle aux propos des personnes interrogées.

Les professionnels ont particulièrement fait référence à l'existence d'une certaine « lenteur administrative » dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Ils ont témoigné attendre de nombreux mois pour obtenir les attestations d'assurance maladie et ont ajouté que les délais sont encore plus importants pour l'obtention de la carte vitale.

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

Dans les entretiens les professionnels ont été plus nuancés. Ces difficultés ont été soulignées par l'ensemble des IDE interrogées, par la pouponnière ainsi que par le chef de service. Les autres professionnels des structures sans IDE ont rapporté avoir de difficultés modérées et s'y accommoder.

La difficulté d'ouverture et de renouvellement des droits est considérée comme étant la difficulté majeure par certains professionnels (5 IDE et Cds) :

« Dans le quotidien le plus problématique c'est qu'on court beaucoup après les CMU initiales et les renouvellements. » (Cds)

« La CMU c'est notre première difficulté. » (IDE 1)

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

« C'est la Sécurité sociale qui met du temps à nous donner ces fameuses attestations. » (IDE 5)

Les professionnels ont insisté, comme dans le questionnaire, sur la lenteur administrative et les délais importants d'ouverture des droits notamment pour les primo-arrivants :

« Alors un premier arrivant, la grosse problématique, c'est qu'on n'a pas la CMU. Nous, c'est un gros souci pour ça. Ça met 3 à 4 mois. Je trouve que c'est énorme. On peut s'en passer, heureusement que ce n'est pas un établissement pas médicosocial ni sanitaire, donc ça va, ceux sont des enfants qui ont de la bobologie comme tous les autres. » (IDE 5)

« L'ouverture des droits c'est super long. Je sais que c'est le Conseil départemental qui s'en occupe généralement quand il y a le placement ils font la demande d'ouverture de droits de CMU, mais ça m'est arrivé qu'on attende jusqu'à plus de 4 mois sur une jeune qui avait besoin de soins. » (Cds)

« Ça s'est amélioré quand même depuis 7 ans que je suis arrivée mais la CMU c'est quand même super long. » (IDE 4)

Deux structures n'ont pas rapporté de difficultés majeures concernant l'ouverture des droits :

« La première étape, est de voir si on a la CMU, voilà déjà on essaie de voir si on a tous les documents, les pièces administratives et immédiatement on interpelle le département pour que ça puisse se mettre en place. Donc ça se fait en général assez rapidement, sauf cas particuliers, et il y a toujours des cas particuliers. Le délai c'est très aléatoire selon les MDS, il y a une MDS en quinze jours on va l'avoir, une autre il va falloir y revenir quoi. » (Dir 2)

« Non ce n'est pas très long l'ouverture des droits, généralement on reçoit les attestations CMU assez rapidement, ça s'est amélioré avec le temps. Parfois ça bloque et quand ça bloque c'est très complexe mais c'est rare. » (Dir 4)

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

« C'est un gros problème parce que ça a du mal à suivre derrière les papiers, régulièrement il faut appeler l'agent administratif de la MDS qui est en lien avec la sécurité sociale. J'ai une gamine qui est arrivée, elle avait l'attestation, elle n'avait pas la carte vitale, l'attestation datait de fin octobre et je l'ai eu la nouvelle attestation il y a 15 jours (*mi-juin*), après plusieurs relances. J'appelais moi la MDS, directement l'agent administratif, j'ai envoyé des mails mais ça n'arrivait toujours pas donc j'ai fait appeler ma cadre qui est passée directement par l'inspecteur, donc ce n'est même pas les référents ASE c'est carrément au-dessus quoi, pour réussir à avoir l'attestation. » (IDE 1)

« On a des enfants qui sont là en primo-placement depuis octobre et on n'a rien (février), on a relancé tous les mois voire plusieurs fois par mois, c'est insupportable. » (IDE 3)

« On est beaucoup plus rapides dans la sollicitation, par la force des choses on a dû les contacter rapidement parce qu'il y a eu des enfants qui devaient subir des examens ou qui devaient avoir des traitements. Par exemple quand on s'adresse à la pharmacie centrale de l'hôpital de la Conception il faut impérativement la CMU de l'enfant, pour avoir des médicaments qui sont très particuliers, et sans la CMU on ne nous les délivre pas, on a vraiment pris ce rythme un peu plus soutenu, plus précocement. » (Poup 2)

La gestion administrative des documents de santé fait partie du quotidien de la pratique des IDE dans la plupart des structures bénéficiant de la présence d'une IDE. L'une d'entre elle a expliqué :

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

Une seule IDE rapporte ne pas se charger de ces tâches administratives grâce à la présence d'une secrétaire :

« Ce que je ne fais pas du tout ce sont les demandes à la sécu, les affiliations tout ça moi je ne fais pas. C'est une secrétaire au service social qui est en lien avec la sécu. Elle me donne le papier « tiens il a les droits », et ça c'est vraiment royal. » (IDE 3)

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

« La CMU c'est la problématique mais c'est récurrent, ça fait des années, ça fait 35 ans qu'on a des problèmes, ça a bien évolué, mais pour nous le problème, c'est cette CMU qui démarre tardivement. Mais à chaque fois les inspectrices connaissent, elles font de leur mieux, ça s'est amélioré mais bon après c'est comme ça, c'est tout. » (IDE 5)

« On le fait remonter à chaque réunion d'IDE et à chaque fois il y a quelqu'un de la sécu qui dit "mais non je suis en contact avec eux mais je pense qu'ils n'y peuvent

rien", enfin je ne sais pas ça doit être la sécu qui doit poser problème, mais c'est un gros problème ça. » (IDE 2)

« Alors j'étais allée à une réunion infirmière où on nous expliquait qu'il y allait avoir un centre à Saint Barnabé qui ne s'occuperait que de ça, que des enfants de l'ASE, donc que ce serait plus facile sensément mais c'est compliqué des fois, on n'a pas les attestations à jour qui reviennent, ça arrive régulièrement et c'est un problème qui n'arrive pas que chez moi, ça m'a rassurée parce que quand on était en réunion elles ont toutes dit là même chose en fait. » (IDE 1)

Les professionnels ne comprennent pas les raisons de ce frein administratif puisque dès qu'une mesure de placement est prononcée, une demande de CMU est effectuée automatiquement dans les quinze premiers jours :

« On ne comprend pas parce qu'ils nous disent que normalement ça met moins de quinze jours au moment de l'OPP une fois qu'ils ont le placement, le jugement mais ce n'est jamais ça, jamais, et encore moins pour la carte vitale. » (IDE 2)

« Normalement après 1 mois de placement la CMU est envoyée à l'audience, à l'ordonnance. » (Poup 4) « Mais concrètement ce n'est pas le cas, il faut la solliciter. » (Poup 1) « C'est exceptionnel qu'elle arrive. » (Poup 2)

La difficulté d'accès aux droits à l'assurance maladie constitue le premier frein rencontré dans le parcours de soins des enfants confiés à l'ASE. Elle est rapportée dans le questionnaire comme dans les entretiens et plus fréquemment par les IDE que par les directeurs.

Les conséquences sur la prise en charge en santé des enfants confiés dans les structures et la gestion des soins par les professionnels sont multiples.

La conséquence majeure qui entraîne cette problématique administrative est un retard de prise en charge de l'enfant qui peut mener à une perte de chances pour ce dernier et une aggravation des problématiques de santé.

Conséquences des freins administratifs concernant l'ouverture des droits

Les professionnels répondants au questionnaire ainsi que ceux interrogés expliquent que les difficultés d'ouverture et de renouvellement des droits à l'assurance maladie des enfants confiés à l'ASE entraînent une réticence des professionnels de santé à recevoir ces enfants et ainsi une perte de chances et un retard de prise en charge de la santé des enfants qui en ont besoin. De plus, ils sont confrontés à de la discrimination en santé par certains professionnels de santé qui refusent de recevoir les enfants même lorsque leurs droits à la CMU sont ouverts.

Dans le questionnaire, dix répondants (26%) ont fait référence à la réticence des professionnels de santé à recevoir les enfants du fait de leur non-ouverture des droits. Parmi eux cinq sont des IDE et cinq sont des directeurs. D'après les réponses des professionnels, les difficultés d'ouverture des droits à l'assurance maladie entraînent les problématiques suivantes :

Refus des professionnels de santé de recevoir des enfants en attente d'attestation (5)

Refus d'avances de frais et de démarches administratives malgré la couverture CMU (2)

Discrimination en santé par les professionnels de santé (3)

Conséquences des difficultés d'ouverture des droits sur la prise en charge (2)

Concernant le refus des professionnels de santé de recevoir des enfants en attente d'attestation, une IDE de foyer d'urgence précise que ces difficultés sont notamment rencontrées pour trouver des spécialistes et une autre IDE de foyer d'urgence rapporte notamment rencontrer des difficultés en cas de dépassements d'honoraires.

Deux professionnels témoignent des conséquences des difficultés d'ouverture des droits. Une IDE explique que cela est un frein notamment pour la déclaration d'un médecin traitant avec des attestations provisoires et sans numéros définitifs tandis qu'un directeur explique qu'il rencontre des difficultés lorsqu'un enfant doit être hospitalisé et qu'il n'a pas de Complémentaire santé solidaire.

En somme, les professionnels mettent en exergue le fait que cette lenteur administrative a des conséquences sur la prise en charge des enfants confiés qui est ainsi retardée et entraîne des « *renoncements aux soins et des aggravations de l'état de santé.* »

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

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

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

« Là je viens d'annuler un RDV avec un médecin parce qu'elle ne prend pas si on n'a pas de carte vitale et le gamin il n'en a pas. Mais ça c'est interdit normalement par la loi mais je n'ai pas le temps d'aller porter plainte. Avec la CMU elle ait payé 3 mois plus tard, alors qu'avec la carte vitale elle est payée tout de suite donc la CMU ça ne l'intéresse pas. Il y a plus de médecins qui refusent la CMU que ce que l'on peut croire. » (IDE 2)

« On essaie de voir les professionnels qui prennent la CMU mais parfois le simple fait qu'il n'y est pas la carte vitale, qu'il n'y ait qu'une attestation, qu'un format papier ça nous ait refusé. Je sais qu'il y avait une jeune qui devait se faire tester pour le covid par exemple et ça a été refusé. » (Cds)

Ils témoignent également de discrimination en santé par des professionnels de santé. Les structures d'accueil doivent donc faire en sorte de s'organiser, de sélectionner et repérer par avance les professionnels de santé prenant la CMU :

« On a certains médecins qui refusent de nous recevoir du fait de la CMU, bien que ce soit interdit, il y a un vrai problème de médecins qui refusent donc moi ce que j'ai dit aux éducateurs, c'est qu'ils n'ont pas à dire qu'il y a la CMU ou pas au téléphone, ils se présentent, ils font le rendez-vous et voilà, on a un peu fait du forcing, mais du coup, ça rend certains médecins relativement désagréables en présence des enfants,

ce qui n'est pas utile, on n'a pas besoin de ça en plus. Donc on travaille beaucoup avec nos réseaux personnels, ce qui nous facilite la tâche. » (Dir 2)

« On marche beaucoup avec Doctolib aussi, donc on sait à l'avance s'il prend la CMU ou pas et ça nous évite ces écueils-là aussi. » (Dir 1)

« Déjà les spécialistes qui prennent la CMU ce n'est pas évident alors s'ils ne l'ont même pas... Alors des fois on goupille, on appelle la PASS santé de la Timone et comme ils ont le logiciel pour voir l'ouverture de droit. Des fois on peut avoir une attestation d'ouverture de droit mais même avec ça pas tous les médecins les labos ou les radios prend quoi, alors les dentistes, n'en parlons pas, déjà rien qu'avec la CMU c'est la galère. Notre but en fait c'est de trouver des partenaires qui mettent en attente parce qu'entre le moment où on a l'OPP et le moment où on a en main l'attestation de CMU il peut se passer des semaines comme des mois donc en attendant il faut qu'on trouve des médecins qui veuillent bien mettre en attente les consultations. Du coup à chaque fois que je vais les démarcher, d'entrée je les informe de ce problème. » (IDE 4)

« Selon ce que c'est je ne peux pas faire les soins. Alors le *MT référent de la structure*, on va aller à son cabinet si y a un truc un peu urgent, on va y aller entre 2 mardis (*jour de visite hebdomadaire du MT*), en général on a des créneaux le jeudi après-midi, et il peut nous prendre sans papier quoi et puis après on régularise. La pharmacie aussi ils vont nous avancer le traitement et on s'arrange après mais les autres... c'est plus compliqué » (IDE 1)

« Là j'ai des CMU qui ne sont pas à jour depuis 2 mois et je n'ai pas la nouvelle et je n'ai pas la carte vitale et ben je fais quoi ? Heureusement qu'il y a pas mal de médecins qui nous connaissent et qui savent que c'est repoussé donc ils nous prennent et nous mettent en attente. La pharmacie nous a mis en attente plein de fois, l'orthodontie aussi. Et heureusement parce que sinon je ne pourrais pas soigner les enfants. Mais c'est parce qu'ils me connaissent. C'est important de créer un lien de confiance parce que sinon on ne peut pas travailler, si je dois attendre les CMU pour prendre des RDV ce n'est pas possible. La CMU c'est le problème pour tout le monde et ce qui serait intéressant c'est d'échanger sur : 'Où aller quand on n'a rien comme papier médical ? » « A part les gens qu'on connaît qui peut nous prendre dans les soins ? » (IDE 2)

Les professionnels des structures insistent sur l'importance d'être vraiment rigoureux sur le paiement et la régularisation de l'avance de frais effectuée par les professionnels de santé afin de conserver une relation de confiance et un partenariat, précieux au vu des obstacles rencontrés :

« On n'a pas de refus de médecins, ils les reçoivent mais par contre il faut les payer quoi, mois là-dessus je suis intraitable, il est arrivé que des éducateurs soient allés à la consultation comme ça, sans argent et là-dessus je ne déroge pas, ils le savent. L'éducateur revient il prend les sous et il lui ramène, ce n'est pas plus compliqué que ça quoi. On ne va pas comme ça chez le médecin, c'est tout, on se débrouille. Il y a des trucs des fois où je me dis c'est un autre monde quoi. » (IDE 5)

« Là j'ai un jeune qui devait faire une prise de sang, j'ai dû *supplier* le labo, en leur assurant de régulariser lorsque les droits seront ouverts, mais par contre là il ne faut pas se louper parce que sinon le professionnel il ne fait plus confiance. » (IDE 3)

La problématique d'accès aux soins due au retard d'ouverture des droits peut être contournée lors de soins dans un hôpital, lorsque l'enfant y a séjourné ultérieurement :

« Il y a quelques dossiers où par exemple avec le numéro de la maman ça a pu fonctionner, par exemple dans les hôpitaux de la Timone, Nord, Conception si on ne fournit pas le document CMU, pour eux l'enfant il est passé par une hospitalisation ou qu'il est né sur un de ses établissements ils ont une antériorité du numéro de sécu de la maman et franchement ça ne bloquera jamais si on y retourne pour une consultation ou une hospitalisation. » (Poup 2)

Majoritairement, les IDE ont rapporté être freinées dans l'initiation de la prise en charge en santé :

« Le médecin prescrit une liste des choses à faire, souvent nécessité d'attendre malheureusement l'attestation donc ça prend du temps. » (IDE 3)

« Si on avait la CMU dès qu'ils arrivaient ou au moins dans le mois qui suit ça faciliterait quand même pas mal les choses. » (IDE 4)

« Là j'ai des CMU qui ne sont pas à jour depuis 2 mois et je n'ai pas la nouvelle et je n'ai pas la carte vitale et ben je fais quoi moi ? » (IDE 2)

Une autre conséquence directe dont témoignent les professionnels interrogés est liée au financement des soins par les structures qui effectuent ainsi des dépenses importantes qui ne sont pas remboursées par la suite directement aux structures :

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

« Ça m'est arrivé qu'on attende jusqu'à plus de 4 mois (*l'ouverture des droits*) pour une jeune qui avait besoin de soins donc ça fait des avances de frais, donc voilà on le fait parce que la priorité est au soin mais pour vous dire moi mon budget soins, à l'année pour les 8 gamines c'est 400 euros, vous avez un traitement de gale à faire votre budget il est éclaté, ça va très vite. » (Cds)

« Le problème pécutiairement parlant c'est que si on avance c'est l'ASE qui est remboursé, donc nous on va sortir l'argent et eux vont se faire rembourser un argent qu'ils n'ont pas sorti. Moi je suis ok mais eux (*direction*) ça ne leur va pas du tout, ce fonctionnement ce n'est pas terrible quoi. Là par exemple pour les enfants qui n'ont pas du tout de carnet de santé on va devoir faire une sérologie et ce n'est pas remboursé et là j'ai une fratrie de 5, ça fait un sacré budget quoi. » » (IDE 3)

« On avance les frais, mais les inspecteurs n'aiment pas ça surtout parce que l'enfant à la possibilité d'avoir les droits. Donc on avance mais on ne peut pas se faire rembourser, c'est le département qui reçoit et après il ne peut pas distinguer les différents remboursements à effectuer alors il nous proposent de faire des augmentations de prix journalier par enfant. » (Dir 4)

Les structures d'urgence sont aussi confrontées à des retards dans la réception des factures et à une incohérence temporelle de la réception des attestations CMU par rapport au séjour de l'enfant, ce qui leur compliquent d'autant plus la tâche du point de vue administratif :

« Parfois on reçoit des factures a posteriori donc on peut revenir dessus mais il a pu arriver que je reçoive des factures de 5000 euros pour des enfants et je ne comprends pas pourquoi parce qu'ils n'étaient pas encore là. (Poup 1) Par exemple il y a un enfant pour qui la CMU n'avait pas été sollicitée ou obtenue dans le temps de son placement à la pouponnière. Il est vite parti sur une autre orientation et du coup nous on a généré des frais médicaux et en fait le dossier a été clôturé et on n'a jamais bénéficié de l'attestation de CMU et donc du remboursement des soins. » (Poup 2)

Malgré ces freins, les professionnels font du soin une priorité et ne le négligent pas ou ne le retardent pas à cause des retentissements financiers :

« En tout cas ce qui est évident c'est qu'il n'y a aucun soin qui n'est pas fait pour des questions de CMU, non ça ne freine pas en fait. » (Poup 1)

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

Dans certaines structures un budget santé est prévu :

« On avance les frais tout le temps, après on a la feuille de soins qu'on donne à la fin à la comptable qui remet tout ça au conseil départemental. Après je ne sais pas comment ça se passe. On fait, on ne se pose pas la question si ça fait un déficit ou pas de déficit. Franchement j'ai un budget quand même assez large. Par exemple on a des poux, c'est un sacré budget les produits contre les poux ! Et puis il y a beaucoup de produits qui ne sont pas remboursés. Alors, on fait attention mais on ne néglige pas la santé. C'est un point primordial dans cette maison et ils ne manquent de rien. Dans ma pharmacie il y a tout ce qu'il faut, j'ai tout. » (IDE 5)

« Nous, on fait le choix de payer. Du coup, sur notre budget, on a des charges qui sont en plus, qui n'étaient pas prévues, donc on en a beaucoup en plus parce qu'on choisit de payer parce que voilà, s'il faut prendre RDV on ne va pas attendre, on

prend le RDV. Il y a des choses qui peuvent attendre et d'autres non. Bon par contre pour régulariser on ne va pas solliciter l'ASE à chaque fois, on a un budget donc on travaille avec notre budget et à la fin, on explique. » (Dir 2)

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

Les conséquences sont donc la réticence des professionnels de santé à recevoir des enfants sans attestation, les importantes avances de frais de soins effectuées par les structures d'accueil ainsi que les freins dans l'organisation des soins. Le plus grand risque étant que tout cela entraîne un retard de prise en charge en santé des enfants et donc une perte de chances pour ces enfants aux besoins en santé importants.

Ouverture des droits à l'assurance maladie : ressources identifiées

Des professionnels ont cependant identifié des leviers afin de faire face à cette difficulté majeure. Notamment un directeur a rapporté s'associer et privilégier le partenariat avec des centres de santé afin de pouvoir contourner cette difficulté et outrepasser l'avance de frais tandis que les professionnels de la pouponnière expliquent que leur participation à l'expérimentation PEGASE est devenue un levier pour l'ouverture des droits, entraînant une forte mobilisation autour de cette problématique car sans la CMU les enfants ne peuvent être inclus dans le programme :

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

« En fait c'est une des conditions pour inclure les enfants dans le programme donc c'est crucial et dès qu'on a rencontré les familles et qu'ils sont ok pour que l'enfant soit inclus, branlebas de combat si on n'a pas la CMU, effectivement il faut se mobiliser pour la réclamer et franchement ça a été rapide pour les quelques-unes. Après on n'a pas beaucoup de recul, mais pour les 2 ou 3 pour lesquels on a eu

besoin de la solliciter ça a été très rapide, ils ont honoré notre demande très rapidement. » (Poup 2)

Lors de notre entretien, la référente CPAM de l'ASE a pu m'expliquer qu'elle était actuellement en lien avec la CPAM dans une démarche de numérisation des demandes d'attestation effectuées par l'ASE ainsi que des renvois des attestations de la CPAM à l'ASE.

II.2.2. Offre de soins sur le territoire

Difficultés d'accès aux soins liées à une offre de soins insuffisante sur le territoire et conséquences

En plus des freins d'accès aux soins causés par les difficultés d'ouverture des droits et la réticence des professionnels de santé au regard de cette non-ouverture, d'autres difficultés viennent se surajouter. Les professionnels des structures se retrouvent notamment face à une offre de soins souvent insuffisante sur le territoire.

21 répondants (55%) ont témoigné rencontrer des difficultés dues à une offre de soins insuffisante liée à un phénomène de désertification médicale spatiale et temporelle et plus particulièrement pour la prise en charge en santé mentale et en orthophonie. Parmi eux 9 sont des IDE et 12 sont des directeurs.

Dimension temporelle de la désertification (délai d'attente) (5)

Dimension spatiale de la désertification (pénurie sur le territoire) (4)

Carence d'offre soins en santé mentale (6)

Carence d'offre de soins orthophoniques (5)

Non-respect de la limite d'âge de la prise en charge des enfants confiés en PMI (1)

Concernant les délais d'attente importants d'obtention de rendez-vous, une IDE a précisé que ces difficultés sont notamment rencontrées auprès des spécialistes et une autre IDE a ciblé les dispositifs publics.

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

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

D'autres professionnels évoquaient ce phénomène de « *désertification médicale* » et des difficultés à trouver des spécialistes à proximité de leur structure.

6 répondants ont souligné plus précisément les difficultés concernant l'offre de soins en santé mentale, au niveau de la pénurie sur le territoire et des délais d'attente. Ils ont rapporté notamment le manque de pédopsychiatres sur le territoire et des listes d'attente très importantes pour initier un suivi en CMP ou CMPP. Une IDE a témoigné d'une « *attente de plus d'un an* ». Cinq répondants ont indiqué rencontrer des difficultés pour trouver des orthophonistes. Un directeur a fait référence au refus de certains médecins de PMI de réaliser les bilans médicaux d'entrée des enfants confiés au-delà de 7 ans alors que cela fait théoriquement partie des missions de la PMI.

Dans les entretiens, l'ensemble des professionnels faisaient également référence à l'offre de soins insuffisante sur le territoire. La structure 10 n'avait pas encore mis en place de façon systématique une prise en charge en santé donc elle n'a pas rapporté de difficultés en particulier à ce niveau-là. J'ai choisi d'illustrer cette thématique par les propos d'un professionnel du pôle inspecteur d'Aix-en-Provence et d'un de celui de Marseille qui ont rapporté avoir fréquemment recours à des permanences médicales ou à des services d'urgence :

« On va faire venir SOS Médecins quand il y a sur le territoire. Par exemple à *ville1* il n'y a pas SOS médecins, donc on appelle les pompiers pour un rhume. La difficulté c'est de trouver la même chose (*centre de santé*) autour des autres foyers. Ça marche sur *ville2*, mais j'aimerais que ça marche ailleurs, mais il n'y a pas de centres de santé autour de tous les foyers. Visiblement, ça n'intéresse personne de faire des centres de santé. C'est bien dommage parce que c'est tellement dans leurs missions que je ne comprends pas que ça ne se fasse pas. A *ville3*, c'est permanence médicale. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de suivi. On prend rendez-vous pour le bilan

d'entrée, il voit un médecin, on fait un bilan et voilà. Donc moi je ne trouve pas ça satisfaisant mais après on fait avec ce que le territoire nous propose. » (Dir 1)

« Après l'autre principale difficulté (*après l'ouverture des droits à la CMU*) c'est les délais de rendez-vous. On a un médecin référent qui ne l'est pas plus que ça concrètement parce qu'il est lui-même sous l'eau et où les délais de rendez-vous sont parfois très longs. Donc du coup on essaie de se rabattre quand même sur ce médecin référent, mais concrètement quand les jeunes sont malades c'est soit SOS médecins quand ils peuvent se déplacer, soit c'est la permanence médicale de quartier. Il y en a certaines pour lesquelles je demande aux éducateurs de ne plus y aller parce que c'est de l'abattage, des gamines qui reviennent avec des ordonnances longues comme le bras, complètement inadaptées, voilà y a d'autres permanences médicales où on a accès à des gens qui prennent le temps en tout cas des médecins ressources qui prennent le temps de voir la situation globale du jeune quoi. » (Cds)

« Mais aujourd'hui, un médecin généraliste pour qu'il fasse une visite à domicile faut quand même se lever de bonne heure, quand vous lui dites que vous avez trois enfants malades, il ne le fera pas non plus alors que pour nous ce n'est pas du confort, c'est ça ou on ne sait pas comment on fait pour les amener, parce qu'on a des contraintes dans ces structures-là. Et c'est vrai qu'on a un mal de chien à faire prendre en charge les enfants parce que les médecins répondent qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients. » (Dir 1)

Un directeur insiste sur l'importance de réaliser un suivi pour ses enfants aux difficultés majeures :

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

Comme dans le questionnaire certains professionnels interrogés insistent sur la carence d'offre de soins en santé mentale et notamment la pénurie de pédopsychiatres :

« Un bilan psychologique, il n'y en a pas systématiquement. Il y en a même rarement pour plusieurs raisons, la première et principale étant la pénurie de ressources en matière de soutien psychologique sur les territoires, puisque les CMPP sont saturés et que nous, en interne, nous ne sommes pas réellement dotés de temps de psychologues. On a très peu de temps de psychologue qui doit à la fois être pour les enfants et pour les équipes. Donc, c'est absolument impossible. Donc, en fait ce sont les professionnels éducatifs qui vont voir que tel enfant présente une vraie difficulté au regard de son comportement, de ses propos et dans ce cas-là, on va spécifiquement demander une prise en charge auprès des CMP ou des structures spécialisées qui s'occupe spécifiquement des ados un peu compliqués. Voilà, mais on a peu de ressources. On n'est pas du tout, mais pas du tout en lien avec des pédopsychiatres libéraux, des psychiatres, il n'y en a pas assez du tout. » (Dir 1)

« Des pédopsychiatres il n'y en a pas beaucoup... avant on avait un partenariat mais plus maintenant. » (IDE 1)

« On n'a pas de lien avec des pédopsychiatres ou des psychiatres. Quand on est en lien c'est parce qu'il y a eu effectivement une hospitalisation. C'est compliqué aussi parce qu'on a des adolescentes qui étaient prises en charge dans un CMP et comme elles changent de secteur le suivi s'arrête et du coup on n'arrive pas à retrouver une place en CMP dans le secteur, c'est très compliqué ces sujets-là. » (Cds)

« On a aucun problème pour la prise en charge médicale, en revanche on a des difficultés pour la prise en charge psychologique car les délais en CMP sont longs et qu'il y a peu de places et peu de soins adaptés. » (Dir 4)

Certains professionnels évoquent plus particulièrement certaines spécialités, notamment les ophtalmologues et les orthophonistes :

« Alors l'ophtalmo, par exemple, on avait une fratrie de quatre enfants, on a attendu quatre mois avant d'avoir le rendez-vous chez l'ophtalmo. » (IDE 5)

« On est en lien avec des orthophonistes mais c'est compliqué car elles sont vite saturées. » (DIR4)

Des professionnels rapportent aussi le manque de suivi par la PMI qui théoriquement devrait voir chaque enfant confié une fois par an :

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

Offre de soins insuffisante sur le territoire : ressources identifiées

Certains des professionnels ont également fait référence à des leviers identifiés sur le territoire, notamment les centres de santé et la création de réseaux de soins :

« L'objectif d'un centre de santé est à la fois de répondre à la désertification médicale de certains territoires, mais doit aussi être dans une offre vis-à-vis d'une demande publique. Le but étant que les médecins des centres de santé puissent venir, se déplacer au sein des structures médico-sociales qui ne sont pas dotées de temps médicaux. » (Dir 1)

« En fait on a notre réseau de proximité depuis le temps que le MT et la secrétaire sont là. » (DIR4)

De plus, le déploiement d'équipes mobiles telles que l'équipe mobile intersectorielle de soins pédopsychiatriques à destination des enfants confiés à l'ASE constitue un levier concernant l'offre de soins en santé mentale sur le territoire.

Une IDE dont un des enfants de la structure est inclus dans l'équipe mobile a souligné que « clairement si ça pouvait être développé ce serait *royalissime*. » (IDE 3)

II.3. Coordination des différents acteurs du parcours de soins de l'enfant autour de son lieu de vie

II.3.1. Coordination des soins au sein des structures d'accueil

Difficultés de coordination des soins dans la structure d'accueil

Lors de l'enquête par questionnaire ainsi que lors des entretiens, les professionnels ont rapporté des difficultés concernant la coordination des soins. Les professionnels ont exprimé précisément être freinés par un manque de moyens humains dans les structures d'accueil pour pouvoir gérer convenablement les soins. Les IDE ont spécifiquement exprimé des difficultés dans la coordination des soins et la communication avec les équipes éducatives.

Dans le questionnaire, 7 répondants (18%) ont témoigné rencontrer des difficultés de coordination aux soins des structures d'accueil. Ces 7 répondants sont tous des IDE.

Absence de médecin référent dans la structure (1)

Difficultés d'organisation des soins en fonction du planning du jeune (2)

Difficultés dans la gestion des accompagnements (2)

Difficultés concernant la place de l'IDE dans la structure (1)

Difficulté de communication entre les équipes (1)

Une IDE a fait référence au manque d'un médecin « référent » rattaché à la structure. Deux IDE ont expliqué qu'il était difficile de prendre les rendez-vous en fonction du planning du jeune et que des difficultés de communication entre les équipes entraînaient des absences des jeunes lors des rendez-vous. Une autre IDE a exprimé rencontrer des difficultés pour l'accompagnement des 32 jeunes de la structure dans laquelle elle exerce tandis qu'une autre a témoigné ne pas pouvoir aller dans les synthèses des enfants avec les partenaires (IME, CMPP, SESSAD, SSSIAT, etc..) par manque de temps. Une autre IDE a ajouté que la difficulté était la prise en charge non globale, puisqu'elle ne gère que le somatique et l'orthophonie mais pas l'aspect psychologique et qu'elle n'a pas d'accès aux réunions sur la prise en charge globale de l'enfant (éducatif, psychique, somatique). Enfin une dernière IDE a exprimé la difficulté de communication entre les équipes qui entraînent parfois le manque d'informations.

Les professionnels interrogés lors des entretiens ont particulièrement rapporté des difficultés dues au manque de moyens humains dans les structures. A titre d'exemple :

« Et du point de vue médical, le problème, c'est que vous avez un enfant qui est malade, vous avez 11 enfants. Comment vous faites ? Vous êtes 2 pour prendre en charge 11 enfants. Si un éducateur part pendant 3 heures pour attendre dans une salle d'attente pour un rhume, il ne le fait pas. Il va le faire qu'au moment où ça va devenir problématique, c'est-à-dire au moment où l'enfant va avoir de la fièvre et alors très clairement à ce moment-là, on va faire venir SOS Médecins. » (Dir 1)

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

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

Certaines difficultés sont spécifiquement rapportées par les IDE, notamment concernant leur rapport avec les équipes éducatives. Une IDE a exprimé se retrouver souvent sollicitée par les éducateurs de sa structure :

« Ce qui a changé c'est que je suis à temps plein alors que l'ancienne IDE était à temps partiel donc c'est super mais les éducateurs me sollicitent beaucoup du coup et se repose sur moi. » (IDE 3)

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

« Je ne peux pas souvent aller aux réunions, parce que j'ai des groupes en même temps, donc parfois on me passe des infos, pas toujours tout donc non après ils me demandent quand ils ont besoin de quelque chose » (IDE 1)

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

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

« On est seule infirmière contre je ne sais pas combien d'éducateurs donc voilà, faut réussir à trouver sa place, au début quand je suis arrivée ça a été assez compliqué quand même parce que nous les infirmières on est assez formatées donc quand on passe une info et qu'on revient le coup d'après et que ça n'a pas été fait, et que vous courez dans tous les sens que vous arrivez avant, que vous partez après et que vous vous épuisez quoi... Avant je passais les infos oralement, je pensais que ça suffisait mais c'était le début, maintenant je les transmets par écrits. L'IDE qui était là avant moi avait des difficultés aussi. En fait l'infirmière elle est seule, avec le médecin le temps de la consultation mais elle est seule, les éducateurs ils travaillent en binôme, si ça ne va pas ils discutent entre eux, ils ont des réunions d'équipes, après il y a une psychologue qui vient pour faire de l'analyse de pratiques donc ils peuvent parler si ils ont eu des difficultés face à telle ou telle situation avec un enfant mais ça peut aussi par rapport à eux, leur positionnement, quand c'est trop dur face à la souffrance des enfants, enfin plein de choses quoi. Moi rien. Ça nous est arrivé de faire des réunions avec le MT et la psychologue mais avec les équipes, pas entre nous. Donc je dirais que la plus grande difficulté c'est d'être seule et de ne pas avoir vraiment d'aide quoi. » (IDE1)

Deux des professionnels ne bénéficiant pas de la présence d'une IDE ont rapporté que cela est un véritable manque :

« L'idée ce serait de pouvoir avoir au moins un mi-temps IDE sur l'association qui puisse tourner. Par exemple pour le covid quand il y a eu le tout premier déconfinement, ça aurait été peut-être plus simple et plus ingénieux qu'il y ait une IDE qui vienne nous poser les protocoles, qui vienne nous faire les tests. Quand il y a une vaccination par exemple on a une gamine qui doit se faire vacciner, il faut aller une 1^{ère} fois chez le médecin prendre l'ordonnance, passer en pharmacie récupérer le vaccin et retourner dans un lieu médical pour qu'elle se fasse vacciner. C'est aussi tout ce temps-là et on le néglige, c'est pas une perte de temps parce que ça fait partie de l'accompagnement mais c'est effectivement toute la difficulté des encadrements qu'il peut y avoir en MECS alors nous on a un petit effectif donc ça va on arrive à l'organiser mais je sais qu'il y a beaucoup de MECS où ils sont 3 éduc pour 9 gamins, les doublures sont très réduites, vous regardez les plannings en fait, vous regardez les plannings des internats et vous voyez vite ceux qui peuvent parler du soin et ceux qui ne peuvent pas. » (Cds)

« Je suis en train de rechercher une IDE mais c'est compliqué parce qu'en termes de fiche salariale ce n'est pas attractif du tout et donc j'ai énormément de mal. Le problème c'est que pour un établissement comme le mien une IDE est moins bien payée qu'à l'hôpital public alors je vous laisse imaginer... ça peut être intéressant pour IDE libérale qui voudrait compléter son activité par autre chose que du libéral ou dans le cadre d'un recrutement mutualisé, c'est-à-dire que l'association recrute 1 IDE pour 2 temps partiels dans 2 de ses structures. Mais après il y a toujours le problème de l'attractivité et moi ça je ne peux pas y faire grand-chose. J'ai lancé le recrutement dès que je suis arrivé donc il y a 5 mois et je n'ai rien eu. » (DIR 3)

Un de ces deux professionnels a expliqué que les éducateurs sont formés aux soins de premier secours mais que pour l'administration des traitements la structure devait parfois faire appel à des infirmiers libéraux :

« Moi ma mission c'est de m'assurer qu'il y ait toujours des compresses et une paire de gants dispos et d'assurer qu'il y ait au moins des formations de premiers secours pour que les éducateurs aient les bons réflexes pour prodiguer les premiers soins et alerter les services compétents voilà donc nous on essaie de favoriser ça mais ils ne sont pas médecins pour autant. » (Cds)

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

Une IDE a exprimé qu'il existe une vraie distinction entre le rôle du psychologue et le sien et qu'il manque de psychologue et de psychomotricienne dans la structure :

« Ça ce n'est pas ma partie, ça a été très claire qd je suis arrivée, chasse gardée, quand j'ai osé prendre un rdv chez un psychiatre pour un jeune je me suis fait rappeler à l'ordre, j'ai repris mes trucs, elles sont là depuis 40 ans, moi j'étais la petite nouvelle euh voilà maintenant je vais les voir en disant voilà y aurait besoin pour tel enfant, est ce qu'on pourrait travailler ensemble etc. maintenant ça se passe mieux. » (IDE 3)

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

Conséquences du manque de coordination autour de la gestion des soins dans les structures d'accueil

Une des conséquences du manque de moyens humains dans les structures, selon les professionnels interrogés, est que les prises en charge médicales se font fréquemment en urgence :

« La prise en charge se fait en urgence parce qu'on n'a pas la possibilité structurellement de laisser un éducateur avec 10 enfants pendant qu'un seul va s'occuper d'un enfant, ce n'est pas possible. » (Dir 1)

De plus cela ne permet pas selon une IDE de pouvoir avoir une prise en charge individualisé des enfants qui en ont pourtant besoin :

« Il n'y a pas assez de monde pour faire de l'individuel, c'est d'ailleurs bien dommage parce que surtout les plus petits mais même les grands, moi quand je suis

arrivée, je n'avais pas l'habitude du social et je me rappelle une après-midi j'avais pris plusieurs rdv ophtalmo, donc je venais je prenais 2 enfants, je revenais j'en reprenais 2 et en fait quand j'arrivais avec la voiture ils étaient plusieurs au portail « moi, moi, moi », mais on allait pas promener quoi, mais parce que là ils pouvaient être 1 ou 2 avec 1 adulte, pas 10. » (IDE 1)

Une des autres conséquences est que cela entraîne l'épuisement des équipes éducatives et des IDE, ces professionnels étant fortement impliqués dans la prise en charge des enfants :

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

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

« Les éducateurs sont censés être 4 par groupe et tourner mais là c'est très compliqué entre les covids, les burn-out etc. » (IDE 3)

Ressources pour une meilleure coordination autour de la gestion des soins dans les structures d'accueil

Un des professionnels bénéficiant dans sa structure d'un médecin rattaché a exprimé que cela lui permettait d'améliorer le fonctionnement de la structure en matière de soins :

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

Une IDE a témoigné de l'importance de la visite hebdomadaire du médecin référent de proximité :

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

Les professionnels ne bénéficiant pas de la présence d'un médecin référent en ont exprimé la nécessité, notamment un professionnel a comparé son expérience dans une autre structure d'accueil bénéficiant de visites régulières d'un médecin référent :

« J'ai bossé pendant 18 ans dans une autre MECS, on avait la chance d'avoir un MT qui faisait tous les mercredis dans les murs, qui était accompagné par l'IDE et c'était juste top, parce qu'on savait qu'au moins une fois par semaine il serait là, ça ne nous demandait pas trop de temps en tout cas sur le quotidien, sur la prise en charge quotidienne et à la fois les gamins étaient bien contrôlés quoi, il y avait un vrai suivi. Aujourd'hui trouver un médecin qui vient dans les murs... enfin nous pour 8 gamines autant vous dire qu'il ne se déplace pas quoi. » (Cds)

Certains professionnels ont exprimé la nécessité d'avoir une aide administrative :

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

D'autres professionnels ont évoqué la nécessité d'avoir un dossier informatisé afin de simplifier la communication dans les équipes :

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

Cette même IDE a exprimé sa volonté de ne plus être intégrée dans les équipes éducatives et de communiquer davantage avec les autres IDE des structures d'accueil :

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

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

Concernant les équipes éducatives, un professionnel a insisté sur l'importance de réaliser des temps d'analyse de pratiques pour les éducateurs afin de leur apporter un soin à eux aussi :

« Après la chance qu'on a aussi c'est que les équipes bénéficient de 2h d'analyses des pratiques par mois, c'est un peu du soin aussi, c'est de la thérapie de groupe parfois et ça je pense que c'est indispensable. » (Cds)

D'autres professionnels ont exprimé la nécessité de sensibiliser et former les équipes éducatives sur la santé d'une part pour pallier leur manque de connaissances sur ce sujet et éviter qu'ils paniquent rapidement et d'autre part pour qu'ils soient ensuite des vecteurs de sensibilisation auprès des familles :

« Je ne sais pas si nos professionnels sont extrêmement bien qualifiés pour faire de la sensibilisation. Ce serait intéressant qu'ils puissent le faire, mais pour ça, il faudrait qu'ils soient nourris au départ dans un partenariat, justement. C'est-à-dire que oui, si on veut mettre en place un travail de fond, alors je ne parle pas de la PMI parce que je sais qu'à la PMI ils font ce qu'ils peuvent et qu'ils sont autant sous l'eau que nous, mais il est vrai que quand on veut, si on arrive à communiquer de l'information à nos professionnels, oui, ils auront tout à fait la capacité de faire ce travail auprès des familles. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, ils font avec ce qu'ils sont, ce qu'ils entendent et avec le peu qu'ils ont eu dans leurs études, et autant dire souvent pas grand-chose... » (Dir 1)

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

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

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

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

II. 3.2. Partenariat entre les professionnels de santé et les structures d'accueil

Difficultés de mise en œuvre de partenariats entre professionnels de santé et structures d'accueil

Une autre difficulté fréquemment abordée par les professionnels interrogés est la difficulté de coordination et de mise en place de partenariat avec les professionnels de santé :

Difficultés à établir des partenariats avec des professionnels de santé par manque de sensibilisation et de connaissance de la population spécifique des enfants confiés à l'ASE (2)

Difficultés d'échange entre le monde sanitaire et éducatif (1)

Absence de partenariat avec des professionnels de santé (1)

Difficultés logistiques de mise en place des partenariats (4)

Dans le questionnaire, 8 répondants (21%) ont fait référence à cette problématique. Notamment un directeur a exprimé rencontrer de « *grandes difficultés pour trouver et collaborer avec des médecins, généralistes ou spécialistes du droit commun qui travaillent avec la réalité des difficultés des jeunes en protection de l'enfance (retards aux rendez-vous, rendez-vous manqués...), de fait la structure et/ou le jeune est radié des rendez-vous possibles.* » Une IDE a précisé rencontrer des difficultés pour trouver des partenaires impliqués pour la prise en charge du public spécifique des MNA.

Une IDE a souligné plus particulièrement la difficulté de mise en place de partenariats et de réseaux pour la partie prévention à la santé. La psychologue a exprimé que « *la difficulté réside dans le fait de pouvoir réunir ensemble les partenaires qui prennent en charge les mêmes enfants afin de pouvoir échanger et prendre des décisions plus rapidement concernant l'orientation de leur prise en charge. Les emplois du temps très chargés de chacun rendent cette tâche difficile mais lorsque ces rencontres peuvent être organisées, elles sont très efficaces !* »

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

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

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

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

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

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

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

« C'est un établissement qui a fonctionné pendant des années adossées à cette croyance qui consiste à considérer que la réponse éducative se suffit à elle-même et que le reste est facultatif ou optionnel et dont entre autres le sanitaire ou le médico-social mais en tout cas tout ce qui n'est pas de l'éducatif pur. Malgré ma formation d'éducateur j'ai toujours défendu cette idée de la complémentarité indiscutable entre l'approche éducative et l'approche médico-social, cette valeur ajoutée qui existe lorsqu'on est capable de croiser des regards issus de cultures professionnelles différentes en sachant qu'au final quand on y arrive et ce n'est pas si évident que ça, au bout du bout, c'est de toute façon le bénéficiaire qui en tire le meilleur. Donc voilà j'arrive sur un établissement dans lequel il n'y a plus d'IDE depuis 6 mois, plus de psycho depuis 2 ans et tout le monde trouve ça normal et on me demande « c'est quoi le problème ? » ben le problème c'est au regard de la population qu'on accueille on ne peut pas s'en passer quoi. Avec le psychologue nous partageons cette vision d'une prise en considération de la santé mais au sens de la santé globale et il n'est pas question de compartimenter les choses, il n'y a rien d'optionnel ou de facultatif. » (Dir 3)

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

« Mais ça marche aussi dans l'autre sens parce que quand on travaille par exemple dans des lieux médicalisés, par exemple en hôpital de jour, pour des soignants le rôle thérapeutique de l'accompagnement éducatif c'est un truc relatif et lointain, c'est un peu de la littérature quoi, parce que ce n'est pas technique, ce n'est pas objectivable ni quantifiable tandis que l'éducateur qui part à la piscine avec les gamins, « à quoi il sert ? on sait pas trop » Ce sont ces espèces de cloisonnements entre les différents champs qui aboutissent forcément à révéler très rapidement les limites des champs et des services qui s'occupent de ce type de population, sinon on ne parlerait pas de

« patate chaude », on ne parlerait pas de gamins qui font le tour de toutes les institutions. Il faut travailler sur un langage commun. » (Psy)

« Si on entend le soin au sens du « prendre soin de », un éducateur c'est un soignant comme les autres. Et ça ce n'est pas encore rentré dans tous les esprits. Ce n'est pas admis partout. » (Dir 3)

« Si on compare, au niveau néonatal, la santé physiologique du nourrisson qui va devenir un enfant placé et la population générale, on s'aperçoit qu'il y a des différences significatives par exemple le poids 10% inférieur, le nombre d'hypotrophie 4 fois plus important, etc. et on attribue ça à la question du comportement de la mère pendant la grossesse, au suivi de la grossesse etc. ça signifie que finalement et ben l'accompagnement éducatif des mères qui sont parfois de jeunes filles enceintes avec des grossesses prématurées etc. mais cet accompagnement-là, va bénéficier, bien évident qd il peut se mettre en place, à la santé de l'enfant à venir. On ne peut pas distinguer, on ne peut pas séparer quelque chose qui ne relève que du social, que du psychique, que du physique, que du biologique, ce n'est pas possible. » (Psy)

« Et souvent on se rend compte que les familles des enfants placés sont des grandes familles avec plusieurs enfants et souvent l'enfant placé est le premier ou le 2^{ème} donc ça pose la question de l'accompagnement à la parentalité et ça nécessiterait quand même qu'il y est un accompagnement qui ne se limite pas à un angle de vue que ce soit éducatif, médical, judiciaire, il faut prendre les choses dans leur ensemble puisque tout est en interaction et ça le problème c'est que la vision de l'individu qui est une vision administrative qui se découpe en différents champs ne correspond pas à la réalité. Un individu il est entier quoi. Quand on reçoit ici des gens qui ont des troubles de l'attachement, comment dire que le travail éducatif ne vise pas à essayer de restaurer un peu quelque chose qui a été complètement carencé depuis l'origine, alors de ce point de vue on ne peut pas dire que ce n'est pas soignant de faire un accompagnement éducatif bien pensé, ce n'est pas possible » (Psy)

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

Un des professionnels a expliqué que la crise sanitaire et le turn-over des équipes dans les associations ont fragilisé les partenariats existants :

« C'est pas simple la prise en charge du soin et je trouve que depuis la covid c'est encore pire, enfin nous on avait des partenaires soins, il y avait des assos avec qui on bossait bien, avec l'idée par exemple qu'on pouvait faire appel à une IDE qui puisse passer même occasionnellement pour faire un atelier, et c'est vrai que la covid a entraîné beaucoup de turn-over dans ces assos et nos partenariats ont un peu volé en éclat quoi et là toute notre mission c'est de remonter ces partenariats (il y avait Imaje santé...) et là on essaie de voir avec le groupe SOS sur les questions d'addictions. » (Cds)

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

« Après c'est particulier parce que j'ai emmené un enfant en consultation et le médecin voulait savoir pourquoi l'enfant est placé mais ça s'est confidentiel, le gamin est à côté de moi, « il est placé pourquoi ? » « Je ne peux pas vous dire c'est confidentiel » « ah d'accord, vous avez une carte professionnelle » « non » « ok donc c'est secret médical donc vous sortez », c'est juste pour dire que la confidentialité parfois c'est compliqué, il ne comprenait pas pourquoi je ne voulais pas dire pourquoi. » (IDE 1)

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

« Comment s'intéresser à un enfant sans s'intéresser à l'origine du placement, c'est-à-dire qu'on ne travaille pas en fait quoi, donc après tous ces secrets, le positionnement de chacun par rapport à ça, il y a ceux pour qui ça va devenir très opaques et ceux qui vont comprendre la nécessité d'une fluidité en faisant en sorte bien sûr qu'il y ait des éléments médicaux qui ne soient pas forcément dévoilés. » (Poup 4)

Conséquences du manque de partenariat

Le manque de partenariat peut entraîner d'après les professionnels interrogés des difficultés pour la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques et particuliers en santé des enfants confiés à l'ASE.

Dans le questionnaire, 4 répondants (10%) ont fait référence à cette problématique (3 IDE et 1 directeur). Deux IDE ont témoigné d'une carence de soins adaptés aux besoins spécifiques des enfants. L'une d'entre elles exerce dans une structure accueillant des mineurs étrangers isolés et a souligné qu'un nombre important d'enfants ont des troubles du sommeil liés à l'exil qui ne sont pas pris en charge et une autre IDE a témoigné rencontrer des difficultés pour trouver des psychologues et des psychiatres spécialisés dans les prises en charge de choc post-traumatique. Deux autres professionnels ont indiqué qu'il existe un manque d'accompagnement à la prise en charge des besoins particuliers des enfants. Un directeur a expliqué que « *le manque d'un médecin de référence est un frein lorsque nous sommes dans des domaines médicaux qui nous échappent complètement, notamment pour constituer un dossier MDPH.* » Une IDE a indiqué la difficulté à gérer les urgences psychiatriques dans les structures.

Les professionnels interrogés dans les entretiens ont également expliqué que ce manque de partenariat entraîne une prise en charge pas suffisamment adaptée aux besoins des enfants confiés à l'ASE :

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

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

« Les places en psychiatrie ados il n'y en a pas tant que ça, ce sont des listes d'attente et déjà quand on arrive à avoir l'adhésion du gamin ben on ne peut pas lui dire « tu attends 6 mois qu'il y ait une place » voilà ce qui manque c'est ça, c'est vraiment des structures où on est dans de la réactivité d'intervention, voire de l'hébergement pour extraire un peu les gamins en cas de crise quoi. » (Cds)

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

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

Ressources pour pallier le manque de partenariat et permettre une prise en charge plus adaptée des besoins des enfants

Un directeur a mis en avant l'importante nécessité qu'une synergie territoriale entre tous les acteurs autour de l'enfant se mette en place :

« Il faut mettre en synergie toutes les forces qu'il y a sur un territoire. Alors moi je parle des centres de santé parce que c'est quelque chose que je connais mais s'il y avait une synergie qui se fait entre toutes les ressources du territoire et les structures qui en ont besoin, ce serait merveilleux. » (Dir 1)

Une IDE d'une structure bénéficiant de visites régulières d'un médecin référent a souligné l'aide importante apportée par ce médecin pour le tissage de partenariats avec les structures de soins et notamment pour faciliter les échanges avec les CMP afin de fluidifier la prise en charge :

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

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

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

II.4. Parcours de santé et de soins des enfants confiés dans leur parcours de vie

II.4.1. Adhésion aux soins et à l'implication des parents dans la santé de leur enfant

Difficultés d'adhésion aux soins et d'implication des parents dans la santé de leur enfant

Selon leur droit, les parents restent les décisionnaires concernant la prise en charge en santé de leur enfant et il est nécessaire de recueillir leur autorisation pour les actes de soins à réaliser. Pour les actes usuels, la signature d'un seul des deux parents suffit tandis que pour les actes non usuels il est nécessaire de recueillir les signatures des deux parents.

Durant l'enquête, les professionnels des structures ont expliqué que la place de parents pouvait être un frein dans la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE.

Cette problématique a peu été renseigné par les professionnels dans le questionnaire. Seulement 4 d'entre eux y ont fait référence (10%). Deux d'entre eux ont témoigné de la difficulté à obtenir parfois les autorisations parentales ou des tuteurs difficiles à obtenir parfois tandis qu'un autre a évoqué qu'il existait parfois une opposition de principe de certains parents aux actes de soin. Une IDE a exprimé qu'il est difficile d'inclure les parents dans le suivi médical et psychologique de leur enfant ainsi que dans les accompagnements.

Les professionnels interrogés par entretiens ont plus fréquemment abordé cette thématique.

Signature des autorisations parentales et opposition aux soins

Dans les premiers jours après l'arrivée de l'enfant, les structures d'accueil font signer aux parents des autorisations de soins pour les actes usuels, c'est-à-dire les actes du quotidien qui ne marque pas un changement majeur dans la vie de l'enfant :

« Pas le premier jour, mais dans les jours qui suivent l'arrivée de l'enfant, on fait signer aux parents une autorisation des actes usuels pour les vaccins obligatoires etc., on leur transmet comme pour le droit à l'image etc. » (Dir 1)

« On a quelque chose, mais qui ne représente rien au niveau de la loi. Il faudrait le faire systématiquement. Enfin, il me semble qu'on m'a dit récemment que ce document globalement, euh, c'est comme dans les écoles, on signe un truc en début

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

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

Les professionnels sont parfois confrontés à des oppositions des parents concernant les soins :

« Les plus grosses difficultés pour moi ce sont les signatures des autorisations des parents après lesquelles on doit courir, quand on doit prendre en compte les douleurs d'un enfant là par exemple un enfant qui est resté pendant 6 mois avec ses douleurs dentaires qu'on ne tolérerait pas pendant 48h ce n'est pas possible. Là j'en ai deux qui ont besoin d'avoir des soins dentaires sous anesthésie générale, ce qui nécessite d'avoir les autorisations parentales, et les parents ne veulent rien savoir. Ça n'arrive pas souvent non plus mais là, ça fait deux fois en quinze jours, c'est assez pénible. » (IDE 3)

« Ça arrive souvent que les parents refusent les implants pour les jeunes filles. » (IDE 2)

Un directeur a précisé que les oppositions de soins concernent plus précisément les vaccins, notamment le vaccin contre la covid, ainsi que les soins en santé mentale, psychologiques ou psychiatriques.

Lorsque les parents s'opposent à la réalisation d'un acte de soin et que cette opposition est considérée comme allant à l'encontre de l'intérêt de l'enfant, la structure d'accueil informe l'inspecteur de l'ASE qui saisit ensuite le juge des enfants et ce dernier prend la décision :

« On est obligés de demander l'autorisation parentale, pour ceux qui ont toujours l'autorité. Ça peut arriver que des parents s'opposent à la signature de l'autorisation à l'entrée ou qui s'opposent aux soins pendant le placement et dans ce cas-là, c'est l'ASE via l'inspecteur qui va trancher. Par exemple, on va avoir le cas sur la vaccination Covid. On a un gamin qui veut absolument faire une activité pour laquelle il faut un vaccin covid et le parent ne voulait absolument pas que l'enfant

puisse se vacciner. Donc là après nous, on se retire de la question, on informe l'ASE et après ça ne nous appartient plus, nous on n'est pas l'office gardien donc c'est à l'office gardien de trancher et de dire si oui ou non, la décision du parent est dans l'intérêt de l'enfant. » (Dir 1)

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

La délégation au juge des enfants pour la décision de soins peut aussi être faite lorsqu'un des deux parents est perdu de vue alors qu'il faut la signature des deux parents :

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

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

« Il y en a qui refuse pour embêter l'autre parent plus que pour l'enfant en fait. Par exemple un papa avait décrété qu'il devait tout régenter donc j'avais la petite qui avait je ne sais pas combien de dents pourries, la maman signe directement l'autorisation de soins parce qu'il fallait lui arracher les dents mais le papa ne veut pas signer si on ne le laisse pas venir à la clinique le jour de l'intervention et les deux parents ne peuvent pas s'approcher donc ça veut dire que la maman est lésée, si elle veut venir elle n'a pas le choix, elle a signé de suite parce qu'elle veut la santé de son enfant et lui il impose son choix. Ce n'est pas possible de travailler comme ça donc délégation aussi par le juge, on ne demandait plus l'autorisation à lui, c'était le juge qui décidait. » (IDE1)

La communication avec les parents et le partage des informations de santé

La communication avec les parents peut être compliqué pour les professionnels et certains rapportent n'avoir aucun contact avec eux.

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

« Nous on est en amont du placement, on est au moment de la crise. Il s'est passé quelque chose, le gamin a dit quelque chose à l'école ou je ne sais pas quoi et hop, on prend le gamin, on l'enlève et ensuite on regarde. Donc, en général, nous on a de la difficulté, dans tous les cas ça prendra du temps, d'arriver à collaborer avec les parents parce qu'au départ, les parents sont sous le choc, en colère, ce qui est légitime, mais de fait la communication est compliquée. Quand on arrive à faire ce travail, parce qu'il y a des parents avec lesquels on n'arrivera jamais, mais quand on arrive à faire ce travail, dans tous les cas, on cherche à avoir un maximum d'informations : « est-ce que votre enfant a été vacciné ? comment il mangeait à la maison ? comment il dormait ? quelles sont ses habitudes ? On sera toujours, dans cette attitude mais après parfois, ce n'est pas possible. » (Dir 1)

Parfois les parents refusent de fournir le carnet de santé de l'enfant aux équipes comme l'ont expliqué les professionnels de la pouponnière :

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

« Y en a un pour qui on n'a pas le carnet de santé et la maman refuse de nous le donner. » (IDE 3)

« Ça dépend si les parents sont coopérants. Il y a les 2 cas de figure, soit les parents ne veulent pas du tout communiquer et ils veulent garder les infos pour eux c'est leur manière de garder l'impression de maîtriser et y en a d'autres qui vont vraiment bien

réagir et beaucoup plus coopérer, expliquer ce que l'enfant peut avoir comme pathologies, le suivi qu'il a eu etc. La majorité coopère qd même. » (IDE 4)

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

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

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

« En fait on sent que la question de la santé elle est primordiale c'est vraiment quelque chose qui est fondamentale pour les familles, c'est un sujet sensible, il y a des parents tous les soirs qui appellent pour demander des nouvelles, qui demandent la fièvre etc., et puis la façon dont eux-mêmes parlent de la santé, par exemple il y avait une mère c'était terrible j'avais l'impression qu'elle induisait la santé de sa fille. » (Poup 1)

L'alliance avec les parents dans la prise en charge en santé de l'enfant et adhésion aux soins

Une IDE a raconté une situation problématique d'absence d'observance des parents concernant le traitement de leur enfant lors des visites à domicile :

« On avait un enfant chez qui un Wirsung était suspecté, ça se passait bien le gamin rentré tous les weekends à la maison mais tout ce qui avait été demandé de faire n'était pas fait et donc chaque semaine on reprenait à chaque fois qu'il revenait sauf qu'après on a des comptes-rendus à faire donc on le signale parce que si le traitement on ne lui donne pas quand il reste une semaine à la maison pendant les vacances c'est un petit peu compliqué quand on le récupère... Je ne cachais pas mon numéro de téléphone professionnel et donc à la suite de ce rdv comme ils n'avaient pas été

contents qu'on leur dise que les médicaments n'avaient pas été donné, j'ai reçu tout un chapelet de messages incendiaires donc après je cachais le numéro de téléphone. Bon après c'est un peu embêtant parce que s'ils doivent me rappeler pour un rdv ou quoi que ce soit voilà. » (IDE 1)

La participation des parents aux consultations

En fonction de leur droit, les parents peuvent venir aux rendez-vous médicaux. La plupart des professionnels ont rapporté convier les parents :

« Le MT convie toujours les parents, selon leurs droits et ils sont dans tous les cas informés de la prise en charge en santé de leur enfant. » (Dir 4)

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

« Les parents, hormis situation particulière, sont systématiquement associés aux visites médicales extérieures, sauf s'il y a une réserve au niveau des droits, des éléments de danger ou un état psychique qui ne le permet pas mais dans la majorité des cas ils sont conviés mais il y en a qui ne viennent pas malgré tout. (Poup 1)

D'autres structures les informent mais n'ont pas le réflexe de les convier :

« Les parents viennent très rarement aux consultations. En fait les éducateurs n'ont pas le réflexe de leur en parler, j'essaie à chaque fois de leur dire que ce serait bien qu'il y est les parents mais c'est vrai qu'on les shunts pas mal sur les consultations médicales, alors après y en a qu'on est obligés de shunter parce que selon l'état psychique ce n'est pas possible. On informe toujours mais il y en a qui ne viennent pas aussi et puis avec le Covid on ne pouvait pas forcément les convier. » (IDE 4)

Cependant cela peut arriver que des parents informés qui n'ont plus de droits viennent aux RDV sans en avoir l'autorisation. Une IDE témoigne d'une situation dans laquelle elle a été confrontée à ce cas de figure :

« Vous avez aussi les parents qui n'ont pas le droit aux visites et quand vous arrivez en consultation à l'hôpital le père est dans le couloir alors qu'il n'a pas le droit d'être là et que je suis seule avec l'enfant : « toi je ne te parle pas tu es que l'infirmière », qu'il vous passe devant pour aller parler au médecin et qui ne vous laisse pas parler et qu'il impose au médecin la prise de sang alors qu'elle a été faite la veille, exprès pour qu'on ne reste pas longtemps. Là j'ai tapé du poing sur la table et je lui ai dit qu'il n'avait pas le droit d'être là et puis après on va pour repartir, la tension était bien montée et il commence à parler avec le gamin et il me dit « toi tu attends, je reste le temps que je veux avec mon fils », et je lui ai répondu que s'il ne nous laissait pas partir j'appelais la sécurité et à ce moment-là il a laissé son fils. Mais c'est dangereux de faire ça, il y avait du monde autour donc je n'ai pas réfléchi mais j'aurai pu me prendre un coup. » (IDE 1)

Prioriser le soin entraîne parfois des actions « borderline » car un flou persiste concernant le cadre réglementaire des autorisations parentales :

« Je pense que on est globalement tous bienveillants dans les questions de soins et on ne laisse pas un gamin avec de la fièvre sans réponse sans rien etc. et qu'il y a le souci du soin mais voilà après on peut-être border sur les autorisations sur qui fait quoi. En fait ce n'est pas clair, et là vous vous retrouvez avec des écarts dans les situations, en fonction de « est-ce que les parents sont procéduriers ou pas ? » concrètement. J'ai toujours priorisé le soin, une gamine qui va mal même si elle est arrivée il y a 2 heures et que je n'ai aucune autorisation j'appelle SOS médecin je me débrouille pour qu'elle consulte quoi, parce que pour moi son état vital est plus important enfin, est à prioriser sur le moment, mais on se retrouve très border dans beaucoup de situations. » (Cds)

« Peut-être que des fois on est un peu limites, on fait un peu du forcing mais bon voilà s'il faut y aller, il faut y aller. Il y a peut-être des questions qu'on ne se pose pas, à tort, peut-être, mais du coup, ça nous facilite la vie de ne pas se les poser. » (Dir 2)

Ressources pour pallier les difficultés d'adhésion aux soins des parents

La place centrale des parents dans la prise en charge de la santé de leurs enfants peut entraîner des difficultés au sein de la structure d'accueil lorsqu'ils s'opposent ou refusent de signer les autorisations de soins car même s'il est possible de faire appel au juge, tout cela ralentit la prise en charge et peut être un frein dans la mise en œuvre du parcours de soins des enfants et la prise en charge adaptée de leur santé. Ainsi, il est indispensable d'impliquer et sensibiliser les parents à la santé de leur enfant afin qu'ils adhèrent aux soins et de créer une alliance d'une part et d'autre part car cela fait partie de leur apprentissage en tant que parent du « prendre soin » de leur enfant et de la connaissance de ce dernier, de son développement et de ses particularités. *« La santé c'est tout un enjeu pour l'enfant, mais aussi dans le lien qu'il a avec sa famille. »* (Poup 1)

La présence d'IDE dans la structure semble pouvoir être un levier dans l'implication des parents à la prise en charge de la santé de leurs enfants. Notamment une IDE l'a expliqué ainsi :

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

La présence de professionnels de santé dans la structure et notamment d'un médecin référent peut également rassurer les parents selon les professionnels interrogés :

« Si je suis là à la visite de préadmission et ce n'est pas tout le temps le cas, j'échange avec les parents parce que s'il y a des infos à me transmettre autant que ce soit fait directement par les parents puis des fois ça les rassure en fait, ils demandent si je suis là, parce que comme ça on leur explique que leur enfant ce n'est pas eux qui vont s'en occuper mais quand même y a un médecin qui vient, y a une infirmière qui est là et que du coup il va être pris en charge correctement. » (IDE 1)

« Le MT rattaché a un rôle pédagogique auprès des parents, s'ils ont des questions parce que leur enfant a une problématique particulière, il va pouvoir les recevoir ou les appeler. » (Dir 4)

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

II.4.2. Continuité de l'historique de santé de l'enfant au cours de son parcours de vie

Dans le questionnaire, 8 répondants (21%) ont rapporté rencontrer des difficultés dans la gestion des données de santé des enfants. Cinq ont fait référence à la difficulté de récupération des données de santé antérieures au placement, notamment liée à l'absence de carnet de santé ou de documents médicaux ainsi que de connaître les antécédents médicaux et psychologiques de l'enfant et de ses parents. Trois autres professionnels ont abordé plus spécifiquement la gestion des données pendant le placement. Ces derniers ont notamment évoqué le manque d'un outil informatique dédié (de type dossier patient) qui permettrait un meilleur suivi entre les structures et au sein des structures, le manque d'informations sur le jeune car souvent es documents de suivi de santé ne suivent pas le jeune dans son orientation et l'absence de retours de comptes-rendus des consultations avec les médecins et cela surtout avec les psychiatres.

Dans les entretiens les professionnels ont également rapporté ces difficultés, notamment en ce qui concerne la récupération des données de santé antérieures au placement :

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

« Des fois, on n'a pas de carnet de santé et ça c'est assez problématique pour les vaccins car on doit faire les sérologies. » (IDE 5)

« A l'arrivée de l'enfant, on n'a pas toujours ses informations de santé. C'est très rare qu'on est le carnet de santé, ça arrive pour des admissions, mais ce n'est pas le plus courant. Faut savoir que nous la plupart du temps ce sont des enfants qui ont été récupérés parce que les parents étaient dans la rue en errance, ou il y a eu un signalement de la maîtresse et les flics ont débarqué à l'école ont récupéré le gamin et voilà ou c'est les flics qui débarquent au domicile qui récupèrent le gamin et dans ce cas-là le gamin il arrive, la plupart du temps, avec pas grand-chose, s'il a son doudou c'est déjà beau. Donc, sur le moment de l'admission, il est très rare qu'on ait quelque chose. Quelques jours après l'admission, il se peut qu'on récupère un certain nombre d'informations, et notamment le carnet de santé, parce qu'il y a souvent le référent social de l'ASE qui va se présenter au domicile du parent et qui va pouvoir récupérer les documents. Et j'ai envie de dire que la plupart du temps, on va dire à un mois après le placement, on a les documents. C'est une question de temporalité, mais sur l'instant t de l'accueil, on ne les a pas. » (Dir 1)

« Le carnet de santé a souvent été perdu. On a des informations quand on a les carnets de santé des fois, là y en a pour qui je n'ai même pas les vaccinations donc c'est un peu compliqué. » (IDE 1)

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

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

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

« Il peut y avoir un lien avec la PMI pour ceux qui étaient déjà suivis avant (jusqu'à l'âge de 6 ans), après il y en a qui n'ont jamais vus la PMI. » (IDE 3)

II.4.3. Le rapport à la santé des enfants et leur état de santé perçu par les professionnels

Difficultés de prise en charge relatives à l'adhésion de l'enfant

Les professionnels ont également exprimé rencontrer des difficultés liées aux jeunes pour la réalisation des soins et la mise en œuvre d'un parcours de soins.

8 répondants au questionnaire (21%) ont fait référence à ces difficultés. Parmi eux 4 étaient des IDE et 4 des directeurs.

Adhésion du jeune à une prise en charge en santé (1)

Difficulté de compréhension de la langue française (1)

Préjugés autour de la prise en charge psychologique (1)

Spécificités anthropo-culturelles (1)

Sentiment d'illégitimité (1)

Appréhension des soins (1)

Banalisation des conduites à risque (1)

Un professionnel a évoqué le manque d'adhésion des jeunes. Une IDE a plus précisément souligné les préjugés autour de la prise en charge psychologique tandis qu'une IDE d'une structure accueillant des MNA a témoigné rencontrer des difficultés liées aux représentations anthropo-culturelles de la santé des jeunes, notamment elle a fait référence aux négociations importantes autour des actes invasifs (prise de sang, opération). Une autre IDE a rapporté que certains jeunes n'osent pas se faire soigner et un professionnel a expliqué que certains enfants ont une appréhension des soins car ils n'ont pas été habitués à consulter un médecin ou un dentiste. Aussi, un professionnel a rapporté observer chez les jeunes accueillis dans sa structure : *« une non prise en considération par les jeunes des enjeux liés à la prévention, à la promotion de la santé, indiscutablement en lien avec une estime de soi en général très dégradée qui justifierait que cela n'en vaille pas la peine, aggravée par la banalisation de conduites à risques bien repérées (addictions, fugues, pratiques prostitutionnelles, vie affective et sexuelle, maternités précoces). »*

Un professionnel a évoqué une autre difficulté qui est la difficulté de compréhension de la langue française par certains jeunes.

Les professionnels interrogés lors des entretiens ont également évoqué ce type de difficultés.

Ils ont rapporté des difficultés liées à l'adhésion des jeunes aux soins et ont notamment insisté sur le manque d'adhésion des jeunes à une prise en charge psychologique :

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

« Chez les ados on a des difficultés pour l'adhésion à la prise en charge psychologique. Quand ils adhèrent c'est qu'on a déjà gagné. » (Dir 4)

« Après ce n'est pas toujours simple pour les jeunes d'aller voir le psychologue au sein de l'unité. Je sais que les psychologues sont souvent mal perçus par les enfants « je ne suis pas fou, je ne veux pas aller voir un psy » voilà ce n'est pas toujours simple d'avoir l'adhésion des enfants. » (Cds)

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

« Alors la psychologue ne peut pas forcément les voir souvent et il faut que l'enfant veuille aussi travailler là-dessus. On a eu une jeune qui avait subi de l'inceste pendant plusieurs années en fait et qui ne voulait pas entendre parler de psychologue ou de psychiatre et qui faisait des crises d'angoisse régulièrement et comme l'associée du MT l'avait suivie pour la contraception il y avait un lien parce qu'on y était allées à plusieurs reprises, donc on en avait discuté avec les éducatrices que peut-être on pourrait aller la voir déjà pour écarter un problème physique et en même temps comme elle est en lien voir un peu si elle arriverait à parler, et donc on a fait ça pendant plusieurs semaines, elle l'a gardée une heure en fait, et la gamine a réussi à parler, alors si elle voulait qu'on reste on restait sinon avec l'éducatrice on sortait et elle restait qu'avec le médecin. C'est le fait que là elle n'a pas eu a raconté son

histoire parce qu'elle la connaissait déjà et puis y avait aussi quand même une relation de confiance, voilà pourquoi s'est passé, elle ne l'aurait pas fait avec le MT parce que c'était un homme. » (IDE 1)

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

Problématiques actuelles et état de santé des jeunes accueillis

Certains professionnels, lors des entretiens, ont également expliqué que les problématiques des jeunes ont évoluées et que selon eux ils sont plus « abîmés » qu'avant :

« Il y a 4 ans les jeunes qu'on accueillait avait un profil plus délinquant. Aujourd'hui le public à évoluer : soit dans un état de santé très abimé, notamment un état psychique très affecté et très abimé, soit des jeunes filles encore plus délinquantes et encore plus précocement. Il existe un écart qui se creuse dans les publics. » (Cds)

« Les enfants globalement ont beaucoup plus besoin de soins qu'il y a vingt ans en arrière, les gamins qu'on recevait il y a 20 ans c'était des pupilles d'état, des enfants de parents décédés ou incarcérés quoi voilà, aujourd'hui on a des gamins de tous les milieux sociaux déjà, et des gamins abimés de plus en plus tôt quoi ça va au-delà d'une absence parentale quoi. » (Cds)

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

« On voit bien qu'on a des gamins qui nous sont confiés des fois qui sont dans des états de santé très précaires : soit par rapport à une précarité financière, soit intellectuelle, soit pour x raison, ou il y a eu une vraie défaillance parentale ou soit

des enfants qui n'ont un peu plus rien à perdre et qui ne voit pas l'intérêt de prendre soin d'eux quoi, qui sont en pleine dépression. » (Cds)

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

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

« On constate malgré tout sur les dernières semaines et sur les derniers mois, une évolution en termes de problématique des jeunes filles qui nous sont adressées du avec une présence quasi systématique de traumatismes liés à de violences subies, et en particulier à des violences sexuelles subies dans le contexte intrafamilial, de la consommation de produits toxiques de plus en plus, quasiment 90% des jeunes qu'on accueille, la problématique de maternité précoce. » (Dir 3) « En sachant que ce qui est constaté dans notre établissement est supérieur à la moyenne nationale, 55% des jeunes placés rapportent faits de maltraitance au niveau nationale, ici c'est quasiment la totalité. » (Psy)

« La plupart des jeunes filles qui nous sont confiées viennent de communes du 13 identifiées comme commune qui cumulent les problématiques socio-économiques en termes de délinquance, de paupérisation. » (Dir 3)

Deux professionnels de la même structure ont aussi insisté sur l'augmentation des jeunes relevant de plusieurs champs et notamment du champ du handicap et de la protection de l'enfance qui rend ainsi leur prise en charge très complexe :

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

médico-social » et ce qui nous pose problème aujourd'hui c'est surtout les grosses difficultés en santé mentale. Mais pas vraiment des troubles psychiatriques qui peuvent être pris en charge par le monde médical : « les psychiatres nous disent qu'ils ne sont pas assez fous » sauf qu'ils sont « trop fous » pour avoir une vie sociale ... donc ils sont où ? Voilà donc ils sont à la marge, on est sur des troubles de l'attachement, on est sur des choses de ce type qui ne sont pas directement quantifiables, voilà en fait ceux sont des problématiques psychiques qui se traduisent par des difficultés d'insertion sociale. » (Psy)

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

« On arrive parfois à bricoler des accompagnements du type : ITEP en journée sur du séquentiel et on garde nous la main sur la question de l'hébergement la nuit et le week-end, ou de temps en temps hôpital de jour. » (Dir 3)

« De temps en temps des situations qui mériterait qu'il y ait une articulation avec un regard soignant médical en hôpital de jour et la poursuite du travail de l'éducatif et des actions sociales, les deux en essayant d'articuler les deux, là on se retrouve dépendants du nombre de places en psychiatrie qui sont très limitées. » (Psy)

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

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

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

Ressources identifiées pour améliorer l'adhésion aux soins des jeunes

Des IDE ont exprimé être identifiée comme des personnes ressources par les enfants qui les sollicitent facilement lorsqu'ils en ont besoin :

« Alors moi ils me connaissent donc soit ils disent aux éducateurs j'ai mal là, j'ai ci j'ai ça et ils savent que l'éducateur va me le dire à moi, soit quand ils me voient ils m'interpellent et puis voilà, en général quand c'est les plus petits je passe au repas « regarde j'ai un bobo là » mais souvent c'est pour qu'on s'occupe d'eux voilà en gros. » (IDE 1)

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

Chapitre III : Résultats de la partie 2 du questionnaire : répertoire et cartographie

Les données recueillies grâce à la partie 2 du questionnaire (Q6 à Q8), visant le recensement de professionnels et de centres de santé, ont permis l'élaboration d'un répertoire ainsi qu'une cartographie dans le but de constituer par la suite un réseau de soins. La cartographie a été réalisée dans un premier temps grâce à l'application MyMaps, puis une autre version a été élaborée grâce au logiciel uMap.

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

Au total 230 professionnels de santé et 131 centres médicaux ont été identifiés.
--

III.1. Élaboration des deux cartes interactives

La première carte géographique interactive a été créée à partir de l'application MyMaps. Des marqueurs ont été placés au niveau des adresses postales des structures d'accueil des enfants confiés à l'ASE ainsi qu'au niveau des adresses postales des professionnels de santé et des centres de santé. Un code couleur permet de distinguer visuellement sur la carte, les structures d'accueil des enfants confiés à l'ASE ainsi que les différents types de professionnels et de centres médicaux. En cliquant sur les marqueurs des informations sur l'identité et la profession des professionnels de santé ainsi que des informations sur les centres médicaux et les structures d'accueil de l'ASE, apparaissent.

La deuxième carte géographique interactive a été créée à partir du logiciel uMap qui permet de créer des cartes personnalisées interactives, et grâce à l'aide d'un cartographe du CD13. Dans un premier temps j'ai effectué le géocodage²⁰⁴ de l'ensemble des adresses postales recensées, à partir du site adresse.data.gouv.fr. Ce site précise le taux de fiabilité du placement des marqueurs des adresses géocodées donc j'ai ensuite effectué un contrôle qualité de l'encodage des adresses postales qui n'étaient pas géocodées correctement. Puis j'ai pu exporter

²⁰⁴ Le géocodage est un procédé qui traduit une ou plusieurs adresses littérales en coordonnées géographiques XY.

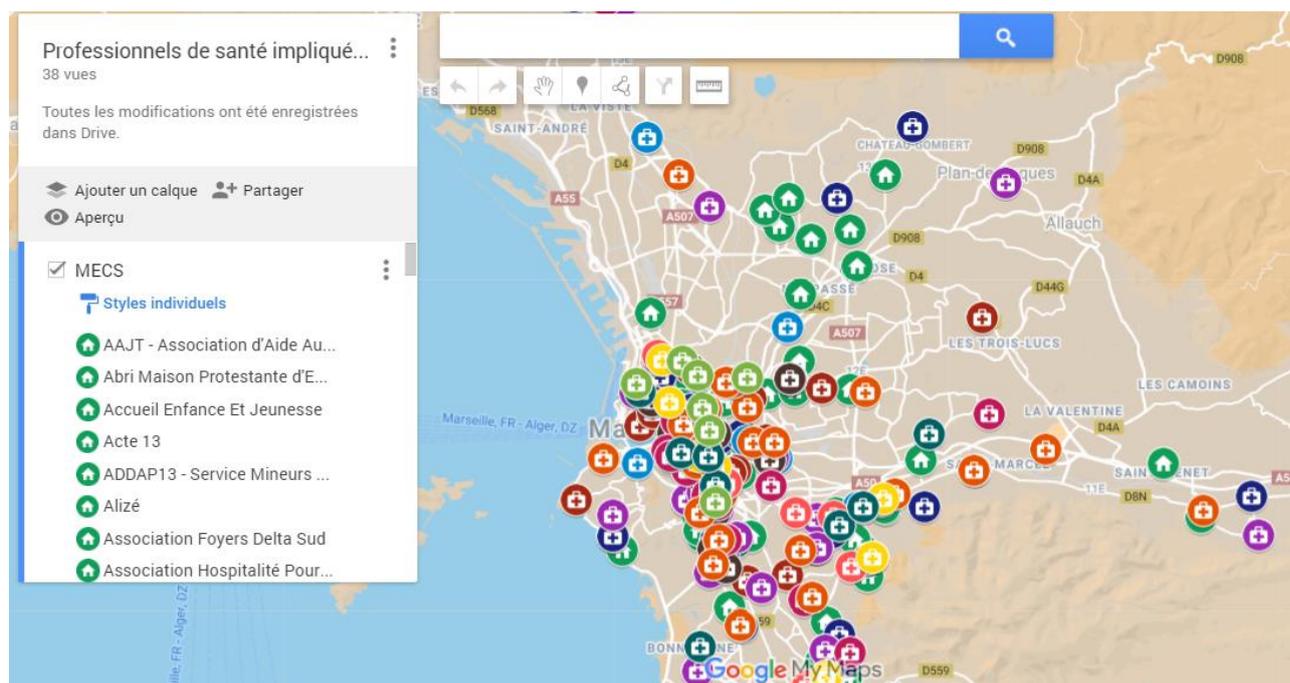
le fichier CSV du géocodage et l'importer dans la carte uMap pour que les points d'adresses postales apparaissent.

Nous avons effectué plusieurs temps de travail avec le cartographe du CD13 qui m'a aiguillée sur la réalisation de la carte. Il a également réalisé les périmètres des pôles inspecteur enfance-famille, les périmètres des secteurs de prise en charge pédopsychiatriques et psychiatre ainsi que les points des MDS sur des fichiers KML que j'ai ensuite importé sur uMap.

Exemple carte MyMaps (cf. page suivante)

Au total 10 groupes ont été créés (nombre maximum sur MyMaps). Un des groupes comprenait l'ensemble des structures d'accueil de l'ASE et les 9 autres correspondaient à des professions de santé distinctes (médecins généralistes, hôpitaux et centres d'urgence, chirurgiens-dentistes, médecins spécialistes, ophtalmologues, professionnels de santé mentale, paramédicaux, laboratoires-pharmacies-centres de radiologie, centres médicaux). En cliquant sur ces marqueurs des informations sur l'identité, les coordonnées et la profession des professionnels de santé apparaissent.

Aperçu de la carte MyMaps



- Groupe 1 :  Structure d'accueil de l'ASE
- Groupe 2 :  Médecins généralistes
- Groupe 3 :  Hôpitaux, centres d'urgence et permanences médicales
- Groupe 4 :  Dentistes et centres dentaires
- Groupe 5 :  Spécialistes
- Groupe 6 :  Ophtalmologues et centres d'ophtalmologie
- Groupe 7 :  Professionnels et centre de prise en charge de la santé mentale
- Groupe 8 :  Paramédicaux
- Groupe 9 :  Laboratoires  Pharmacies  Centres de radiologie
- Groupe 10 :  Centres médicaux

III.2. Diffusion de la cartographie et du répertoire

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

Protection des données à caractère non personnel des professionnels de santé

Les démarches concernant l'utilisation des données à caractère personnel des professionnels de santé recensés sont complexes et nous avons été confrontés à des freins administratifs. Nous avons saisi le Délégué de la protection des données (DPO) du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône ainsi que celui du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui nous ont recommandés, conformément aux articles 4 et 7 du RGPD, de recueillir le consentement explicite (« opt in ») de l'ensemble des professionnels de santé. Nous avons ainsi préalablement rédigé un courrier de demande de consentement que les professionnels pourront renvoyer, une fois signé, grâce à une enveloppe T fournie (Annexe 4). L'envoi des courriers n'a pas encore été effectué et la démarche est en suspens.

Cependant l'Agence du Numérique en Santé (ANS), nous a transmis des éléments de réponse clarifiant cette démarche et nous avons eu l'aval du DPO du CD13.

En effet, nous nous sommes également mis en lien avec l'ANS qui est garante de l'Annuaire Numérique de Santé répertoriant l'ensemble des professionnels ayant un numéro RPPS déclaré <https://esante.gouv.fr/securite/annuaire-sante>. Malgré les freins réglementaires d'utilisation des données expliqués ci-dessus, l'ANS nous a informés de la possibilité d'utiliser et de diffuser les données à caractère non personnel des professionnels de santé inscrits dans le répertoire de l'ANS. La nouvelle version de l'arrêté RPPS qui sera prochainement publié indiquera que, conformément aux dispositions des articles L. 322-1 et L. 322-2 du code des relations entre le public et l'administration, les données mentionnées à l'article 5 de l'arrêté RPPS qui sont mises à disposition du public sont librement réutilisables, sous réserve du respect des conditions suivantes :

- Elles ne doivent pas être altérées et leur sens ne doit pas être dénaturé ;
- La source « RPPS » doit être mentionnée, ainsi que la date de dernière mise à jour des données ;

- La réutilisation doit s'effectuer dans le respect des dispositions du Règlement général sur la protection des données et de la loi du 6 janvier 1978 susvisés.

Le DPO du CD13 a donc émis un avis favorable à la suite de l'information de la modification de la réglementation de l'ANS en février 2022. Ainsi, dans la fiche de registre de traitement qui a été remplie avec le référent RGPD de la DPMISP du CD13 afin d'être conforme au RGPD, la base juridique de « licéité du traitement » est celle de « la mission d'intérêt public » et non plus la base légale spécifiée initialement qui était la suivante : « La personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques ».²⁰⁵.

²⁰⁵ Article CNIL « [la mission d'intérêt public : dans quels cas fonder un traitement sur cette base légale ?](#) »

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Dans cette dernière partie nous allons discuter des forces, des limites et des biais de l'étude, puis nous discuterons les principaux résultats obtenus au regard du cadre théorique. En parallèle nous proposerons des perspectives d'actions et de réflexion dans le cadre de la poursuite du projet d'un parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE dans les BDR. Enfin, nous présenterons « l'arbre à problèmes » et « l'arbre d'objectifs » qui ont été formalisés afin de synthétiser les résultats et les perspectives au regard de ces résultats.

I. Forces, limites et biais de l'étude

I.1. Forces de l'étude

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

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

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

I.2. Limites de l'étude

Malgré la richesse de notre recueil de données, notre approche reste partielle puisque notre étude ne s'est intéressée qu'à une partie de l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge de la santé des enfants confiées à l'ASE ; nous n'avons pas interrogé les enfants, les parents, les familles d'accueil, les éducateurs exerçant dans les structures d'accueil et les professionnels de santé libéraux impliqués dans leur prise en charge. Même si leur rôle dans la santé des enfants est moins évident, nous aurions aussi pu interroger les inspecteurs enfance-famille et les référents ASE.

Nous avons choisi de recueillir spécifiquement le point de vue des IDE et des directeurs des structures d'accueil de l'ASE. Des données ont également été recueillies dans le cadre d'une observation de professionnels hospitaliers (équipe mobile de pédopsychiatrie en cours de mise en œuvre) et dans le cadre d'une observation d'acteurs institutionnels de la protection de l'enfance (DPMISP).

Nous n'avons pas pu nous intéresser à d'autres publics lors de cette étude, en particulier aux familles d'accueil, car elle a été réalisée dans le cadre d'un travail de thèse en médecine. Ainsi, cela pourrait être intéressant de poursuivre par la suite des recherche-actions ciblant d'autres publics.

Le principe de démocratie sanitaire prévue dans l'approche de diagnostic territorial préconise d'interroger notamment les usagers du système de santé qui, dans le cadre de notre sujet d'étude, sont les enfants mais également les parents et les éducateurs qui sont des usagers intermédiaires concernant la prise en charge de la santé des enfants confiés. Afin de respecter ce principe, il serait intéressant de réaliser en complément de cette étude, une étude auprès des enfants, les interrogeant sur leurs représentations de la santé et du prendre soin, sur leurs ressentis et leur vécu de la prise en charge de leurs besoins en santé ainsi que sur la perception qu'ils ont de leur état de santé ; afin d'apporter des éléments de réponse à la problématique concernant leur adhésion aux soins. Dans ce sens, deux thèses récentes se sont intéressées précisément à la santé perçue des enfants confiés qui ont été directement interrogés.²⁰⁶

²⁰⁶ PrevotEAU, V. & GroSEIL, M. (2020). Santé des adolescents confiés à l'aide sociale à l'enfance : spécificités par rapport aux adolescents de la population générale en Ille-et-Vilaine. [Thèse de médecine]. Université Bretagne Loire.

I.3. Biais de l'étude

Le principal biais de notre étude est le biais de désirabilité sociale lors de la passation du questionnaire et des entretiens, puisque l'étude a été menée par le CD13, institution garante de la protection de l'enfance. En effet, le questionnaire et les demandes de réalisation d'entretiens ont été envoyés via la messagerie interne du CD13. La multiplication des entretiens et les différentes méthodes de recueil de données ont pu aider à atténuer ce biais.

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

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

II. Principaux résultats et perspectives

D'après les résultats obtenus grâce au questionnaire et lors des entretiens, le **bilan médical d'entrée** est systématiquement réalisé dans les structures d'accueil de l'ASE des BDR et conformément aux dispositions réglementaires prévues dans le cadre du PPE, il est réalisé dans les 3 premiers mois à partir de l'arrivée de l'enfant. Ces résultats ne reflètent pas les données nationales notamment de l'étude du Défenseur des droits en 2016 qui estimait que seulement 1/3 des enfants confiés à l'ASE avaient eu un bilan médical d'entrée.²⁰⁷

Le bilan d'entrée réalisé dans les structures d'accueil des BDR interrogées n'est cependant pas systématiquement somatique et psychologique comme cela est également préconisé. Il est complet pour un peu plus de la moitié des répondants. D'après les témoignages des professionnels lors des entretiens, lorsqu'un bilan psychologique est réalisé par le psychologue de la structure, il est effectué dans un second temps ; c'est-à-dire après une phase d'adaptation de l'enfant, sans que cela dépasse les 3 mois, fixés par le cadre réglementaire du PPE.

Selon les réponses au questionnaire, les professionnels de santé participant le plus souvent à la réalisation du bilan d'entrée sont les médecins généralistes libéraux et les psychologues rattachés aux structures. Ensuite ce sont les médecins de PMI qui ont été la profession la plus renseignée par les répondants même si moins d'un quart d'entre eux les ont cochés. Cela révèle l'insuffisance du dispositif qui prévoit que tous les enfants confiés à l'ASE (quel que soit leur âge) puissent être suivis à la PMI et souligne de plus les difficultés rencontrées par le secteur de la PMI qui sont évoquées dans le rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! »²⁰⁸.

La majorité des répondants ont également indiqué que les enfants arrivants dans leur structure avaient un **médecin traitant déclaré**.

Ainsi, les résultats au sujet du bilan d'entrée et de la désignation d'un médecin traitant posent la question du **contenu des bilans médicaux** car s'ils sont majoritairement réalisés et si les enfants ont tous un médecin traitant déclaré, pourquoi est-ce que la prise en charge des besoins en santé des enfants confiés à l'ASE ne semble pas optimale ? Quelles connaissances ont les

²⁰⁷ Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soins_rapport_final_juin2016.pdf

²⁰⁸ Peyron, M. (2019). Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

médecins traitants et les professionnels réalisant les bilans d'entrée au sujet des besoins spécifiques des enfants confiés ? Quel accompagnement serait nécessaire ?

Il serait intéressant d'interroger les professionnels de santé (médecins et psychologues) au sujet de leurs pratiques lors de ces bilans d'entrée tout comme leur sensibilisation et leur formation aux problématiques spécifiques des enfants relevant de la protection de l'enfance.

Lors des entretiens, les professionnels des structures expliquent en majorité que le bilan d'entrée consiste en un point santé : mensurations, mise à jour des vaccins, recherche des antécédents, programmation de consultations chez le dentiste ou l'ophtalmologue si cela semble nécessaire. Il n'a pas été rapporté d'utilisation d'outils ou d'échelles d'évaluation du développement de l'enfant et de l'évaluation de ses besoins spécifiques en santé. Il ne s'agit pas, a priori, d'un bilan de santé complet et global comme prévu par l'expérimentation Santé Protégée mais plutôt d'une approche médicale ou d'une consultation ciblée en fonction d'un besoin identifié.

Les pistes proposées par PEGASE et Santé Protégée afin d'accompagner les professionnels de santé sont de la même façon que pour le suivi spécialisé des anciens prématurés²⁰⁹, de **doter les professionnels de santé d'outils d'évaluation en fonction de l'âge des enfants afin qu'ils aient un support pour la réalisation des bilans et de leur proposer des formations.**

Dans le cadre du projet dans les BDR, l'idée est d'utiliser la cartographie réalisée en interne afin d'accompagner les professionnels de santé libéraux impliqués dans le suivi des enfants confiés qui ont été identifiés lors de l'enquête, en leur proposant les outils déployés dans le cadre de l'expérimentation Santé Protégée. L'objectif des outils de suivi cliniques est de baliser la consultation autour d'éléments indispensables au suivi de l'enfant puis d'alerter le professionnel en cas de trajectoire développementale troublée afin qu'il puisse orienter précocement l'enfant vers une prise en charge adaptée.

Pour éclairer les médecins sur ces trajectoires développementales potentiellement traumatiques en protection de l'enfance, ou sur les besoins spécifiques des enfants confiés, les médecins doivent bénéficier de formation sur les besoins spécifiques en santé des enfants en protection de l'enfance (par exemple, en lien avec l'ODPE). Une formation sur la théorie de l'attachement

²⁰⁹ Epipage 2. Consulté le 29 mars 2022 sur, <https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite/241-1-etude-epipage-2>

pourrait aussi être envisagée ; comme celle délivrée par la référente santé mentale de l'ASE auprès des structures d'accueil.

Afin d'accompagner les professionnels de santé, PEGASE et Santé Protégée proposent également de **revaloriser la rémunération des consultations médicales réalisées dans le cadre du bilan médical d'entrée des enfants confiés à l'ASE**. Ces consultations longues car complètes (enjeux médicaux mais aussi sociaux) peuvent bénéficier du tarif des consultations complexes.

Cette revalorisation sera généralisée au printemps 2022 par une convention avec la CPAM annoncée par l'arrêté de septembre 2021²¹⁰. Ainsi, l'objectif est d'en informer les professionnels de santé identifiés dans la cartographie interne. Les médecins de PMI informés pourront bénéficier de cette mesure dans le cadre d'une convention PMI-CPAM.

Si les résultats obtenus au sujet du bilan d'entrée et de la désignation d'un médecin traitant rassurent, au vu des problématiques persistantes concernant l'état de santé des enfants, ils posent aussi la question de la qualité du dispositif de suivi de la santé de l'enfant au cours du placement et de son parcours de soins.

En effet, les résultats du questionnaire et des entretiens ont aussi mis en évidence les **multiples difficultés rencontrées par les structures d'accueil dans le maintien et la coordination du suivi médical des enfants confiés au cours du placement**.²¹¹

Les principales difficultés rapportées par les professionnels interrogés concernant le parcours de soins sont représentées dans le tableau figurant à la page suivante.

Ces problématiques rapportées par les professionnels des différentes structures sont en accord avec les études réalisées antérieurement au niveau national, notamment avec le rapport du Défenseur des droits datant de 2016²¹². Seules les difficultés liées à l'adhésion des jeunes ont peu été soulignées par les études réalisées antérieurement.

²¹⁰ Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. (JORF n°0224 du 25 septembre 2021).

²¹¹ Haute Autorité de Santé. (2021). Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf

²¹² Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

Les freins à l'accès aux soins (ouverture des droits à l'assurance maladie, refus des professionnels de santé, carence de l'offre de soins sur le territoire)
Le manque d'offre de soins adaptés aux besoins de l'enfant (complexité des parcours des enfants relevant du handicap et de ceux présentant des difficultés majeures avec des troubles psychiques et comportementaux importants)
Les difficultés de gestion des soins dans les structures d'accueil (manque de moyens humains, manque de communication et de coordination entre les équipes éducatives et les IDE)
Le manque de coordination des soins (difficultés à mettre en place des partenariats avec des professionnels de santé autour du lieu de vie de l'enfant)
La déperdition des données de santé au cours du parcours des enfants
Les difficultés liées au manque d'adhésion aux soins des enfants , notamment des plus âgés.
Les freins liés à la place des parents dans les soins et notamment aux demandes d'autorisations parentales de soins

Au cours de cette recherche-action, nous avons également repéré des **ressources et des actions existantes sur le territoire** pouvant être des leviers afin de répondre aux difficultés soulignées par les professionnels. De plus, nous nous situons initialement dans une **dynamique territoriale** (départementale et régionale) qui constitue une opportunité pour la mise en place d'actions. Nous allons ainsi discuter des difficultés principales et proposer des perspectives d'actions à mettre en place afin d'y remédier sur le territoire des BDR.

Les **difficultés d'accès aux soins** et notamment **d'ouverture des droits à l'assurance maladie**, constituent le frein majeur pour l'entrée dans un parcours de soins et un suivi médical des enfants confiés à l'ASE dans les BDR comme au niveau national²¹³. De plus, les professionnels des structures ont témoigné du **refus fréquent des médecins libéraux** de recevoir ces enfants lorsque leurs droits ne sont pas ouverts mais aussi de la discrimination de médecins qui refusent de recevoir les enfants couverts par la CMU. Le refus de soins liés à la CMU est une problématique nationale contre laquelle la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et Ma Santé 2022 prévoient de lutter. Les professionnels des structures d'accueil doivent ainsi faire l'effort, en amont de la prise de RDV, de rechercher et de « sélectionner » des médecins

²¹³ La Documentation Française. (2021). La protection sociale (2^{ème} édition).

qui prennent la CMU, ce qui freine d'autant plus la prise en charge des enfants. Ces témoignages au sujet des professionnels de santé, réaffirment l'importante nécessité de les sensibiliser et de revaloriser les consultations médicales d'entrée de ces enfants.

Ce phénomène soulève cependant des enjeux éthiques : il s'agirait d'une **discrimination d'accès aux soins vis-à-vis d'une population vulnérable** ; le principe de justice, dans le sens d'une absence d'équité, n'est pas respecté. Les enfants confiés à l'ASE constituent un groupe social soumis à des inégalités sociales d'accès aux soins en raison de leur parcours de vie et de leurs conditions sociales.

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

Si l'**offre de soins sur le territoire des BDR** ne semble pas répondre totalement aux besoins des enfants confiés à l'ASE, cela se retrouve également en population générale. Un phénomène de **désertification médicale** semble être observé sur le territoire des BDR et plus largement en région PACA.²¹⁴ Ce dernier ne se traduit pas spécifiquement par un éloignement géographique mais plutôt par la présence de médecins avec des patientèles saturées qui ne prennent plus de nouveaux patients ou qui ont des **listes d'attente de consultation très importantes**, ne permettant pas de répondre aux besoins en santé de la population au moment où cela est nécessaire et encore moins aux besoins plus importants des populations vulnérables.

Plus particulièrement, en termes d'**offre de soins en santé mentale et de prise en charge du handicap**, il existe une pénurie nationale depuis plusieurs années de l'offre de soins pédopsychiatriques libérale ainsi que des délais d'attente très importants en ce qui concerne les soins délivrés en CMP et en CMPP comme pour les places en IME et en ITEP (parfois plusieurs années).

La mise en œuvre de l'équipe mobile intersectorielle de soins pédopsychiatriques EMI-ECO, met en exergue l'importance de développer ce type de dispositif afin de **favoriser « l'aller vers », une prise en charge de proximité au plus près de l'enfant et de son milieu de vie.**

²¹⁴ Région Provence-Alpes-Côte-D'Azur. (2021). Cadre d'intervention. Kit de lutte contre les déserts médicaux. https://www.maregionsud.fr/fileadmin/user_upload/Kit_de__serts_me__dicaux.pdf

En effet, le fait que les professionnels de santé se rendent directement dans les structures est plus sécurisant pour les enfants et peut faciliter leur adhésion aux soins. Cela permet aussi un gain de temps pour les équipes éducatives qui n'ont pas besoin de se déplacer et de réduire les effectifs sur les groupes d'enfants lorsqu'un enfant a besoin d'avoir une consultation médicale.

L'idée est de s'adapter à l'enfant et à son environnement, de replacer l'intérêt de l'enfant au centre de sa prise en charge en privilégiant le plus possible « l'aller vers » comme cela est préconisé par la Stratégie nationale de santé 2018-2022 puis réaffirmé dans l'engagement collectif Ma Santé 2022.

La mise en place d'une équipe mobile dont l'objectif serait de permettre la **continuité de la prise en charge des enfants inclus dans l'expérimentation PEGASE dans la pouponnière des BDR**, est envisagée. En effet, il est nécessaire de penser la poursuite de l'expérimentation à la sortie de la pouponnière et de la sécuriser.

Différents enjeux et problématiques se posent alors : la formation des médecins de PMI et la répartition dans le département, les zones de déserts médicaux, l'acquisition des licences d'accès à l'outil de coordination par les médecins mais aussi par les psychologues et les psychomotriciens qui interviendront dans les soins, les MDS de référence parfois éloignées des lieux de vie des enfants. Concernant les sorties à court terme, un travail d'accompagnement des médecins de PMI de proximité formés sera mené par la cellule de coordination de la pouponnière qui recherchera aussi des soignants si besoin. Concernant les sorties à moyen terme, les enfants sortants de la pouponnière pourront être « répartis » dans tout le département, dans des territoires où les médecins PMI n'auront pas été formés.

L'idée serait donc de **constituer une équipe mobile composée d'un temps de médecin, d'une psychologue et d'un psychomotricien**, qui pourrait aller vers les enfants sortis de la pouponnière répartis dans le département. Les lieux de consultations médicales pourraient être envisagés sur les sites des PMI. Un tiers lieu est en cours de réflexion par les équipes de la DIMEF, il pourrait aussi être utilisé. Le lien serait fait directement avec la cellule de coordination PEGASE de la pouponnière. Cette équipe mobile résoudrait les problématiques de licences, de formation et répondrait à la spécificité géographique du département.

Nous pourrions également penser **une équipe mobile faisant suite à l'équipe mobile EMI-ECO** (destinée aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclus) **qui concernerait ainsi les jeunes de plus de 13 ans**. Plus la prise en charge des enfants est tardive, plus elle est complexe puisque les troubles psychiques n'ayant pas été repérés précocement, ont pu s'installer et se

chroniciser en troubles psychiques internalisés ou externalisés. « L'aller vers » pourrait être une vraie ressource pour ces jeunes souvent en perte d'adhésion aux soins voire en rejet des soins à cause des multiples tentatives de prise en charge échouées ou des multiples ruptures dans leur parcours de soins.

Certains répondants au questionnaire ainsi que l'ensemble des professionnels interrogés lors des entretiens, ont rapporté des **difficultés dans la mise en place de soins adaptés aux enfants confiés à l'ASE**. Notamment ils rapportent ne pas être en lien avec des professionnels formés à la psycho traumatologie ou à la prise en charge du syndrome de stress post traumatique (exemple : EMDR²¹⁵). Ils s'entendent sur le fait qu'il serait indispensable que les jeunes puissent avoir accès à des prises en charge innovantes, se démarquant de la prise en charge en psychothérapie de soutien classique que de nombreux jeunes rejettent. En effet d'après les professionnels interrogés, de nombreux jeunes rejettent les soins, d'une part parce qu'ils ont été déçus par des prises en charge antérieures qui ont échoué ou qui ne répondaient pas à leurs besoins et d'autre part parce qu'ils ont souvent besoin de s'exprimer autrement que par la parole. Ainsi, le déploiement d'équipes mobiles peut également être utilisé afin d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques des enfants confiés à l'ASE.

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

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

En ce qui concerne les **difficultés dans la gestion et l'organisation des soins dans les structures d'accueil**, cette étude nous a permis d'appréhender dans un premier temps

²¹⁵ Eye Movement Desensitization and Reprocessing, en français "Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires"

l'hétérogénéité des structures d'accueil des BDR en termes de présence de professionnels de santé rattachés aux structures (médecin généraliste, IDE, psychologue).

Seule la moitié des MECS des BDR bénéficient de la présence d'une IDE qui a ainsi le rôle de référente santé et coordonne les soins. Une des spécificités de notre étude est que nous nous sommes spécifiquement intéressés aux IDE et à leur place dans les structures, ce qui à notre connaissance n'avait pas été réalisé auparavant. Nous avons interrogé par questionnaire l'ensemble des IDE des MECS et des foyers d'urgence des BDR (seulement une réponse manquante) et nous avons réalisé des entretiens avec plusieurs d'entre elles.

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

Concernant la présence de médecin rattaché à la structure, seulement quatre répondants au questionnaire ont renseigné que leur structure en bénéficiait.

Lors des entretiens, deux des professionnels interrogés bénéficiaient de la présence d'un médecin rattaché à leur structure. La majorité des autres structures avaient identifié un médecin généraliste libéral de proximité faisant office de référent en étant le médecin traitant de l'ensemble des enfants de la structure. La plupart du temps ces médecins réalisaient des visites régulières (hebdomadaires ou mensuelles) directement dans les structures ; un lien privilégié avait pu se créer et ils restaient disponibles pour les professionnels des structures en dehors des visites, si besoin. Seule une structure n'avait pas identifié de médecin traitant en particulier et une autre en avait identifié un qui était déclaré en tant que tel mais qui dans les faits n'était pas visité par la structure en cas de problème de santé ou pour le suivi de santé des enfants, du fait d'une saturation des consultations.

Les IDE comme les professionnels des structures sans IDE rapportent globalement les mêmes difficultés de fond (voir page...) pour la prise en charge de la santé des enfants.

Concernant les difficultés dans la gestion et l'organisation des soins dans les structures, les professionnels s'accordent moins. Les IDE témoignent en majorité d'un manque de moyens humains dans leur structure, notamment pour l'accompagnement des enfants aux consultations médicales.

Certains professionnels ne rapportent pas de difficultés particulières dans l'organisation des soins dans leur structure. Ils sont les suivants : la plus petite structure ne bénéficiant pas de la présence de professionnels de santé, la structure dans laquelle l'IDE avait le plus d'ancienneté et avait constitué un large réseau de soins ainsi que les structures bénéficiant de visites régulières d'un médecin généraliste (ou pédiatre) telles que la pouponnière et la structure ayant un médecin rattaché à la structure accompagné d'une secrétaire pédagogique et médicale.

Ainsi, les structures ne bénéficiant pas de la présence d'IDE mais dont les professionnels interrogés estimaient que le suivi médical était organisé, coordonné et régulier, bénéficiaient d'autres éléments organisationnels facilitateurs : petit effectif d'enfants, lien privilégié avec un médecin associé à la présence d'une aide administrative ou à un plus grand nombre d'éducateurs. Ces professionnels ont rapporté ne pas avoir besoin de la présence d'une IDE pour une meilleure gestion des soins.

Cependant, les professionnels des structures avec et sans IDE rapportent des difficultés de l'organisation des soins autour du planning de l'enfant entraînant le manquement fréquent à des rendez-vous médicaux.

Plus particulièrement concernant les IDE, plusieurs rapportent des difficultés dans la coordination et la communication autour des soins avec les équipes éducatives ainsi que leur intégration dans les structures. De nombreuses IDE témoignent de leur sentiment de solitude et d'isolement dans les structures. Le manque de moyens humains est un frein notamment car plusieurs IDE n'ont pas le temps d'assister aux réunions d'équipes dans leur structure.

Finalement lors des entretiens, deux des structures ont témoigné rencontrer des difficultés majeures dans l'organisation du suivi médical : ces structures sont celles qui ne bénéficiaient ni de la présence d'une IDE ni d'un lien privilégié avec un médecin traitant identifié et qui accueillaient spécifiquement des adolescentes avec d'importantes difficultés. Ces deux

structures ont exprimé la nécessité de la présence d'une IDE dans leur structure, l'une d'entre elles est d'ailleurs en cours de recrutement d'IDE.

Cela met en exergue l'importance de la présence d'un professionnel faisant office de référent santé pour la structure : IDE ou médecin traitant afin de coordonner les soins des enfants ; or comme nous l'avons vu, cela n'est pas systématique.

Au-delà de la présence d'un référent santé pour chaque structure, il paraît également indispensable qu'un lien privilégié avec un médecin traitant rattaché ou non à la structure soit créé, afin qu'il coordonne l'histoire médicale et la prise en charge médicale des enfants d'une structure. Ce médecin serait ainsi l'interlocuteur privilégié des structures (IDE ou équipes éducatives).

Les professionnels des structures sans IDE estimant que la gestion en termes de soins de leur structure était effective, ont rapporté une plus grande implication des éducateurs dans la santé des enfants, l'éducateur référent de l'enfant prenant le rôle de référent santé auprès de l'enfant, dans une prise en charge globale. Ce fonctionnement suppose cependant la présence d'un nombre suffisant d'éducateurs dans la structure.

Cela questionne sur la mise en place d'une meilleure alliance entre le monde socio-éducatif et le monde sanitaire autour de la prise en charge de l'enfant au quotidien. En effet, le manque de sensibilisation et d'implication dans la santé des enfants des équipes éducatives est rapporté par la majorité des IDE. Leur présence dans les structures semble entraîner le désinvestissement de la question de la santé par les équipes éducatives.

Ainsi, dans le cadre des perspectives d'actions, l'idée est de recentrer la place de la santé grâce à la présence d'un référent santé, identifié dans chaque structure, capable d'évaluer les besoins en santé des enfants et d'organiser des prises en charge adaptées. Il serait préférable qu'il soit un professionnel de santé (IDE ou médecin généraliste), le risque étant sinon un glissement de fonction entre l'éducatif et le sanitaire.

En l'occurrence au niveau politique, dans le cadre du schéma départemental en cours d'élaboration et de la contractualisation du CD13 avec l'Etat prévue en accord avec les préconisations de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, les enjeux seraient que toutes les MECS bénéficient d'une IDE coordinatrice afin de formaliser un réseau de soins au plus près du lieu de vie de l'enfant et de ses besoins en santé. Cette contractualisation pourra également financer l'équipe mobile de sortie de l'expérimentation PEGASE.

Dans l'idéal, il serait intéressant de mettre en place systématiquement dans chaque structure des visites hebdomadaires avec des plages horaires définies, d'un médecin traitant et de penser également le recrutement d'assistants administratifs en accord avec Ma Santé 2022 qui préconise d'augmenter les temps administratifs afin que les professionnels de santé se consacrent principalement aux soins des patients.

Aussi, tout au long de l'enquête, l'accent a été mis par les professionnels sur les **difficultés de coordination des soins entre les structures d'accueil et les professionnels de santé** ainsi que sur les difficultés de compréhension et de langage commun entre le monde socio-éducatif et sanitaire.

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

Les données de recensement des professionnels de santé ont permis de montrer que de nombreux professionnels sont identifiés par les structures qui constituent leur propre réseau. Afin de consolider et soutenir ces réseaux, il est nécessaire de penser la création d'une cellule de coordination dédiée à la prise en charge coordonnée de la santé des enfants confiés à l'ASE, en collaboration avec les professionnels libéraux impliqués qui ont été identifiés lors de l'enquête.

En effet, les expérimentations Santé Protégée et PEGASE sont toutes deux portées par une cellule de coordination ; la coordination des soins est au cœur de ces dispositifs qui sont à adapter à chaque territoire et non pas à dupliquer. L'essentiel est de préserver les fonctions-clés des expérimentations, c'est-à-dire les fonctions qui permettent à l'expérimentation de fonctionner indépendamment du contexte dans laquelle elle est implémentée. Cela renvoie au concept de la transférabilité des programmes et des interventions en santé.²¹⁶

²¹⁶ Fianu, A., Villeval, M., Naty, N., Favier, F. & Lang, T. (2017). Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle *fonctions clés/implémentation/contexte* à un programme de prévention du diabète. *Santé Publique*, 29, 525-534. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0525>

Dans un premier temps, l'idée est de reproduire ces modèles dans les lieux des BDR dans lesquels rien n'est a priori mis en place et dans lesquels les difficultés sont marquées, notamment en s'appuyant sur le poste clé d'IDE dans les MECS en lien avec un médecin traitant et avec l'ASE pour les outils de formation. Avant tout il faut organiser les soins et la prise en charge de la santé des enfants au plus près de l'enfant et de son lieu de vie, la cartographie servant d'aide aux IDE coordonnatrices des structures.

Dans un second temps l'idée serait de « coordonner » l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des enfants confiés à l'ASE dans les BDR. Ainsi, nous souhaitons poursuivre la constitution du réseau de soins entrepris par l'élaboration de la cartographie, l'enrichir et penser son actualisation puis prévoir sa diffusion à l'ensemble de structures d'accueil ainsi qu'aux professionnels de santé identifiés afin qu'ils puissent se mettre en lien les uns avec les autres. L'idée est aussi de connaître l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des enfants confiés à l'ASE dans les BDR afin d'aller vers eux pour les accompagner (par de la formation, et des outils).

La cellule de coordination en central travaillera également en lien avec ces professionnels de santé mais surtout avec les IDE coordinatrices des structures d'accueil.

Les missions de la cellule de coordination en central seront les mêmes que celle de Santé Protégée : la centralisation des données de santé, l'organisation des bilans, l'orientation vers des professionnels de santé grâce au répertoire et à la cartographie élaborés dans cette étude ainsi que le lien avec la CPAM via des conventions. Dans le cadre de Santé Protégée, deux conventions ont été réalisées : une avec la CNAM pour la revalorisation des consultations médicales et une convention tripartite avec le CD, l'ARS et la structure porteuse qui est le CHU.

L'idée est d'assurer et d'organiser un suivi continu, coordonné et structuré de la santé des enfants, comme cela est préconisé par le cadre réglementaire. En effet la loi de protection de l'enfance de 2022 réaffirme ce qui était préconisé par la loi de protection de l'enfance de 2016, c'est-à-dire la systématisation du bilan d'admission²¹⁷, mais aussi la réalisation d'un bilan annuel et un bilan de sortie (permettant la récupération du dossier). L'idée est ensuite de s'orienter vers un véritable parcours coordonné au plus près de l'enfant, au sein des structures (aspect micro) mais à penser également en central (niveau macro), afin de maintenir le suivi lorsque les enfants changent de lieu de vie, afin d'éviter la déperdition des données de santé.

²¹⁷ LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. ([JORF n°0032 du 8 février 2022](#))

Un des autres objectifs à réaliser à court terme consisterait à favoriser le déploiement d'une dynamique partenariale sur le territoire en s'appuyant sur l'émergence des dispositifs de coordination, notamment avec les centres de santé, les CPTS, les MSP et plus récemment les DAC. À titre d'exemple un projet de MSP autour d'une MECS du nord du département est en cours d'élaboration, en lien avec le MRPE et la PMI du territoire concerné. Des rencontres partenariales sont prévues pour accompagner les professionnels de la MSP, comme la mise à disposition d'outils de suivi. Les dispositifs de coordination peuvent également constituer une véritable ressource en termes d'accès aux soins notamment à l'arrivée de l'enfant lorsque les droits ne sont pas ouverts.

L'idée est aussi de renforcer les partenariats existants comme avec l'équipe mobile intersectorielle de soins pédopsychiatriques à destination des enfants confiés à l'ASE.

L'objectif serait de proposer ces démarches dans le cadre de la contractualisation prévue par la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, afin de mettre en place une cellule de coordination sur le modèle Santé Protégée, en s'appuyant aussi sur le déploiement de l'UAPED à l'hôpital de la Timone, comme ce qui est le cas pour l'expérimentation « Santé Protégée ». La composition de cette cellule de coordination sera à penser en fonction des besoins des territoires. Par exemple en Loire-Atlantique le nombre d'enfants sous protection de l'enfance s'élève à 6000 enfants dont 2700 sont confiés et la cellule de coordination comprend un chef de projet à 80% (formation scientifique, outils informatiques), un temps de médecin hospitalier à 30%, une puéricultrice formée à la coordination et un temps administratif. Le nombre d'enfants confiés dans les BDR est supérieur à celui de Loire-Atlantique. Les effectifs des cellules de coordination seront à penser en fonction des territoires, notamment des pôles inspecteurs enfance-famille. En Isère par exemple, le nombre d'enfants confiés se rapproche de celui des BDR et la cellule de coordination mise en place comprend un médecin à 80%, un psychologue et trois coordinatrices de parcours de soin (une formation au parcours de soins est réalisé par des puéricultrices et d'autres professionnels) et un temps administratif. Ils se sont mis pour mission de réaliser les bilans d'entrée. La mission de coordination de parcours de soins est encadrée par un diplôme.

L'objectif serait ensuite d'utiliser un outil numérique de coordination afin de permettre aux différents acteurs de la prise en charge de l'enfant d'échanger et de coordonner sa prise en charge tout en centralisant et sécurisant ses données personnelles. Cela participerait aussi à

l'archivage en évitant la déperdition des données de santé des enfants confiés qui ont souvent des difficultés à récupérer leur dossier médical à la sortie du dispositif

La stratégie nationale Ma santé 2022, prévoit l'accélération du virage numérique en santé et pour cela préconise que chaque région déploie des outils permettant la mise en place d'un e-parcours. Le e-parcours suppose l'existence d'une messagerie instantanée sécurisée disponible pour tous les professionnels ainsi que d'un outil de coordination accessibles à l'ensemble des professionnels prenant en charge un patient qui permet de centraliser les informations de ce dernier.

Dans la région PACA, le e-parcours n'est pas encore mis en place mais est en cours de déploiement et d'expérimentations grâce au Groupement d'Intérêt Public (GIP), Innovation e-Santé Sud (IeSS). Dans un premier temps, la messagerie instantanée sécurisée AZUREZO a été rendue disponible en juin 2021 pour tous les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. L'outil de coordination et la plateforme d'agendas partagés sont en cours de déploiement.

La mise en œuvre d'un comité de pilotage pour le projet de parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE sera aussi à envisager. Il permettra de faire du lien entre les acteurs de terrain et les acteurs institutionnels du territoire, de favoriser la co-construction et le maintien d'une dynamique territoriale ainsi que la construction d'un langage commun entre tous les acteurs impliqués autour de la prise en charge des enfants confiés à l'ASE. En Loire-Atlantique, le médecin référent protection de l'enfance porte le projet au niveau du comité de pilotage mais ne fait pas partie de la cellule de coordination.

Une co-construction avec les autres expérimentations peut également être prévue afin de mettre en commun ce qui est fait dans chacun des territoires, comparer et penser des pistes d'amélioration futures de la qualité des dispositifs.

Les professionnels ont aussi particulièrement mis l'accent sur les **difficultés relatives aux jeunes, notamment à leur manque d'adhésion aux soins** alors qu'en parallèle leurs problématiques sont de plus en plus complexes. Ces difficultés d'adhésion aux soins, sont notamment liées à leurs représentations des soins, leur appréhension des soins et leur désintérêt face à la question de la santé, ce qui n'avait pas particulièrement été mis en avant dans les autres études. Des difficultés anthropo-culturelles peuvent aussi être rencontrées dans certains publics, notamment les MNA qui ont des représentations du soin particulières. Les professionnels sont également souvent confrontés au **manque d'adhésion aux soins des parents et à leur manque**

d'implication dans la santé de leurs enfants ce qui constitue un frein dans la réalisation de soins en lien avec la nécessité de recueillir les autorisations parentales de soins.

Ainsi, au-delà du parcours de soins et au regard des témoignages des professionnels concernant les problématiques de santé des enfants, leur manque d'adhésion aux soins, leurs conduites à risque et mises en danger, leur difficulté à prendre soin d'eux et leur manque d'intérêt et de sensibilisation à la santé, il semble primordial de veiller à la mise en œuvre d'un parcours de santé adapté et global comprenant également la mise en place des **actions de prévention primaire, ciblées ou non ciblées, et de promotion de la santé notamment d'éducation à la santé** afin de les responsabiliser au niveau de leur santé et qu'ils adoptent des comportements positifs en santé. L'idée est de prendre soin des enfants en leur apprenant à prendre soin d'eux-mêmes.

Pour ces enfants au parcours de vie difficile il est primordial de leur permettre de trouver en eux les ressources afin d'affronter les difficultés de la vie (coping). Le but est d'accompagner leur autonomisation en développant leur estime d'eux-mêmes et leur confiance en eux.

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

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

L'enjeu est d'agir le plus précocement possible et de mettre l'utilisateur et ses personnes ressources au centre des soins en favorisant « l'empowerment » et en mettant le lieu de vie au centre de la prise en charge, afin d'être en cohérence avec la charte d'Ottawa qui affirme que « *La santé est créée et vécue dans le milieu de vie quotidien des personnes où elles apprennent, travaillent, jouent et aiment* ».

La mise en œuvre d'un parcours de soins correspond à une démarche de prévention secondaire ou tertiaire ou à une prise en charge dans un but curatif puisque le parcours de soins intervient lorsqu'une problématique de santé nécessitant des soins a été identifiée. Au-delà du parcours de soins coordonnés, il existe une nécessité de tendre vers une approche globale et coordonnée centrée sur la personne en respectant les 3 niveaux de parcours mis en avant par la loi de modernisation du système de santé de 2016 : parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. En miroir du dispositif « Paerpa » présenté dans le cadre théorique, nous pouvons tendre vers un « Parcours de santé des enfants confiés. Des acteurs coordonnés pour un développement préservé ».

De plus il est nécessaire de considérer le parcours de vie des enfants et leurs particularités, notamment de veiller à la bonne transmission des informations de santé, à la limitation des ruptures de parcours de soins et le maintien d'un référent santé de confiance pouvant faire le lien avec les parents. Améliorer la prise en charge de la santé des enfants c'est aussi prévenir et limiter les ruptures dans leur parcours de vie ainsi que les allers-retours entre des structures de différents champs de prise en charge.

L'objectif général est d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé de ces enfants dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé en s'appuyant sur des expérimentations existantes comme la PJJ promotrice de santé.²¹⁸

Selon Jacques Fortin, professeur en pédiatrie : « *Promouvoir la santé d'une population n'est pas appliquer un programme rationnel, "clés en main", ce n'est pas contraindre les usagers à des comportements normalisés, c'est communiquer pour concevoir ensemble, professionnels et usagers, les meilleures conditions de vie possibles "atteignables" par chacun à un moment donné, dans une perspective de mieux-être ultérieur.* »²¹⁹

L'idée est de tendre vers un « **prendre soin** » global des enfants au sens du « care » et du « cure » en favorisant une approche holistique centrée sur l'enfant grâce à l'alliance du monde socio-éducatif et du monde sanitaire. Le prendre soin des professionnels exerçant dans les structures d'accueil doit aussi être pensé, au regard de leurs témoignages au sujet de leur sentiment d'épuisement et plus particulièrement le sentiment de solitude et d'isolement des IDE. Cette étude a permis à ces professionnels de s'exprimer et a permis que leur message soit

²¹⁸ Marchand Buttin, F. (2016). Devenir pjj promotrice de santé: De rencontres en rencontres. *Les Cahiers Dynamiques*, 70, 6-17. <https://doi.org/10.3917/lcd.070.0006>

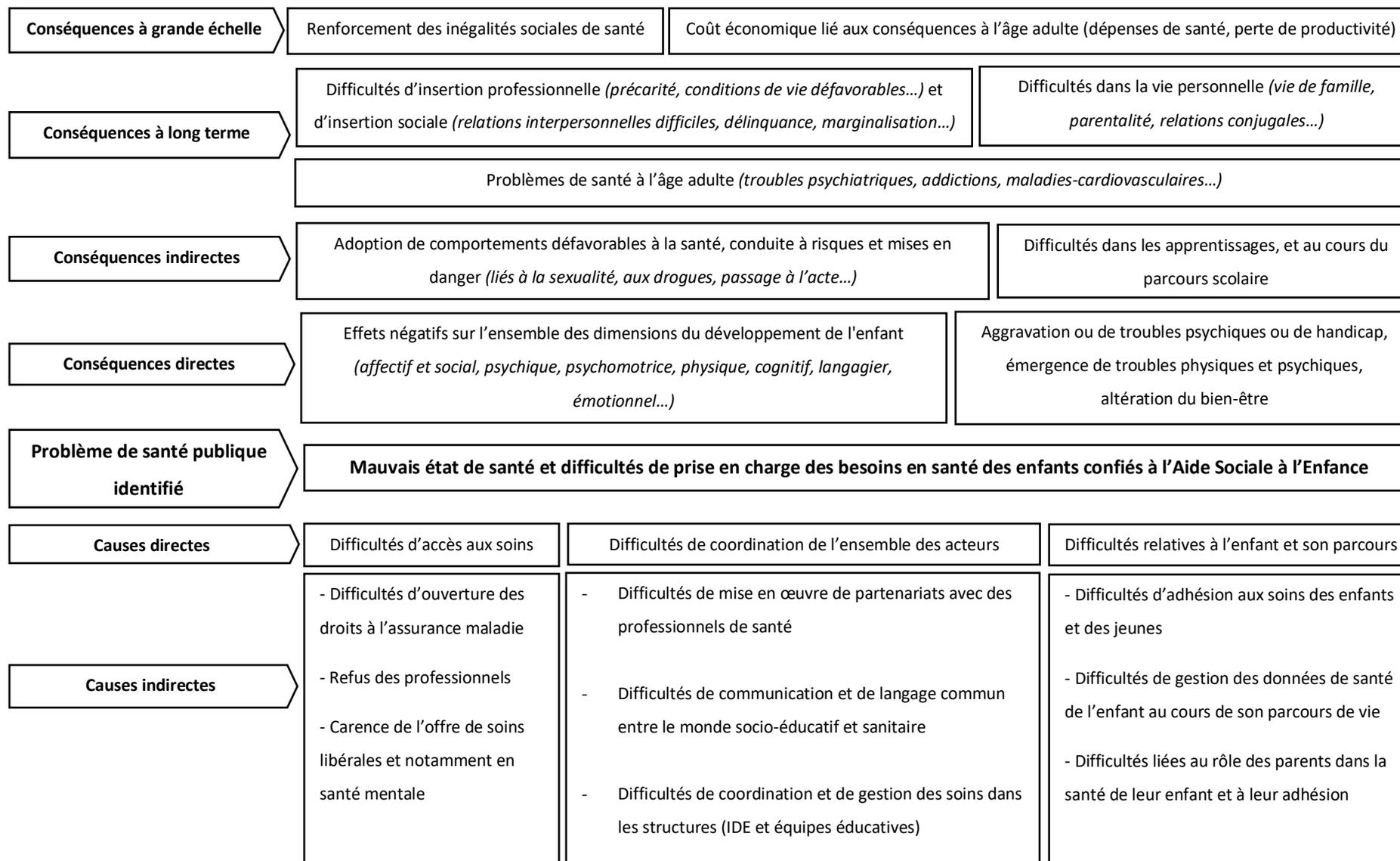
²¹⁹ Marchand Buttin, F. (2016). Devenir pjj promotrice de santé: De rencontres en rencontres. *Les Cahiers Dynamiques*, 70, 6-17. <https://doi.org/10.3917/lcd.070.0006>

porté. Cela souligne l'enjeu éthique de prendre soin de celui qui en a besoin et qu'on ne voit pas, notamment de prendre soin des soignants : « un professionnel ne peut pas être bientraitant s'il n'est pas lui-même bien traité ».

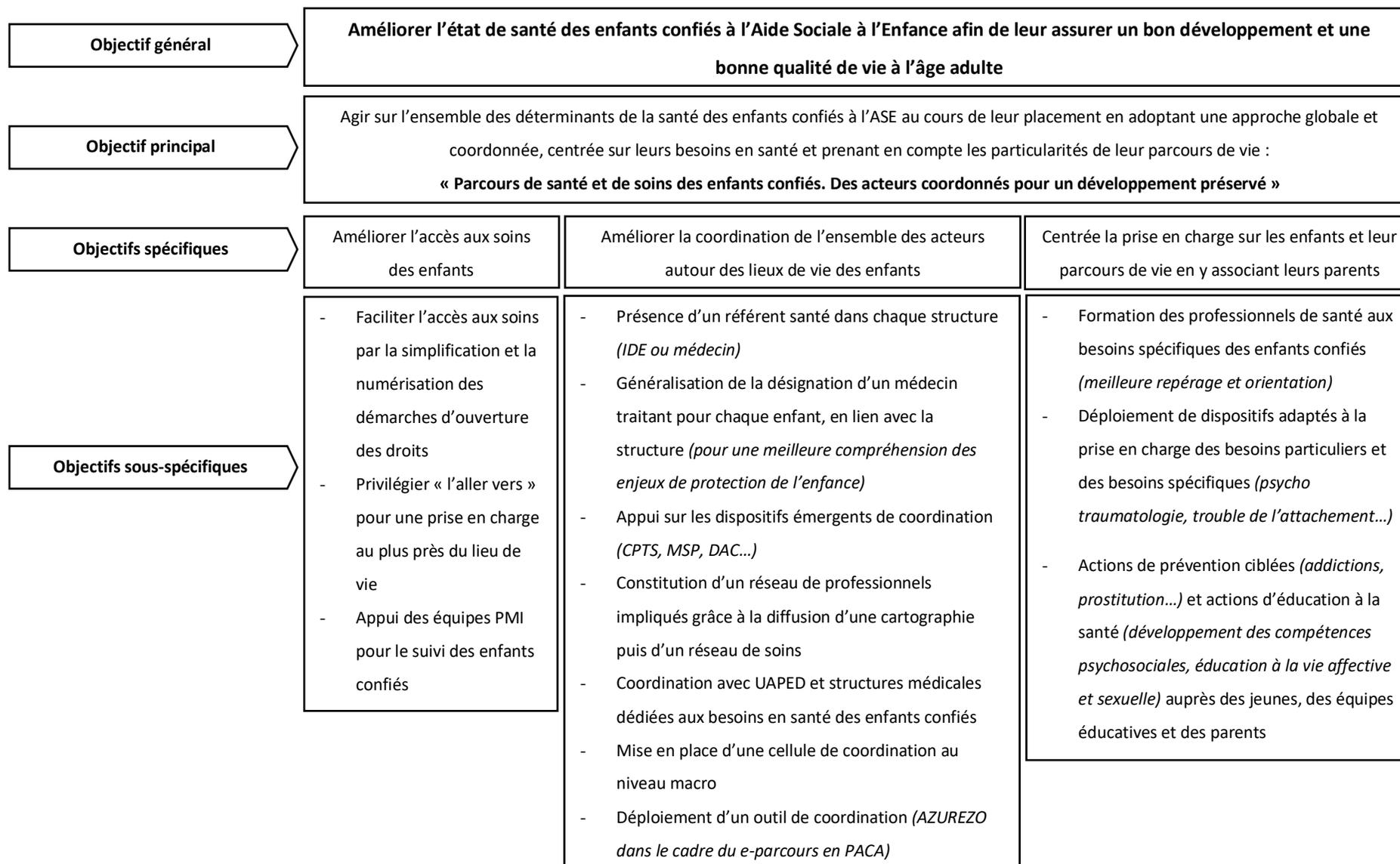
Nous avons formalisé un « arbre à problèmes » (cf. page suivante) afin de présenter une synthèse de l'ensemble des données recueillies lors de cette étude, en termes de difficultés rencontrées (cadre théorique, questionnaire, entretiens, observations). Le problème de santé publique identifié, à l'origine de l'étude, correspond au tronc de l'arbre et se situe au centre, les conséquences du problème se situent au-dessus du problème identifié et correspondent aux ramifications des feuilles de l'arbre tandis que les causes du problème se situent en-dessous du problème et correspondent aux racines de l'arbre.

En miroir de « l'arbre à problèmes », nous allons présenter un « arbre d'objectifs » (cf. à la suite de « l'arbre à problèmes ») formalisant l'ensemble des objectifs que nous proposons de réaliser, à court et moyen terme dans la suite du projet de parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE ainsi que les objectifs visés à long terme pour une amélioration globale de la santé des enfants confiés à l'ASE.

Graphique 3. « Arbre à problèmes »



Graphique 4. « Arbre d'objectifs »



CONCLUSION ET FEUILLE DE ROUTE

La santé des enfants confiés à l'ASE est un enjeu mis au centre des politiques publiques de protection de l'enfance. En effet, la prise en charge des besoins en santé spécifiques et particuliers de cette population vulnérable, ayant un accès limité aux soins, entraîne des conséquences majeures sur leur devenir à l'âge adulte, ainsi qu'à plus grande échelle sur l'économie des pays. La diminution des inégalités sociales de santé, ainsi que la coordination des parcours de soins et de santé, sont au cœur des politiques de santé publique actuelles voulant tendre vers un système de santé plus préventif.

Dans le cadre de ce travail, nous avons cherché à comprendre comment contribuer à l'amélioration de la prise en charge des besoins en santé des enfants confiés à l'ASE sur le territoire des BDR afin d'envisager la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonnés des enfants confiés, en nous appuyant sur le modèle de Santé Protégée, dans la suite de l'expérimentation PEGASE à laquelle la pouponnière des BDR participe.

Afin de répondre à notre problématique nous avons réalisé un diagnostic territorial en utilisant une méthodologie de recherche-action, s'inscrivant dans une démarche globale de planification de projet en santé. Une enquête exploratoire puis une enquête de terrain au plus près des lieux de vie des enfants, ciblant les professionnels des structures d'accueil de l'ASE des BDR (IDE et directeurs), nous ont permis d'identifier les difficultés et les ressources du territoire et de comprendre comment fonctionnent et se coordonnent les professionnels des structures et les professionnels de santé autour des soins. De plus, une observation sur le terrain d'acteurs institutionnels et professionnels hospitaliers impliqués dans la prise en charge des enfants a permis d'élargir l'angle de vue d'étude de notre problématique.

Notre démarche collaborative et participative a été en accord avec les principes d'une intervention de santé publique en promotion de la santé visant à agir sur l'ensemble des déterminants de santé d'une population spécifique. En nous intéressant aux difficultés rencontrées par les structures d'accueil des BDR, nous avons tenté d'appréhender spécifiquement les déterminants majeurs sur lesquels agir en premier lieu sur ce territoire.

Nous avons ainsi observé que les difficultés majeures étaient liées à l'accès aux soins (ouverture des droits à l'assurance maladie, refus des professionnels de santé, carence de l'offre de soins sur le territoire, offre de soins inadaptée aux besoins en santé spécifiques de ces enfants), à la

coordination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des enfants confiés (institutionnels, professionnels de santé, professionnels des structures d'accueil), à l'adhésion aux soins des jeunes et des parents et à la déperdition des données de santé au cours du parcours de vie des enfants. Cette étude nous a également permis d'explorer la richesse et les différences de fonctionnement des structures d'accueil de l'ASE des BDR.

Nous avons aussi pu mettre en avant les ressources du territoire et notamment la mise en œuvre d'une dynamique territoriale (départementale, régionale et hospitalière) autour de l'amélioration de la prise en charge des besoins en santé de ces enfants. Cette dynamique est une opportunité pour la mise en œuvre du projet d'un parcours de soins coordonnés sur le territoire des BDR, d'autant plus dans le contexte politique nationale actuel favorable.

Nous avons proposé des objectifs et des actions à réaliser afin d'agir sur les principaux déterminants de santé identifiés. Nous retiendrons spécifiquement les objectifs à court terme que nous synthétiserons dans une feuille de route d'actions à mettre en place afin d'améliorer, dans le territoire des BDR, la prise en charge en santé de ces enfants et de s'inscrire dans la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonnés. Cette feuille de route sera présentée à la fin de la conclusion.

Ainsi, nous avons réalisé la première étape du projet de planification en santé autour du parcours de soins coordonnés des enfants confiés à l'ASE. Les grandes étapes à venir seront dans un premier temps la mise en œuvre du plan d'action (étape 2) puis dans un second temps l'évaluation du projet (étape 3).

Par ailleurs il serait intéressant de poursuivre la recherche-action auprès des familles d'accueil afin d'enrichir le réseau de soins et d'identifier potentiellement d'autres difficultés ou ressources du territoire.

Aussi, dans le but de réaliser l'étape d'évaluation, des indicateurs en santé devront être définis afin de pouvoir, à travers eux, évaluer les effets du dispositif sur l'état de santé des enfants, d'améliorer le dispositif puis afin de pouvoir élaborer une théorie du programme modélisant les processus en jeu dans sa mise en œuvre. Les économies en santé réalisées à partir d'un dépistage précoce et d'une prise en charge adaptée des besoins spécifiques, pourront également être appréhendées.

Les intérêts de la mise en œuvre de ce projet sont humains, éthiques et de santé publique. En effet, en protection de l'enfance, le devoir éthique de protection des enfants est confronté à

la mise en application de ce devoir (politique, judiciaire, sanitaire...). Les enjeux éthiques apparaissent lors de la confrontation entre le cadre réglementaire d'un côté et la réalité de l'autre qui ne rentre pas dans le cadre réglementaire. Notamment il existe un paradoxe entre les parcours de vie en protection de l'enfance et les besoins spécifiques de ces enfants.

Catherine Sellenet, docteur en sociologie, soutient lors de la journée d'étude « Scolarité en protection de l'enfance », tenue le 11 mars 2022 à Paris Nanterre, qu'il faut veiller à ce que l'enfant confié ne soit pas le « Sisyphe des temps modernes ».

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes particulièrement confrontés aux enjeux éthiques liés aux inégalités d'accès aux soins des enfants confiés à l'ASE, nécessitant d'interroger les pratiques autour de la prise en charge de leur santé afin de remettre du sens et de trouver des pistes de résolution.

Les inégalités sociales de santé que subissent ces enfants impactent les missions de protection de l'enfance visant à garantir leur santé et leur bon développement.

La visée éthique serait d'aller vers un « prendre soin » global de ces enfants dans une démarche de « bien-traitance », le maître mot de leur prise en charge en accord avec la déclaration de Marie-Jeanne Reichen, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans « l'opération pouponnière » en 1997 :

« La bientraitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité. »²²⁰

²²⁰ Comité de pilotage de « L'opération pouponnières ». (1997). L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, 1997.

Feuille de route

Etape 1 : Mise en place d'une IDE coordinatrice par structure d'accueil
Etape 2 : Articulation des répertoires des professionnels de santé somatique et psychique
Etape 3 : Sensibilisation et mobilisation les professionnels de santé via l'ODPE
Etape 4 : Constitution d'un comité de pilotage départemental
Etape 5 : Déploiement de l'utilisation de l'outil de coordination du e-parcours en PACA
Etape 6 : Création du réseau de soins grâce à la diffusion de la cartographie et de l'outil de coordination
Etape 7 : Elaboration d'un plan de formation
Etape 8 : Mise en œuvre d'une cellule de coordination
Etape 9 : Lancement du projet

Marseille, le 08/04/2021

Pr Jean Gaudart



Bibliographie

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

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

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

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

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

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

Arnaud-Melchiorre, G. (2022). *A (h)auteur d'enfants*. Rapport de la Mission La parole aux enfants. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_a_h_auteur_d_enfant_agm_04012022.pdf

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

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

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

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

Article 372 du Code Civil

Article 375 du Code Civil

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

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

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

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

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

Baudier A., & Céleste B. (2019). *Le développement affectif et social du jeune enfant* (3^{ème} éd.). Dunod.

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

Blanchet, A. & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2^{ème} édition).

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press, 348 p.

https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf

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

<https://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002622>

CAF. (2017). *Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse*.

<https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/891/guide%20diagnostic%20site%20web.pdf>

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

Chambre régionale des comptes PACA. (2020). *Enquête sur la politique de protection de l'enfance mise en œuvre par le département des Bouches-du-Rhône*.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/PAR2020-1595.pdf>

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

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

Conseil Départemental Consultatif du Développement social du Nord. (2017). *Le Développement social local, une démarche en 23 principes d'action*.

<https://lenord.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dsl.pdf>

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

Conseil départemental des Bouches-du-Rhône. (2016). *Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2016-2020*.

https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/ConseilGeneral/SchemaDepartementaux/Document/Schema-enfance-famille%202016-2020.pdf

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

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

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

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

Défenseur des droits. (2015). *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf

Défenseur des droits. (2021). *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf

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

doi:10.3917/tf.154.0363

De Montaigne, L., Bernard, O., Da Fonseca, D., Gaudart, J., Richardson, A., Soffer, M., Chabrol, B., Dubus, J-C., Bosdure, E. (2014). *Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône : regard social et médical sur les orientations à la Maison*

Départementale des Personnes Handicapées. [Thèse de Médecine]. Université d'Aix-Marseille (France).

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

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dp_enfance_ado_web.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin*. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

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

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

Fianu, A., Villeval, M., Naty, N., Favier, F. & Lang, T. (2017). Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle *fonctions clés/implémentation/contexte* à un

programme de prévention du diabète. *Santé Publique*, 29, 525-534. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0525>

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

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

GIP Enfance en Danger – Snated. (s.d.). *Bilan relatif à l'activité du 119 Période de confinement du 18 mars au 10 mai 2020*.

<https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/actualites/etude-confinement-119-20mai2020.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Documentation Française. (2021). *La protection sociale* (2^{ème} édition).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde). Consulté le 28 janvier 2022 sur <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/nouvelle-perspective-sante-canadiens-rapport-lalonde.html>

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

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

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012). *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Ma Santé 2022 : un engagement collectif. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *En finir avec les sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Aide sociale à l'enfance : 5 engagements retenus pour en finir avec les sorties non accompagnées*. Consulté le 23 janvier 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/en-finir-avec-les-sorties-seches-de-l-aide-sociale-a-l-enfance-ase>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Le dispositif Paerpa*. Consulté le 28 mars 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

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

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

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

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Système de santé, médico-social et social : pour une prise en charge globale de la personne*. Consulté le 14 mars 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (2001). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*.
http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf.

Observatoire national de la protection de l'enfance. (s.d.). *Affiche sur le dispositif de protection de l'enfance*.
https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/panneau_a4_2.pdf

Observatoire national de la protection de l'enfance. (2021). *Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019*.
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf

OMS. (1946). *Constitution de l'OMS*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

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

OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.*

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

OMS. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant.*

https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf

OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

OMS. (2007). *Early Child Development : A Powerful Equalizer.*

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

OMS. (2017). *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2018). *Santé mentale : renforcer notre action.* Consulté le 18 mars 2022 sur

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (2020). *Maltraitance des enfants.* Consulté le 23 mars 2022 sur

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

ONU. (2015). *Coûts économiques de la violence contre les enfants.* Consulté le 10 mars 2022 sur https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic_costs_of_vac_viewpoint

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

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

Potin, E. (2012). *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*. Toulouse: Érès.

Préfet de la région PACA. (2021). Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. *Bilan 2020 et perspectives en PACA*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_d_etape_paca_2020.pdf

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

Prigent, A., Vinet, M.A., Michel, M., Rozé, M., Riquin, E., Duverger, P., Rousseau, D., Chevreur, K. (2021). The cost of child abuse and neglect in France: The case of children in placement before their fourth birthday. *Child Abuse Negl.* 2021 Aug;118:105129. [https://doi:10.1016/j.chiabu.2021.105129](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105129). Epub 2021 May 28. PMID: 34058479.

PromoSanté Ile-de-France. (2017). *Introduction à la méthodologie de projet*. <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/introduction-la-methodologie-de-projet>

Raimondeau, J. (2020). *Manuel de santé publique*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Rapoport, D. (2006). *La bien-traitance envers l'enfant*. Paris: Belin, p. 20.

Région Provence-Alpes-Côte-D'Azur. (2021). Cadre d'intervention. Kit de lutte contre les déserts médicaux. https://www.maregionsud.fr/fileadmin/user_upload/Kit_de__serts_me__dicaux.pdf

Roth, B., Einaudi, M., Tardieu, S. & Bernard, O. (2021). Évaluation des pratiques d'un dispositif de prévention des vulnérabilités périnatales : les staffs médico-psychosociaux. *Périnatalité*, 13, 173-182. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0113>

Rousseau, D. & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 50, 127-137. <https://doi.org/10.3917/ep.050.0127>

Rousseau, D., Riquin, E., Rozé, M., Duverger, P. & Saulnier, P. (2016). Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*, 343-374. <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343>

Susman, G. (1983). *Action Research : A Sociotechnical Systems Perspective*. G. Morgan (ed). London : Sage Publications.

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

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

Whitehead, M., Dahlgren G. (1991). What can we do about inequalities in health ? *The lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.). DOI: 10.1016/0140-6736(91)91911-d

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux :

Tableau I. Caractéristiques générales des structures et taux de participation.....	p81
Tableau II : Description des professionnels interrogés par structure.....	p83
Tableau III. Répartition des caractéristiques générales des structures d'accueil.....	p84
Tableau IV : Caractéristiques des structures d'accueil bénéficiant de la présence d'IDE.....	p85
Tableau V : Caractéristiques des structures d'accueil ne bénéficiant pas de la présence d'IDE	p86
Tableau VI : Organisation des soins à l'entrée dans les structures d'accueil.....	p91
Tableau VII. Thèmes principaux émergents de l'analyse qualitative du questionnaire.....	p93

Liste des graphiques :

Graphique 1. Proportion des différents types de bilan d'entrée réalisé dans les structures.....	p88
Graphique 2. Proportion des différents professionnels de santé effectuant le bilan médical d'entrée dans les structures d'accueil.....	p89
Graphique 3. « Arbre à problèmes ».....	p170
Graphique 4. « Arbre d'objectifs ».....	p171
Aperçu de la carte MyMaps.....	p147

Liste des abréviations

ACE : Adverse Childhood Experiences

AME : Aide Médicale d'Etat

ANS : Agence du Numérique en Santé

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASQ : Ages and Stages Questionnaire

BDR : Bouches-Du-Rhône

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CD : Conseil départemental

CD13 : Conseil départemental des Bouches-Du-Rhône

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

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

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

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

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

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

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-PsychoPédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Compétences Psycho-Sociales

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DDD : Défenseur Des Droits

DEF : Direction Enfance-Famille

DGAS : Direction Générale Adjointe de la Solidarité

DIM : Département d'Information Médicale

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

DITAS : Direction des Territoires et de l'Action Sociale

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

DPO : Délégué de la Protection des Données

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

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

EPIPAGE : Etude EPIdémiologique sur les Petits Ages GEStationnels

EPP : Entretien Pérénatal Précoce

ESMS : Etablissements Sociaux ou Médico-Sociaux

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEF : Inspecteur Enfance-Famille

IMDPE : Instrument de Mesure du Développement de la Petite Enfance

IME : Institut Medico-Educatif

IP : Information Préoccupante

ISS : Inégalités Sociales de Santé

ISST : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

LFSS : Loi de Financement du Système de Santé

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDS : Maisons Départementales de la Solidarité

MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social

MNA : Mineurs Non Accompagnés

MRPE : Médecin Référent Protection de l'Enfance

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

MT : Médecin Traitant

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

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

PIEF : Pôle Inspecteur Enfance-Famille

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Projet Pour l'Enfant

PRS : Projet Régional de Santé

PRS2 : Projet Régional de Santé de 2ème génération

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PUMa : Protection Universelle Maladie

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

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

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

SNS : Stratégie Nationale de la Santé

SPF : Santé Publique France

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

T2A : Tarification A l'Activité

UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique pour Enfance en Danger

Liste des annexes

Annexe 1 : Panneau des dispositifs en protection de l'enfance de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance

Annexe 2 : Champs et catégories de la carte de la santé et de ses déterminants et exemples s'y rapportant

Annexe 3 : Exemple d'outils proposés dans le guide méthodologique s'intitulant « Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse »

Annexe 4 : Organigramme du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône

Annexe 5 : Questionnaire exploratoire utilisé dans le cadre de l'étude

Annexe 6 : Guide d'entretien utilisé dans le cadre de l'étude

Annexe 7 : Fiche de recueil du consentement d'enregistrement audio

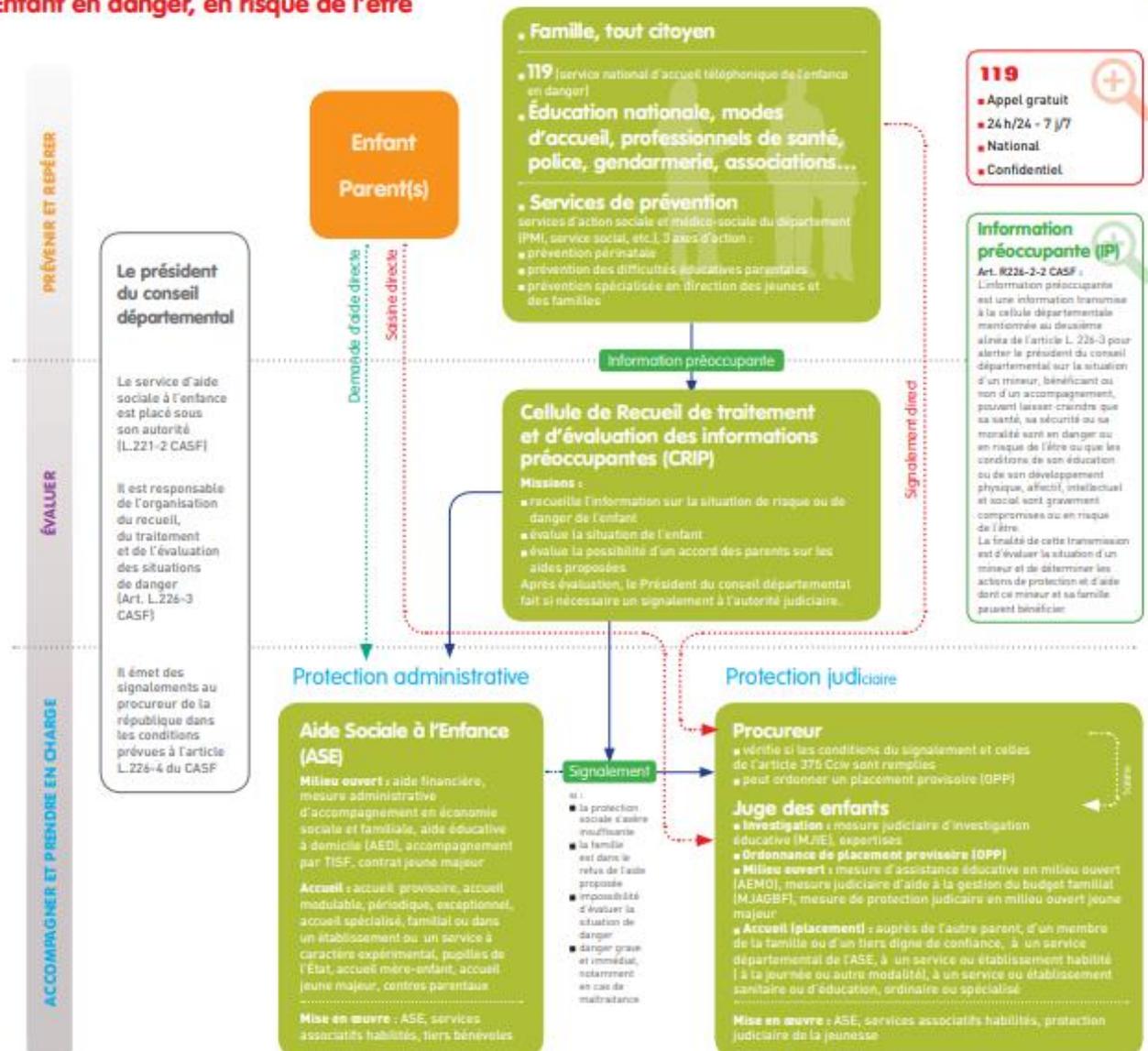
Annexe 1 : Panneau des dispositifs en protection de l'enfance de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance



Le dispositif de protection de l'enfance



Enfant en danger, en risque de l'être



Annexe 2 : Champs et catégories de la carte de la santé et de ses déterminants et exemples s'y rapportant

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	
Santé globale	
<ul style="list-style-type: none"> Perception de la santé globale Incapacité, santé fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Bien-être Inégalités de santé, inégalités sociales de santé
Santé physique	
<ul style="list-style-type: none"> Maladies et traumatismes Mortalité, létalité Morbidité (prévalence, nombre et taux d'incidence...) 	<ul style="list-style-type: none"> Comorbidité Éclosions et épidémies
Santé mentale et psychosociale	
<ul style="list-style-type: none"> Santé mentale positive et négative, suicide Adaptation sociale (abus, négligence, violence...), rôles sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Intégration sociale Développement de l'enfant

Champ des CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES	
Caractéristiques biologiques et génétiques	
<ul style="list-style-type: none"> Âge et sexe Origine ethnique Particularités génétiques 	<ul style="list-style-type: none"> Imprégnation biologique Statut immunitaire et vaccinal
Compétences personnelles et sociales	
<ul style="list-style-type: none"> Capacités physiques Habiletés cognitives Résilience Sentiment de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> Sentiment de sécurité Compétences sociales Littératie Connaissances sur la santé
Habitudes de vie et comportements	
<ul style="list-style-type: none"> Nutrition, alimentation Mode de vie actif Tabagisme Consommation d'alcool Consommation de drogues, de médicaments ou d'autres psychotropes Jeux de hasard et d'argent 	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques sexuelles Hygiène et soins Participation aux services préventifs Comportements sécuritaires (pratique sportive, conduite de véhicules, sécurité au travail...) Attitudes Voyages
Caractéristiques socioéconomiques	
<ul style="list-style-type: none"> Niveau de scolarité Type d'emploi Revenu individuel 	<ul style="list-style-type: none"> Statut socioéconomique Insécurité alimentaire Origine ethnoculturelle et langue

Champ des MILIEUX DE VIE

Milieu familial

- Structure familiale
- Relations dans la famille, lien d'attachement
- Encadrement parental, acquisition des valeurs, bases de l'éducation
- Soutien social et affectif
- Violence intrafamiliale
- Conditions matérielles et socioéconomiques (qualité du logement, qualité de l'air, sécurité, exposition aux risques, propriétaire ou locataire, revenu familial, scolarité des parents...)

Milieu de garde et scolaire

- Milieu de garde à l'enfance (services en centre de la petite enfance, en milieu familial, avec ou sans but lucratif...), milieu d'enseignement primaire, secondaire et postsecondaire
- Ressources (humaines, équipements...)
- Accessibilité
- Services (programme éducatif en milieu de garde et en milieu scolaire, aide aux devoirs, services préventifs, activités parascolaires, repas, transport...)
- Climat scolaire (relations avec le personnel, encadrement, soutien scolaire, exposition à la violence...)
- Vie scolaire et parascolaire (qualité, accès, participation...)
- Conditions matérielles
- Sécurité dans le milieu de garde, dans l'école
- Caractéristiques socioéconomiques du milieu
- Gouvernance locale

Milieu de travail

- Conditions de travail (rémunération, congés de maladie, régime d'assurance collective, régime de retraite...)
- Exposition aux contaminants
- Organisation du travail
- Facteurs psychosociaux (soutien social, latitude décisionnelle...)
- Réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée...)
- Pratiques et comportements préventifs ou à risque

Milieus d'hébergement

- Type de milieu (pour aînés, personnes handicapées, jeunes en difficulté, itinérants, victimes de violence, détenus...)
- Ressources (humaines, équipements...)
- Accessibilité
- Services
- Conditions sociales et matérielles (soutien social, sécurité, salubrité...)
- Gouvernance locale

Communauté locale et voisinage

- Cohésion sociale et capital social
- Soutien social et réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée...)
- Ressources communautaires
- Caractéristiques socioéconomiques
- Conditions matérielles (espaces verts, espaces de loisirs, espaces publics, sécurité des rues, sécurité et salubrité des bâtiments, offre d'aliments frais...)
- Sécurité dans le quartier (criminalité...)
- Gouvernance locale et politiques publiques locales
- Réseaux associatifs et de loisirs (ressources, accessibilité, participation...)
- Organismes communautaires, participation citoyenne
- Caractéristiques environnementales (qualité de l'air, de l'eau, des sols...)

Champ des SYSTÈMES

Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance

- Types de services :
 - système scolaire : enseignement primaire, secondaire et postsecondaire
 - système de services de garde à l'enfance : services en centre de la petite enfance, en milieu familial...
- Structure :
 - nombre de ressources (humaines, équipements...)
 - types de ressources
 - organisation
 - points de service
 - accessibilité (géographique, financière...)
- Qualité des services
- Financement

Système de santé et de services sociaux

- Types de services : curatifs et préventifs, de première ligne, spécialisés, programmes de santé publique, publics et privés...
- Structure :
 - nombre de ressources (humaines, équipements...)
 - types de ressources
 - organisation
 - points de service
 - accessibilité (géographique, financière...)
- Qualité des services
- Financement (services publics ou privés, couverture d'assurance des services de santé, médicaments, soins dentaires...)

Aménagement du territoire

- Aménagement urbain et rural (planification régionale ou par municipalité régionale de comté...):
 - habitation, logement social
 - lieux de travail et de loisirs
 - établissements publics (construction et emplacement des écoles, des centres d'accueil...)
 - espaces publics
 - moyens et infrastructures de transport
 - moyens et infrastructures de communication

Soutien à l'emploi et solidarité sociale

- Services d'aide à l'emploi
- Soutien aux entreprises
- Aide de dernier recours aux personnes et aux familles démunies

Autres systèmes et programmes

- Programmes de contrôle et de surveillance de l'environnement (protection des écosystèmes et de la biodiversité, prévention et réduction de la contamination de l'atmosphère, de l'eau et du sol, qualité de l'eau potable...)
- Services de sécurité publique (prévention et lutte contre la criminalité, intervention policière, services correctionnels, sécurité civile et incendie...)
- Programmes d'intégration des immigrants et de promotion de la diversité culturelle (intégration linguistique et sociale, insertion professionnelle, rapprochement interculturel...)
- Programmes de salubrité des aliments et de santé animale (système d'inspection et de traçabilité, programme de surveillance...)

Champ du CONTEXTE GLOBAL

Contexte politique et législatif

- Système politique, culture politique :
 - régime politique, institutions politiques
 - gouvernance
 - participation citoyenne
- Politiques publiques :
 - sociales (travail, habitation, éducation...)
 - économiques (fiscales, monétaires, développement économique...)
 - de santé (touchant les services sociaux et de santé, la salubrité des aliments, l'alcool, les drogues, les jeux de hasard et d'argent, les médicaments...)
 - environnementales (air, eau, sols...)
 - de sécurité (armes à feu...)
- Instruments des politiques (lois et règlements, application des politiques...)
- Droit international, traités internationaux

Contexte économique

- Mondialisation des marchés
- Structure économique (importance des différents secteurs économiques...)
- Conjoncture économique (croissance économique ou récession (variations du produit intérieur brut), croissance de la rémunération réelle...)
- Marché du travail (création et pertes d'emplois, niveau du chômage...)
- Distribution de la richesse et des revenus
- Niveau d'endettement des ménages, accès au crédit
- Coût des biens de consommation (coût du logement, des biens essentiels...)
- Pratiques de commercialisation (stratégies de marketing...)

Contexte démographique

- Natalité et fécondité
- Structure de la population (distribution selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique...)
- Mouvements migratoires (mouvements de population, exode rural, embourgeoisement, immigration, voyages...)

Contexte social et culturel

- Diversité ethnoculturelle
- Situation linguistique
- Normes et valeurs
- Religions
- Stratification sociale (selon le revenu, la scolarité, l'emploi, l'origine ethnique, le genre...)
- Coopération et compétition
- Préjugés et discrimination
- Changements sociaux
- Arts et culture
- Médias de masse, campagnes publicitaires

Contexte scientifique et technologique

- Informatisation
- Technologies de l'information et des communications
- Technologies et modes d'intervention en santé (appareils et équipements, procédures médicales et chirurgicales...)
- Évolution de la pharmacologie
- Innovation en génomique, en biotechnologie et en nanotechnologie
- Connaissances et innovations dans le domaine social

Environnement naturel et écosystèmes

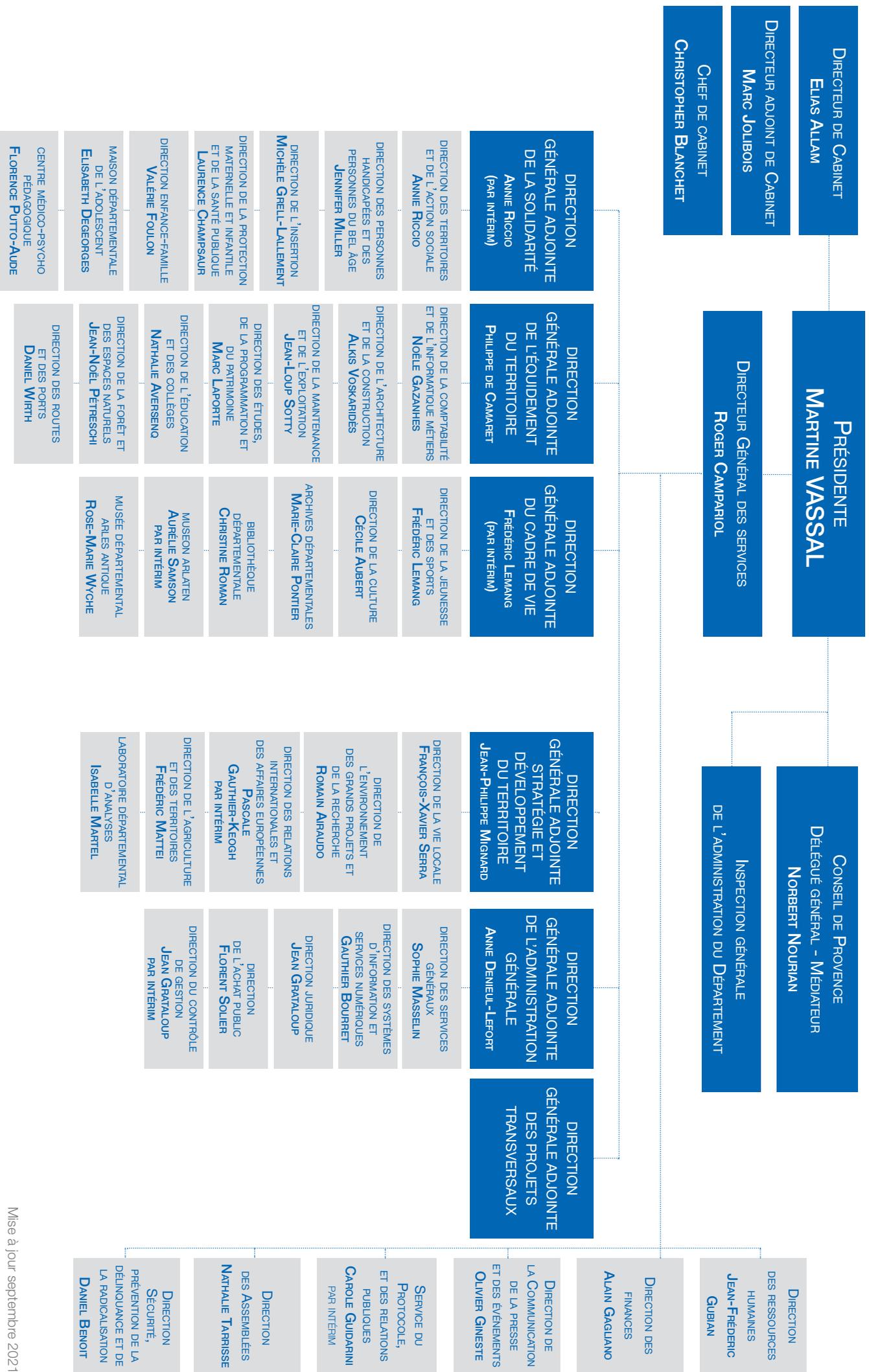
- Climat et changements climatiques
- Topographie, latitude, étendue du territoire et autres caractéristiques physiques
- Animaux et plantes
- Provision et régulation issues des écosystèmes
- Agents pathogènes et vecteurs biologiques
- Contaminants (air, eau, sols...)
- Niveaux de risque de sinistres
- Radiations
- Nuisances
- Champs électromagnétiques

Annexe 3 : Exemple d'outils proposés dans le guide méthodologique s'intitulant « Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse »

Thèmes et déclinaisons des problématiques	Carences	Besoins	Enjeux

Objectifs retenus à partir des enjeux	Actions existantes répondant aux enjeux	Actions à développer

Thématique	Préciser le thème de votre diagnostic et déclinez-le.
Public	Préciser les publics concernés par le thème et leurs places dans votre diagnostic et dans votre projet.
Territoire	Précisez les contours géographiques.
Activités	Précisez les différentes activités concernées par le thème.
Acteurs locaux	Précisez ici les différents acteurs locaux, leurs places dans votre diagnostic (partenaires, objets, prescripteurs, décideurs...).



Annexe 5 : Questionnaire exploratoire utilisé dans le cadre de l'étude

Projet autour d'un parcours de soins coordonné des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône

Chères infirmières, chers directeurs,

Nous souhaitons réaliser un état des lieux de la mise en œuvre du parcours de soins et de la prise en charge actuelle de la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans les MECS et les foyers d'urgence des Bouches-du-Rhône. Notre objectif est de constituer un répertoire et une cartographie des professionnels de santé et des centres médicaux avec lesquels votre structure est en lien dans le cadre du parcours de soins et de la prise en charge en santé des enfants confiés ainsi que d'explorer les pratiques et les difficultés liées à la prise en charge en santé des enfants confiés au sein des structures dans lesquelles vous travaillez.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 qui vise à améliorer le parcours de soins des enfants confiés.

L'enjeu est de connaître les professionnels de santé avec lesquels vous travaillez afin de les accompagner (formation, mise à disposition d'outils d'évaluation clinique, revalorisation des actes via un tarif de consultation complexe) et de connaître les pratiques et les difficultés rencontrées dans les structures d'accueil de l'ASE du territoire des BDR, afin de cheminer vers la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonné adaptée aux besoins du territoire.

Afin d'avancer dans ce projet, nous aurions besoin que vous répondiez à ce questionnaire. Nous vous demandons de renseigner le nom de votre structure et non pas le votre afin que l'anonymat de vos réponses soit préservé.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce projet.

Alice Garès, interne en médecine santé publique au sein de la DPMISP,
Pour le Dr Einaudi, médecin référent protection de l'enfance, DPMISP, DGAS, CD13.

Q1 : Dans quelle structure de l'aide sociale à l'enfance exercez-vous ? Veuillez indiquer les coordonnées de la structure (nom et adresse).

Q2 : Les enfants bénéficient-ils d'un bilan médical somatique et psychologique lors de leur admission dans votre structure ?

Une seule réponse possible.

- Uniquement somatique
- Uniquement psychologique
- Somatique et psychologique
- Aucun

Q3 : Si un bilan d'entrée est effectué, quel est le délai entre l'admission et sa réalisation ?

Une seule réponse possible.

- Moins de 3 mois
- Plus de 3 mois

Q4 : Par quels professionnels de santé le bilan médical d'entrée (santé physique et psychique) est-il réalisé ? Vous pouvez cocher plusieurs propositions. Si vous cochez "Autre", veuillez préciser votre réponse (professionnels hospitaliers, CAMPS, CMP, ...)

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste libéral
- Médecin de Protection Maternelle et Infantile
- Médecin rattaché à votre structure
- Pédiatre libéral
- Psychiatre ou pédopsychiatre libéral
- Psychologue libéral
- Psychologue rattaché à votre structure

Autre : _____

Q5 : Les enfants pris en charge dans votre structure ont-ils un médecin traitant déclaré ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q6 : Afin de constituer un répertoire des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des enfants confiés, pouvez-vous lister les MÉDECINS avec lesquels vous travaillez ? Indiquez leurs coordonnées (nom, prénom, spécialité et adresse si vous en disposez).

Q7 : Afin de constituer un répertoire des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des enfants confiés, pouvez-vous lister les professionnels PARAMÉDICAUX avec lesquels vous travaillez ? Indiquez leurs coordonnées (nom, prénom, profession et adresse si vous en disposez).

Q8 : Si votre structure a passé des conventions ou si elle a des partenariats informels avec des structures de santé (centre dentaire, centre optique, maison médicale, ...), pouvez-vous les lister et indiquer leurs coordonnées (nom de la structure et adresse si vous en disposez).

Q9 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans la réalisation du suivi de la santé des enfants confiés ?

Annexe 6 : Guide d'entretien utilisé dans le cadre de l'étude

Nom de la structure d'accueil :

Date :

Durée :

Présentation de l'interviewer :

Bonjour, je suis interne en médecine santé publique en stage au sein de la Direction de la PMI et de la Santé Publique au Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (DPMISP). Je participe à un projet concernant le parcours de soins coordonné des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'enfance (ASE) dans les BDR. L'objectif de ce projet est de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la santé des enfants confiés à l'ASE dans les BDR. Vous avez reçu préalablement un questionnaire à ce sujet. Ce questionnaire visait à recueillir des informations générales sur la prise en charge de la santé des enfants confiés au sein des foyers et de répertorier les professionnels de santé avec lesquels votre structure est en lien dans le cadre de la prise en charge en santé des enfants confiés à la structure. Nous avons voulu réaliser, en complément du questionnaire, des entretiens avec des professionnels de foyers afin de comprendre, à travers votre expérience, comment s'organise plus précisément le parcours de soins de ces enfants en pratique, quelle est leur prise en charge en santé et quelles difficultés vous rencontrez sur le terrain.

J'aurais besoin d'enregistrer notre conversation afin de pouvoir retranscrire l'entretien et ainsi rester le plus fidèle possible à vos propos. Les entretiens seront anonymisés et l'enregistrement sera par la suite supprimé. Est-ce que vous acceptez d'être enregistré(e) ? (Faire signer la fiche de consentement d'enregistrement audio).

Présentation du professionnel :

- Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?
- Combien de jours par semaine travaillez-vous dans cette structure ?
- Avez-vous exercé dans différentes structures de l'aide sociale à l'enfance ?
- *Quelles sont vos missions principales ? comment travaillez-vous/intervenez-vous auprès des enfants accueillis dans ces structures ?*

Attribution médecin traitant à chaque enfant

- La majorité des enfants ont-ils un médecin traitant à leur arrivée dans la structure ? (*Est-il le même que celui de ses parents ? Continuent-ils à voir leur médecin traitant antérieur s'ils en avaient un ? Même si la structure est trop éloignée ?*)
- Si l'enfant n'a pas de médecin traitant d'office, réussissez-vous à lui en attribuer un ? Comment faites-vous pour lui en attribuer un ?

Bilan d'entrée médical et psychologique dans le cadre du PPE :

- Dans le cadre du Projet Pour l'Enfant (PPE), un bilan médical d'entrée est-il réalisé systématiquement dans votre structure ? Savez-vous qu'il est obligatoire ? Savez-vous que le PPE comporte un volet santé ?
- A quel moment le bilan d'entrée est-il réalisé la plupart du temps (*1^{ère} semaine, 1^{er} mois, 3 premiers mois, après 3 premiers mois*) ?
- Le bilan comporte-t-il les deux volets psychique et physique ? (Si non, pourquoi ?)
- Par quels professionnels de santé le bilan d'entrée est-il réalisé ?
- S'il n'est pas réalisé ou pas réalisé systématiquement quelles en sont les raisons ? (*Manque d'information ou méconnaissance de l'obligation à réaliser un bilan d'entrée ? Manque de temps ? Manque de personnel pour gérer la programmation de ces bilans ? Manque d'outils ? Manque de partenariat avec des professionnels de santé impliqués ? Autres difficultés ?*)
- S'il n'est pas réalisé systématiquement y-a-t-il une sélection des enfants ? Si oui, selon quels critères ?
- Des soins adaptés sont-ils mis en place en fonction de ce que l'enfant a subi, qui est à l'origine du placement et a ou pourrait avoir un impact sur sa santé ? (Ex : agressions sexuelles, meurtre d'un parent, placement de la fratrie, ...) *Lorsqu'un enfant est placé en urgences quelle prise en charge médicale et psychologique est réalisée ? Par quels professionnels ? Des professionnels formés en psycho traumatologie ? La prise en charge est-elle débutée dès l'arrivée de l'enfant ?*

Suivi médical et psychologique de la santé de l'enfant durant son séjour :

- Proposez-vous un accompagnement des enfants personnalisé en fonction de leurs besoins comme cela est prévu dans le cadre du PPE ?
- Si un bilan d'entrée a été réalisé est-il actualisé chaque année ? Pour les deux volets physique et psychique ? Par quels professionnels ?
- S'il n'est pas réalisé quelles en sont les raisons ? (*cf même question pour le bilan d'entrée*)
- Par quels professionnels de santé le suivi est-il réalisé ?
- Est-il difficile de solliciter les professionnels de santé ? Si oui, pourquoi selon vous ? (*Difficultés concernant la prise en charge par la sécurité sociale, pas de carte vitale et donc impact sur leur rémunération ? Peur du comportement des enfants ? Manque d'outils ? Méconnaissance de leurs problématiques ? De l'ASE ?*)
- Y-a-t-il des professionnels plus réticents que d'autres ?

Transmission des informations concernant la santé des enfants

- Réussissez-vous à récupérer les données de santé des enfants à leur arrivée (*carnet de santé ? état de santé antérieur ? antécédents*) ? Qui vous les transmet ?
- Comment les informations sont-elles gérées durant le séjour des enfants ?
- A qui sont-elles transmises lors de la sortie ? (*Parents ? IDE du nouveau lieu de vie ? médecin traitant ?*)

Les parents et la santé de leurs enfants

- Etes-vous en lien avec les parents au sujet de la santé de leurs enfants ? (*Comment arrivez-vous à travailler avec les parents autour de la santé de leurs enfants ?*)
- Cela est-il déjà arrivé que des parents s'opposent aux soins ? (*Que des enfants qui auraient dus avoir des soins n'ont pas pu en bénéficier du fait du non-consentement des parents ?*) Qu'avez-vous fait dans ce cas ?
- Les parents sont-ils impliqués dans la réalisation du PPE et l'identification des besoins de l'enfant ?
- Y-a-t-il une liste d'actes usuels et non usuels concernant la santé des enfants qui est donnée aux parents à l'arrivée de l'enfant et discutée ? autorisation parentale ? (Ex : vaccination Covid ?)

Difficultés, freins et leviers :

- *Quelles sont les problématiques de santé des enfants auxquelles vous êtes le plus souvent confrontées (physiques et psychiques) ?*
- Quels sont les situations problématiques concernant la prise en charge de la santé des enfants que vous rencontrez le plus souvent ?
- Quels freins ou quels manques repérez-vous concernant la prise en charge de la santé des enfants et leur parcours de soins ? Quels leviers repérez-vous ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge de leur santé ?

Ouverture :

- Utilisez-vous une messagerie sécurisée de santé ? Si oui laquelle ? Si non, connaissez-vous ce système ?
- Est-ce que vous avez connaissance d'une expérimentation sur le parcours de soins coordonné des enfants confiés ?

Conclusion :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 7 : Fiche de recueil du consentement d'enregistrement audio

Je soussigné(e), M. ou Mme,
autorise par la présente, Mme Alice Garès, interne en médecine santé publique au sein du
DPMISP, à enregistrer mon entretien avec cette personne dans le cadre d'une étude sur un
parcours de soins coordonnés des enfants confiés et j'atteste avoir été informé(e) de
l'anonymisation des données.

Signature :

Date :

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.