



HAL
open science

Les ruptures de parcours et la santé des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance

Pauline Devillers

► **To cite this version:**

Pauline Devillers. Les ruptures de parcours et la santé des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04361701

HAL Id: dumas-04361701

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04361701>

Submitted on 22 Dec 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.

Les ruptures de parcours et la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance

Master 1 Sciences Sociales Évaluation et Management des Politiques Sociales (EMPS)

DEVILLERS Pauline
Sous la direction de Mme Laëtitia BLANC
Année 2022 - 2023

« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux universitaires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et aidée, tout au long de la construction de ce mémoire.

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de recherche, Mme BLANC Laetitia. Merci pour votre précieuse guidance et votre expertise tout au long de ce projet.

Je remercie également les différents enseignants de ce Master, et plus particulièrement M REYSZ Julien, pour ses conseils avisés et pour m'avoir permis de prendre confiance en moi.

À Alexi, pour son soutien inconditionnel. Sa confiance en moi et ses encouragements ont été les piliers de ma réussite.

À ma famille et mes ami-e-s, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce parcours académique.

TABLE DES SIGLES

AcVC Accidents de la Vie Courante

AEMO Action Éducative en Milieu Ouvert

AEA Assistance Éducative Administrative

AP Accueil Provisoire

ASE Aide Sociale à l'Enfance

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CESF Conseillère en Économie Sociale et Familiale

CESE Conseil Économique Social et environnemental

CIDE Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CMU Couverture Médicale Universelle

CREAI Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations

DTPJJ Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

IP Information Préoccupante

ODPE Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance

OLINPE Observation Longitudinale Individuelle et Nationale en Protection de l'Enfance

ONPE Observatoire National de Protection de l'Enfance

OMS Organisation Mondiale de la Santé

OPP Ordonnance de Placement Provisoire

PPE Projet Personnel pour l'Enfant

PMI Protection Maternelle et Infantile

SNS Stratégie Nationale de Santé

TISF Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

TABLE DES MATIERES

Remerciements	4
Table des sigles.....	5
Introduction	1
Chapitre 1 - La santé et la protection de l'enfance des enjeux majeurs.....	4
<i>Section 1 : La protection de l'enfance.....</i>	<i>4</i>
A) Repères historiques.....	4
B) Le rôle du conseil départemental.....	7
C) Mesures et lieux de placement.....	8
<i>Section 2 : La santé : un droit pour tous les enfants</i>	<i>11</i>
A) Droits des enfants	11
B) La Convention Internationale des Droits de l'Enfant.....	13
C) État de santé des enfants en France	15
<i>Section 3 : Le parcours de santé des enfants placés</i>	<i>17</i>
A) Cadre législatif des soins des enfants confiés à l'ASE.....	17
B) Bilan sur l'état de santé de ce public en France.....	19
C) « L'étude Saint-Ex ».....	21
Chapitre 2 - L'influence de la discontinuité de la prise en charge sur la santé des enfants confiés	24
<i>Section 1 : Les ruptures de parcours.....</i>	<i>24</i>
A) La notion de parcours	24
B) Les conséquences des ruptures de parcours.....	26
C) Le suivi de santé avec les ruptures de parcours.....	27
<i>Section 2 : Des ruptures causées par différents facteurs</i>	<i>29</i>
A) Un budget insuffisant ?.....	29
B) Une crise nationale	31
C) Entretien avec une infirmière.....	33

<i>Section 3 : Initiatives pour une amélioration de la prise en charge</i>	35
A) Le dispositif OLINPE	35
B) Le programme Pegase	37
C) Préconisations	40
Conclusion	42
Bibliographie	44
Webographie.....	48
Table des graphiques	49
Annexes I : Retranscription de l’entretien.....	50
Résumé	

INTRODUCTION

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance définit la protection de l'enfance comme suit : « *Art. L. 112-3.-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*¹. » Le nombre de jeunes bénéficiant d'une mesure de protection en France, ne cesse de progresser. Selon le dernier rapport de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), datant de juillet 2022, au 31 décembre 2020, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 308 000 sur la France entière, ce qui représente un taux de 21,4% des mineurs.

La mise en place de cette politique implique une organisation complexe impliquant de nombreux acteurs. Elle peut être mise en œuvre de deux manières différentes : soit sous une forme administrative, avec l'accord des familles et sur décision du président du conseil départemental, soit sous une forme judiciaire, sur décision du juge des enfants dans le cadre de procédures civiles. En pratique, il convient de noter que le juge des enfants est à l'origine de 75 % des décisions de prise en charge. Enfin, la responsabilité de la mise en œuvre de cette politique est très largement confiée au secteur associatif, qui est chargé de gérer les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La protection de l'enfance est un enjeu majeur des politiques publiques et de notre société. Elle vise à garantir aux enfants un environnement sain, sécurisé et favorable à leur développement physique et psychologique. Cependant, à mesure que la société prend progressivement conscience des situations de violences intrafamiliales, il devrait devenir primordial de mettre en avant la situation des enfants dont la sécurité et le développement ne sont pas pleinement garantis. Les enfants d'aujourd'hui représentent les citoyens de demain, et à ce titre, garantir une protection de l'enfance efficace est donc essentiel pour assurer leur bien-être actuel et leur avenir.

¹LegiFrance Loi du 14 mars 2016
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/#:~:text=%C2%AB%20Art.,le%20respect%20de%20ses%20droits>

En fonction de la situation, en cas de danger ou de risque de danger, différentes mesures peuvent s'appliquer selon le degré de gravité de la situation. Certaines mesures permettent le maintien de l'enfant dans sa famille : des travailleurs sociaux interviennent alors auprès de lui, soit dans son milieu familial soit dans d'autres lieux. « *Ces mesures sont privilégiées tant que la santé, la sécurité, la moralité et les conditions d'éducation de l'enfant sont préservées.* »². Cependant, dans le cas contraire, il s'agit de mesures de placement, qui impliquent une séparation selon des modalités bien précises.

Dernièrement, la loi du 7 février 2022 est venue apporter différentes dispositions visant à garantir l'accès à la santé, et plus largement le bien-être des enfants.

- **Le renforcement de la prévention** avec la définition de priorités pluriannuelles d'actions en matière de protection et de promotion de la santé.
- **L'amélioration de la prise en charge des enfants et des jeunes** ; avec la création d'un nouveau dispositif visant « *à améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé exerçant auprès d'eux.* »
- **Le renforcement du suivi des enfants protégés** ; la loi du 7 février 2022 vient compléter la loi du 14 mars 2016 qui prévoyait déjà l'obligation de réaliser un bilan de santé pris en charge par l'assurance maladie. L'article 11 de la loi du 7 février 2022 vient préciser que ce bilan « *formalise une coordination de parcours de soins, notamment pour les enfants en situation de handicap*³. »

Cependant, les ruptures de parcours viennent souvent entraver la continuité des soins. Les enfants placés peuvent être confrontés à des changements fréquents de famille d'accueil, d'établissement ou de milieu de vie, ce qui entraîne une discontinuité dans leur suivi médical et un accès inégal aux services de santé. Ces ruptures peuvent compromettre la continuité des traitements médicaux, des thérapies et des interventions nécessaires à leur bien-être. Elles peuvent également avoir un impact émotionnel significatif, amplifiant les sentiments d'instabilité et d'insécurité déjà présents chez ces enfants. De ce fait, l'objectif de ce mémoire est de comprendre l'influence de la discontinuité de la prise en charge sur le parcours de soin des enfants placés.

² ActionFrance <https://www.actionenfance.org/fondation-action-enfance/nous-connaître/notre-cadre-intervention/>

³ LegiFrance Loi du 7 février 2022 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771>

Le parcours de santé des enfants placés est-il influencé par une prise en charge discontinue ?

Comme évoqué précédemment, la protection de l'enfance constitue une priorité essentielle dans notre société. Dans une première partie, afin de comprendre les enjeux actuels, nous commencerons par retracer les repères historiques de la protection de l'enfance, ainsi que le rôle crucial du conseil départemental dans ce domaine. Nous examinerons également les mesures de placement et les lieux de placement qui garantissent la sécurité et le bien-être des enfants. La santé des enfants est un droit fondamental, reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). Nous étudierons les repères historiques et les données sur la santé des enfants en France, en mettant en lumière la politique de santé publique spécifiquement dédiée à l'enfance. Nous aborderons également le parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), en examinant le cadre législatif des soins qui leur est offert, la morbidité de ce public en France et quelques études de cas pertinentes (**chapitre 1**).

La seconde partie sera consacrée sur la discontinuité de la prise en charge, qui peut avoir des conséquences significatives sur la santé des enfants confiés. Nous analyserons les ruptures de parcours auxquelles ils sont confrontés, en expliquant la notion de parcours et les impacts négatifs de ces ruptures sur leur santé. Nous étudierons également les défis liés au suivi médical des enfants connaissant des ruptures de parcours. Le secteur social traverse actuellement une crise, caractérisée notamment par des problèmes budgétaires et une situation préoccupante à l'échelle nationale. Nous évoquerons les défis auxquels les travailleurs sociaux sont confrontés en nous appuyant sur l'interview d'une infirmière. Cependant, il existe des initiatives visant à améliorer la prise en charge des enfants. Nous présenterons le dispositif OLINPE et le programme Pegase, ainsi que la mobilisation des travailleurs sociaux en faveur d'une amélioration globale de la situation (**chapitre 2**).

CHAPITRE 1 - LA SANTE ET LA PROTECTION DE L'ENFANCE

DES ENJEUX MAJEURS

La politique de protection de l'enfance est complexe, car elle regroupe de nombreux acteurs et nécessite une importante coordination. C'est en 1889 avec la loi sur la protection judiciaire de l'enfance maltraitée que la portée du concept de protection de l'enfance s'élargit (**section 1**). La santé des enfants est un enjeu primordial, avec un droit et un accès à la santé qui revêtent une grande importance. En général, la santé des enfants en France est satisfaisante même si certaines améliorations sont encore nécessaires (**section 2**). Les enfants confiés bénéficient des mêmes droits en matière de santé que les autres enfants, avec une législation différente. Mais en raison de leur parcours de vie, ils sont souvent plus susceptibles de présenter des problèmes de santé (**section 3**).

SECTION 1 : LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La politique de protection de l'enfance constitue un pilier essentiel de notre société, visant à garantir le bien-être et la sécurité des enfants en situation de vulnérabilité. Cette politique s'est construite au fil du temps, marquée par des repères historiques significatifs (**A**). De nos jours, elle repose notamment sur le rôle central du conseil départemental (**B**), qui exerce des responsabilités clés dans la mise en place de mesures de protection et de lieux de placement adaptés aux besoins des enfants (**C**).

A) Repères historiques

Orphelins et vagabonds ...

La Révolution se reconnaît un devoir de recueil envers les enfants abandonnés et va interdire de les appeler autrement que par « orphelins », pour éviter le terme de « bâtards ». La Révolution va donc créer des orphelinats. Le code criminel de 1810 va créer un « délit de vagabondage » qui était constitué lorsqu'un enfant ne pouvait pas prouver qu'il avait un domicile, et une absence de travail. La peine encourue était de 3 à 6 mois d'emprisonnement. Ces enfants-là étaient considérés automatiquement comme délinquants, donc comme tels poursuivis et incarcérés. Dans les années qui ont suivi, il y a eu une volonté politique de ne pas

mélanger ces enfants aux adultes. Des établissements spéciaux ont donc été créés : des bagnes pour enfants. Selon les témoignages, les conditions étaient pires que dans une prison pour adultes. (DE AYALA, 2010)

En 1935, le délit de vagabondage est réservé aux majeurs et les enfants vagabonds ne vont plus être considérés comme des délinquants mais comme des enfants « malheureux ». Une loi de cette même année va créer une catégorie d'enfants, qui seront qualifiés de moralement abandonnés, c'est-à-dire dont les parents sont présents mais qui ne prennent pas suffisamment soin d'eux. À partir de 1935, on instaure les premières mesures éducatives (prêtres, institutrices, etc.).

La déchéance de la puissance paternelle...

Le 24 juillet 1889, est votée la loi sur la déchéance de la puissance paternelle, c'est-à-dire que l'État se reconnaît le droit de juger qu'un père est fautif et dangereux et qu'il faut donc l'écarter et se substituer à lui. Elle sera modifiée le 4 juin 1970, pour passer de la déchéance de la puissance paternelle à la déchéance de l'autorité parentale. Par la loi du 5 juillet 1996, la déchéance de l'autorité parentale devient le retrait de l'autorité parentale.

Après la seconde guerre mondiale...

Pendant la période qui suit la seconde Guerre Mondiale et avant 1958, la déchéance de la puissance paternelle était le seul outil juridique disponible pour les pouvoirs publics lorsque des parents prétendaient s'opposer à une suggestion de placement (DE AYALA, 2010). Quand les parents étaient en difficultés, et s'ils acceptaient la proposition de placement de leur enfant à l'aide sociale ou s'ils le demandaient, l'enfant était placé en « dépôt », ce qui signifiait un placement temporaire. Si les parents refusaient cette proposition, ou en cas de situations graves, c'était le tribunal civil qui prononçait la déchéance de la puissance paternelle et l'enfant était confié aux services sociaux (DASS de l'époque). L'enfant était alors en « garde », aussi nommé placement définitif.

En 1945, 3 ordonnances sont prises avec pour objet de renforcer la protection de l'enfance. Elles concernent l'enfance délinquante, la santé scolaire et la PMI (Protection Maternelle et Infantile). L'ordonnance du 23 décembre 1958 et le décret du 7 janvier 1959 vont transformer le dispositif de protection de l'enfance.

Après 1958...

L'ordonnance du 23 décembre 1958 abroge le droit de correction paternel et instaure une intervention judiciaire conçue comme une aide pour l'enfant et les parents et non une mise à l'écart qui isole et stigmatise. L'idée est que le juge des enfants (qui va prendre à partir de 1958 une place prépondérante) puisse intervenir pour protéger l'enfant, si ses conditions d'éducation sont inquiétantes, avant que celui-ci ait commis une infraction et en prenant en compte la place des parents plutôt qu'en leur cherchant un substitut (DE AYALA, 2010). Le décret du 7 janvier 59, redéfinit les modalités de l'aide sociale relative à l'enfant en prenant en compte le consentement des parents devenu plus authentiques, puisque la menace de la déchéance n'existe plus. Les principes établis en 1958 et 1959 sont encore en vigueur mais les modalités en ont été modifiées et affinées par diverses lois (dont les plus récentes sont les lois des 14 mars 2016 et 7 février 2022).

La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, renforce les dispositifs de prévention, réaffirme le rôle du conseil départemental qui va être défini comme l'acteur central de la protection de l'enfance. Cette loi a 2 objectifs principaux : en premier lieu, centraliser le recueil et le traitement des informations préoccupantes sous l'autorité de conseil départemental, l'idée étant de favoriser la cohérence des réponses. Et secondement, éviter autant que possible la judiciarisation des situations en tentant en priorité l'action administrative c'est à dire avec l'accord des parents (recherche de l'adhésion).

Plus récemment, la loi du 14 mars 2016⁴ relative à la protection de l'enfant, décline 3 objectifs principaux :

- Renforcer la cohérence des pratiques sur tout le territoire national (sécuriser le parcours de l'enfant).
- Renforcer la prise en compte des besoins de l'enfant (adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme).
- Mieux prendre en compte la problématique des majeurs de moins de 21ans.

⁴ *Op Cit.* LegiFrance Loi du 14 mars 2016

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/#:~:text=%C2%AB%20Art.,le%20respect%20de%20ses%20droits>

B) Le rôle du conseil départemental

Le conseil départemental est l'autorité politique qui a la responsabilité d'organiser la protection de l'enfance sur le territoire du département. La loi le qualifie de chef de file, ayant pour mission de coordonner l'action des autres autorités administratives qui peuvent être concernées : l'éducation nationale, la police, la gendarmerie, les services de santé, mais aussi les établissements associatifs. Le conseil départemental travaille en lien avec l'autorité judiciaire. Les responsabilités des conseils départementaux sont considérables, notamment grâce à la loi du 14 mars 2016.

Selon l'Article L. 112-5 de la loi du 14 mars 2016. « *En lien avec le schéma d'organisation sociale et médico-sociale prévu à l'article L. 312-4 pour les établissements et services mentionnés au 1° du I de l'article L. 312-1, un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'État et les communes. Il définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.*⁵ »

Les départements ont mis en place des actions visant à protéger les enfants à travers leur service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ces actions ont pour but de prévenir les situations de danger ou de risque, de les repérer et de protéger les enfants. Les deux principaux moyens d'intervention sont l'assistance à domicile, qui comprend des interventions à domicile ainsi que des aides financières, et la prise en charge matérielle, qui consiste principalement en des mesures de placement en dehors du foyer familial. Il convient de souligner que les mesures de protection de l'enfance impliquent à la fois les pouvoirs administratifs et judiciaires.

Le conseil départemental est responsable des actions de prévention sur son territoire et assure la collecte, le traitement et l'évaluation des Informations Préoccupantes (IP) ainsi que

⁵ *Op Cit.* LegiFrance Loi du 14 mars 2016
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000032205241

des signalements concernant les mineurs en danger ou en risque de danger, notamment ceux recueillis via le numéro d'urgence 119. Il a pour mission d'organiser les moyens nécessaires pour accueillir et héberger les enfants en danger ou en risque de danger en urgence, ainsi que de suivre leur situation. Le conseil départemental est également chargé du financement de l'assistance éducative administrative ou judiciaire, à l'exception de certaines mesures financées par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Le président du conseil départemental doit signaler à l'autorité judiciaire les situations de danger qui ne peuvent pas être résolues par une action administrative. Conformément à la Loi du 14 mars 2016, le Conseil Départemental est responsable de l'élaboration du Projet Pour l'Enfant (PPE), qui implique la participation de toutes les personnes concernées, y compris l'enfant, les parents et les différents établissements ou services impliqués dans leur accompagnement.

C) Mesures et lieux de placement

En apparence, les mesures administratives et judiciaires se ressemblent, mais elles n'ont pas les mêmes significations. Il existe des placements administratifs et des placements judiciaires, il y a également des mesures d'Assistance Éducative Administrative (AEA) et des mesures d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Néanmoins, comme nous allons le voir, les relations qui se nouent et les actes éducatifs en jeu n'ont pas la même portée même s'ils ont la même forme pratique.

La mesure d'Assistance Éducative Administrative...

Les mesures administratives sont fondées sur une rencontre, formalisée par un contrat entre les parents et les travailleurs sociaux. L'AEA est une prestation d'aide sociale à l'enfance. Elle est mise en œuvre avec l'accord des parents ou à leur demande et va apporter un soutien éducatif et matériel à la famille. Elle s'adresse à des parents confrontés à des difficultés lourdes ou chroniques sur le plan éducatif, mais sa vocation principale est l'enfant. Les parents vont signer un contrat et s'engager à le respecter, ils conservent tout de même le plein exercice de l'autorité parentale. Cette aide à domicile peut être complétée par une aide financière, ou avec l'intervention d'une Conseillère en Économie Sociale et Familiale (CESF) ou encore l'intervention d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF).

L'Action Éducative en Milieu Ouvert...

Selon l'article 375-2 du Code Civil : « *Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre.* ». C'est une mesure d'assistance éducative prononcée par le juge des enfants lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ne sont plus en mesure de protéger et d'éduquer leur enfant. L'AEMO intervient également quand il n'y a plus ou pas d'accord avec la famille. Son objectif premier est que l'enfant ou l'adolescent n'encourt plus de danger dans son environnement familial. Les parents conservent leur autorité parentale même si celle-ci est modifiée.

Le placement administratif...

On parle alors d'un Accueil Provisoire (AP). L'article L.222-5 CASF dispose que « *sont pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance sur décision du Président du Conseil Départemental, les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un accueil à temps complet ou partiel, modulable selon leurs besoins, en particulier de stabilité affective [...]* ». Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale sont considérés adhérer au soutien qui leur est proposé, qu'ils aient été à l'initiative d'une demande auprès des services sociaux, ou bien amenés par ces mêmes services à accepter une aide.

Le placement judiciaire...

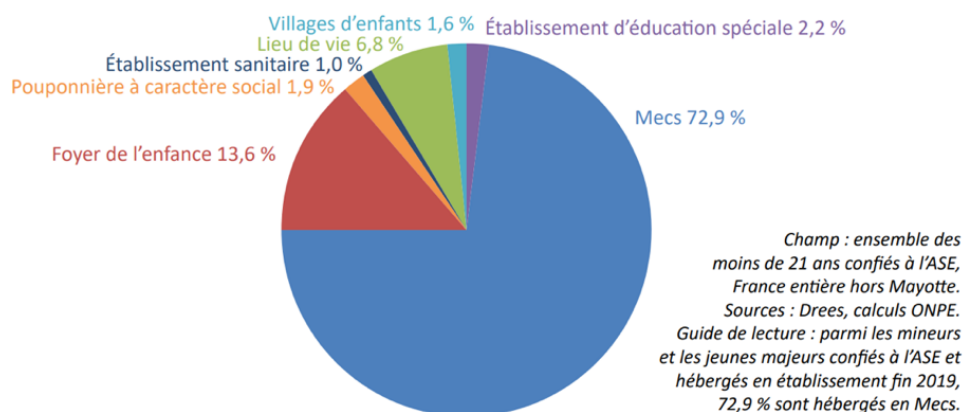
Lors d'un placement judiciaire, l'article 375-3 du Code Civil dispose que « *si la protection de l'enfant l'exige, le Juge des Enfants peut décider de le confier : [...] à un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance [...]* » et l'article L.222-5 CASF dispose que : « *sont pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance sur décision du Président du Conseil Départemental, les mineurs confiés au service en application de l'article 375-3 du Code civil [...]* ».

Ce mode de placement est décidé le Juge des Enfants qui délivre une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) déterminant les objectifs du placement et bien souvent les différentes modalités de rencontre et de visite entre l'enfant et les parents. Le retrait d'un enfant de son milieu familial est une décision de justice visant à protéger l'enfant.

Que ce soit dans le cadre de la protection administrative ou de la protection judiciaire, les modalités de mise en œuvre de ces accueils modulables ou périodiques doivent être définies par le Projet Pour l'Enfant (PPE) prévu à l'article L. 223-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (article 19 de la loi).

Les lieux de placement ...

Comme évoqué précédemment, l'ASE a recours à différentes mesures pour assurer la prise en charge des enfants en situation difficile ou de danger. En ce qui concerne le placement, qui est l'une des mesures les plus importantes, cinq catégories d'établissements sont considérées, à savoir les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), les foyers de l'enfance, les pouponnières à caractère social, les villages d'enfants ainsi que les lieux de vie et d'accueil. Bien que tous ces établissements accueillent des enfants ou des jeunes adultes de moins de 21 ans, ils se différencient par l'âge du public accueilli, les types d'hébergement proposés, la durée du séjour ainsi que le taux d'encadrement⁶.



Graphique n°1 : Répartition des mineurs et jeunes majeurs à l'ASE hébergés en établissement au 31 décembre 2019

En France, à la fin de l'année 2019, plus de 70 % des mineurs et des jeunes majeurs sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance placés dans des établissements résidaient dans des MECS, tandis que près de 14 % d'entre eux vivaient dans des foyers de l'enfance. Les autres types d'établissements (tels que les lieux de vie, les villages d'enfants, les établissements d'éducation spécialisés, les pouponnières à caractère social et les établissements sanitaires)

⁶ Le taux d'encadrement est le rapport entre le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places d'hébergement.

représentaient une minorité et concernaient moins de 14 % des mineurs et des jeunes majeurs placés sous la protection de l'ASE en établissement (ONPE, 2022).

SECTION 2 : LA SANTE : UN DROIT POUR TOUS LES ENFANTS

La santé des enfants est une préoccupation majeure de notre société, avec un accent particulier sur les droits qui leur sont accordés (A). Les enfants ont le droit fondamental d'accéder à des soins de santé de qualité, conformément à la Convention internationale des Droits de l'Enfant (B). En France, l'état de santé des enfants est globalement satisfaisant. Cependant, il convient de noter que certains enfants, en raison de leur parcours de vie et de leurs conditions socio-économiques, peuvent être plus prédisposés à des problèmes de santé (C).

A) Droits des enfants

Le XIXème siècle...

Au XIXème siècle, les conditions sanitaires étaient déplorables, en particulier dans les zones urbaines surpeuplées. Les conditions d'hygiène et d'assainissement étaient si mauvaises que les maladies infectieuses étaient extrêmement répandues et constituaient une cause majeure de décès chez l'enfant. Aux alentours de 1880, le taux de mortalité infantile en France s'élevait à 168% (ROLLET, 2001).

L'idée d'une protection spéciale pour les enfants voit le jour au milieu du XIXe siècle, ce qui conduit à l'émergence progressive d'un ensemble de lois et de principes juridiques connu sous le nom de « Droit des mineurs ». Une prise de conscience de l'importance de l'intérêt de l'enfant se développe progressivement, certaines lois vont alors être votée afin de protéger les enfants au travail, notamment la loi du 22 mars 1841 « *relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers*⁷ ». Ce n'est qu'en 1881, que se développeront les lois relatives à l'éducation des enfants en France. Cependant, les droits des enfants en matière de santé étaient moins formalisés et la reconnaissance de leur droit à la santé était limitée.

⁷ Ministère du travail Loi du 22 mars 1841 https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/loi_22_mars_1841-2.pdf

Au XXème siècle...

Le 26 septembre 1924 marque l'adoption de la Déclaration de Genève par la Société des Nations, constituant ainsi le tout premier texte international consacré aux droits de l'enfant. Cette déclaration, formulée en cinq points, représente une avancée majeure en reconnaissant pour la première fois des droits spécifiques aux enfants et en définissant clairement les responsabilités des adultes à leur égard.

Article 1 L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

Article 2 L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'enfant orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

Article 3 l'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

Article 4 L'enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

Article 5 L'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.⁸

Le XXe siècle a été marqué par l'émergence des mouvements en faveur des droits de l'homme et des droits de l'enfant, ce qui a donné lieu à une attention croissante pour la protection et la promotion des droits des enfants en matière de santé. En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme a joué un rôle essentiel en affirmant le droit à la santé de chaque individu, y compris celui des enfants. Cette affirmation a contribué à sensibiliser davantage aux besoins spécifiques des enfants en matière de santé et à promouvoir leur bien-être. Ainsi, des mesures de protection de l'enfance ont été mises en place, comprenant des dispositifs de protection médicale, sociale et judiciaire.

⁸ Déclaration de Genève <http://www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr/documents/declaration1924.pdf>

Avant les années 1970, la vaccination en France était principalement recommandée mais non obligatoire. Cependant, les maladies infectieuses restaient préoccupantes, et des épidémies pouvaient survenir. Afin de renforcer la protection de la population, notamment celle des enfants, des mesures législatives ont été prises pour rendre certaines vaccinations obligatoires (SARLANGUE, 2022). Cette même année, les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) sont rendu obligatoire pour les enfants en France. Actuellement, depuis la loi du 30 décembre 2017⁹, 11 vaccins sont obligatoires.

B) La Convention Internationale des Droits de l'Enfant

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) a été approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1989, puis ratifiée par la France le 26 janvier 1990. Il s'agit d'un traité international majeur qui vise à protéger et à promouvoir les droits fondamentaux de tous les enfants dans le monde entier. Elle repose sur une conviction fondamentale : les enfants sont des individus à part entière, dotés de droits spécifiques en raison de leur vulnérabilité, de leur développement physique, mental et émotionnel, et de leur besoin de protection. La CIDE énonce les droits et les libertés essentiels auxquels tous les enfants ont droit, sans discrimination de quelque nature que ce soit, qu'ils soient garçons ou filles, quel que soit leur origine ethnique, leur statut socio-économique, leur religion, leur handicap ou toute autre condition. La Convention comprend 54 articles qui abordent différents domaines liés aux droits des enfants (UNICEF, 1989).

Cette convention reconnaît d'abord le droit à la vie, à la survie et au développement de chaque enfant. Elle insiste sur l'importance d'assurer des conditions de vie adéquates, notamment en matière de santé, de nutrition, de logement, d'éducation et de soins médicaux. Les États parties à la Convention s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour garantir la pleine réalisation de ces droits. Il y est également souligné que chaque enfant a droit à la protection contre toutes les formes de violence, de négligence, d'exploitation et de mauvais traitements. Elle insiste sur l'importance de protéger les enfants des conflits armés, de l'exploitation sexuelle, du travail des enfants, de la traite et de toute autre forme d'abus. Les différents États sont tenus de mettre en place des mesures législatives, administratives et sociales pour prévenir et combattre ces violations des droits de l'enfant.

⁹ LegiFrance Loi du 30 décembre 2017 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339170

C'est l'article 24 qui met l'accent sur le droit à la santé des enfants. Il énonce les obligations des États parties pour assurer le meilleur état de santé possible pour tous les enfants, sans discrimination.

Article 24 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant

« 1 - Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2 - Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

a - réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;

b - assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;

c - lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;

d - assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;

e - faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;

f - développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3 - Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.¹⁰ »

¹⁰ Convention Internationale des Droits de l'Enfant (UNICEF, 1989)

La CIDE a été largement ratifiée par les États du monde entier, ce qui témoigne de son importance et de son impact sur la promotion et la protection des droits de l'enfant. Elle constitue un cadre essentiel pour les gouvernements, les organisations de la société civile et les acteurs impliqués dans le domaine de l'enfance pour élaborer des politiques et des programmes visant à améliorer la vie des enfants, à combattre les violations de leurs droits et à assurer leur bien-être global.

C) État de santé des enfants en France

Selon la Cour des Comptes, dans le rapport « *La santé des enfants : Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* » (2021), au 1er janvier 2021, les enfants de moins de 12 ans représentent 9,4 millions de personnes en France soit 14 % de la population.

La stratégie nationale de santé (SNS) en France établit les principes directeurs de la politique de santé. Élaborée par le Gouvernement, elle repose sur une évaluation réalisée par le Haut Conseil de la santé publique concernant l'état de santé de la population, ses principaux facteurs influents, ainsi que sur les différentes approches d'intervention envisageables. La dernière SNS 2018-2022 s'est articulée autour de 4 axes :

- « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;*
- *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;*
- *Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours santé ;*
- *Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers¹¹ ».*

Une partie du dossier de la SNS est dédié à la politique de santé de l'enfance et s'intitule « *Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.* ». Même si le bilan dressé sur la santé des enfants est encourageant, des améliorations sont encore

¹¹ Ministère des solidarités et de la santé. (2017, novembre). *Stratégie nationale de santé 2018-2022 : Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.*

nécessaires surtout concernant les inégalités de santé et ce dès la grossesse. Les conditions de vie et les comportements de prévention des femmes enceintes peuvent avoir un impact significatif sur le développement des enfants à naître, notamment en ce qui concerne les risques associés à la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives. Des disparités sociales significatives persistent en ce qui concerne les indicateurs de santé périnatale, notamment pour les femmes se trouvant dans des situations de solitude, de jeunesse, de précarité ou d'arrivée récente sur le territoire (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

« *Les inégalités de santé sont déjà installées avant l'âge de 6 ans*¹². » Les inégalités sociales et économiques marquées ont un impact significatif sur la santé des enfants. Les enfants issus de milieux défavorisés ou de familles avec un niveau d'éducation plus faible sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de santé, tels que le surpoids, les caries dentaires et d'autres maladies. Les facteurs socio-économiques familiaux jouent un rôle déterminant dans la plupart des événements de santé qui les concernent (Cour des Comptes, 2021). En France, Parmi les enfants âgés de 6 à 17 ans, un pourcentage de 23% présentent un excès de poids, incluant l'obésité, lorsque leurs parents n'ont pas obtenu le baccalauréat. En revanche, ce taux est inférieur à 9% pour les enfants dont les parents possèdent un diplôme supérieur à bac +3 (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

La santé bucco-dentaire est également au cœur des inégalités sociales. Selon la SNS 2018-2022, en France, en grande section de maternelle, si l'on considère les enfants ayant des caries dentaires, environ la moitié des enfants dont les parents sont cadres présentent des dents non traitées, tandis que ce chiffre s'élève à près de huit enfants sur dix parmi les enfants dont les parents sont ouvriers. Peu importe l'âge, les enfants d'ouvriers sont plus susceptibles d'avoir des caries dentaires que les enfants de cadres. Dès l'âge de 5 à 6 ans, 31 % des enfants d'ouvriers présentent au moins une dent cariée, tandis que ce chiffre est de 8 % pour les enfants de cadres.

La prévention des accidents de la vie courante (AcVC) et des troubles psychiques chez les enfants de moins de 15 ans est nécessaire et est l'une des priorités de la SNS 2018-2022. En effet, les AcVC sont la première cause de décès par traumatismes chez les enfants. Selon le rapport de la DREES de 2017 sur *L'État de santé de la population en France*, « *En 2013, on dénombre selon les certificats de décès, 364 décès par traumatismes chez les moins de 15 ans : 44 chez les moins d'un an, 138 chez les 1-4 ans, 182 chez les 5-14 ans.* ». Les accidents les

¹² *Op Cit.* Ministère des solidarités et de la santé. (2017, novembre).

plus courants entraînant des décès dans la vie quotidienne sont principalement dus aux chutes, aux suffocations, aux noyades, aux intoxications et aux accidents liés au feu. Quant aux troubles psychiques, en 2015, ils représentent la principale raison d'admission en affection de longue durée pour les enfants de moins de 15 ans.

SECTION 3 : LE PARCOURS DE SANTE DES ENFANTS PLACES

En France, le cadre législatif des soins aux enfants placés vise à assurer leur suivi médical et à leur fournir les soins nécessaires. Des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour veiller à leur santé, notamment avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance **(A)**. Cependant, malgré ces efforts, l'état de santé des enfants confiés reste préoccupant. Ils peuvent présenter des problèmes de santé liés à leur parcours de vie, tels que des retards de développement, des troubles psychologiques ou des problèmes de santé physique **(B)**. L'étude Saint Ex, réalisée en France, a permis de mettre en lumière les défis auxquels sont confrontés ces enfants en termes de santé, et les enjeux autour de leur placement **(C)**.

A) Cadre législatif des soins des enfants confiés à l'ASE

Tout d'abord, l'article L223-1-1 du Code de l'Action Sociale est des Familles précise que *« Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant¹³ »*

Il convient de rappeler que, quelle que soit la situation de l'enfant, des examens médicaux obligatoires sont programmés selon un calendrier précis

- *« Dans les huit premiers jours de vie, avec délivrance du premier certificat de santé ;*
- *Une fois par mois durant les six premiers mois ;*
- *À neuf/dix mois avec délivrance du deuxième certificat de santé ;*
- *À douze mois ;*

¹³ LegiFrance Article L-223-1-1 du CASF
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041397739/2019-12-28

- Deux fois au cours de la deuxième année de l'enfant ;
- À deux ans (au cours du vingt-quatrième ou vingt-cinquième mois) avec délivrance du troisième certificat de santé ;
- Puis deux fois par an jusqu'à l'âge de six ans¹⁴. »

Lorsqu'une mesure de protection est prononcée par un juge des enfants, les parents conservent dans la majorité des cas, leur autorité parentale. Or, étant donné que les mineurs (non émancipés) ne peuvent pas donner seuls leur consentement pour des soins médicaux, il faut dans certaines situations, obtenir l'accord d'un ou des deux parents. Dans ces conditions, différents textes établissent les règles encadrant les actions relatives à la santé de l'enfant. Il me paraît pertinent de rappeler tout d'abord ce qu'est l'autorité parentale.

Qu'est-ce que l'autorité parentale ?

Selon l'article 371-1 du code civil, « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.*

Elle appartient aux parents 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.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité¹⁵. »

Les actes usuels et non usuels...

Les actes de l'autorité parentale sont répartis à la fois en actes usuels, pouvant être effectués par un seul parent (l'accord de l'autre parent étant présumé), mais également en actes non usuels qui nécessitent le consentement explicite des deux parents titulaires de l'autorité parentale.

¹⁴ Dulin, A. (2018, juin). *Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance : Avis du Conseil économique, social et environnemental.*

¹⁵ LegiFrance Article 371-1 du Code Civil

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626

Dans le domaine de la santé, les actes usuels correspondent aux actes de la vie quotidienne sans gravité, où l'enfant n'est pas exposé à un risque de danger. Il s'agit des soins obligatoires tels que les vaccinations, les soins courants pour des blessures superficielles ou des infections bénignes, ainsi que les soins habituels tels que la poursuite d'un traitement.

Ainsi, pour l'article 372-2 du Code Civil prévoit « *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.* »

Les actes non usuels, font référence à des décisions ou des interventions médicales considérées comme lourdes, qui vont au-delà des soins courants et habituels. Ils incluent généralement des hospitalisations prolongées, des procédures plus invasives, des traitements spécialisés, des interventions chirurgicales, ou des choix médicaux importants qui ont un impact significatif sur la santé de l'enfant et sur son avenir. Dans ces situations, l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est requise.

L'affiliation à la sécurité sociale...

Selon l'article L161-15-3 du Code de la Sécurité Sociale « *Par dérogation à toutes dispositions contraires, les enfants de parents tous deux assurés d'un régime d'assurance maladie et maternité peuvent être rattachés en qualité d'ayant droit à chacun des deux parents*¹⁶. »

Ainsi, le mineur peut bénéficier de la qualité d'ayant droit d'un assuré social, dépendant de l'un de ses parents ou des deux. Cependant, ce dispositif sollicite les parents pour de simples achats de médicaments ou l'avance des frais médicaux puisqu'ils bénéficieront des remboursements. Les départements font alors des demandes de Couverture Médicale Universelle (CMU) pour les enfants placés afin qu'ils aient leur propre carte vitale (EUILLET *et al.*, 2016a).

B) Bilan sur l'état de santé de ce public en France

Selon le rapport final de EUILLET *et al.*, 2016, « *peu de travaux spécifiques et récents sur la santé des enfants accueillis sont disponibles.* » Cependant, suite à un appel d'offre de l'ONED, le CREA Rhône Alpes soutenu par l'Observatoire National de Protection de

¹⁶ LegiFrance Article L161-15-3 du Code de la Sécurité Sociale
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006741246

l'Enfance (ONPE) a réalisé en 2012 une étude sur « *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance* ». Les objectifs de cette étude étaient multiples. Tout d'abord, son but était de générer de nouvelles données épidémiologiques sur la santé des enfants et des jeunes placés sous la responsabilité de l'Aide Sociale à l'Enfance. Secondement, ces données objectives ont été juxtaposées à la perception subjective des enfants et des jeunes concernant leur propre santé, dans le but de mieux comprendre les aspects psychosociaux qui influencent leur relation avec leur santé. Enfin, dans une perspective de collaborer avec les professionnels afin de formuler des recommandations visant à améliorer l'accès aux soins, le suivi et la santé des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) (CREAI Rhône-Alpes *et al.*, 2012)

À l'issue de l'étude et de l'analyse des données médicales recueillies, le CREAI Rhône-Alpes a réalisé une évaluation de l'état de santé de ces jeunes, mettant en évidence plusieurs points essentiels :

- « *S'agissant des antécédents médicaux, des données manquantes sont majoritaires dans l'histoire médicale familiale mais aussi personnelle,*
- *Des facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal, transfert en pédiatrie...) sont présents et témoignent de difficultés précoces familiales,*
- *Le parcours médical de ces jeunes est marqué d'épisodes banaux mais nombreux tant en termes de pathologies médicales que de traumatismes ou d'hospitalisations,*
- *En matière de développement statur pondéral, la fréquence notable d'insuffisances pondérales et de surpoids,*
- *Des jeunes sous neuroleptiques en nombre relativement élevé sont accueillis dans des établissements non médicalisés de l'ASE. Ils correspondent à des profils de jeunes dits « à difficultés multiples », ce qui ne va pas sans questionner sur la pertinence de leur prise en charge globale. »*

Plus globalement, les résultats font état de problèmes d'alimentation ; d'hygiène ; d'endormissement et de qualité du sommeil, de suivi psychiatrique récurrent mais aussi de la prise en compte du handicap (EUILLET *et al.*, 2016a). Alors qu'en moyenne, environ 13 % des jeunes accueillis en établissement sont également reconnus comme handicapés, cette proportion peut dépasser les 50 % dans certaines structures (Cour des Comptes, 2020). Cependant, les établissements et services de l'ASE, bien que disposant parfois de personnel médical, ne sont pas habilités à fournir des prises en charge thérapeutiques dans le cadre des autorisations délivrées par le département.

L'étude Saint-Ex, dont nous allons examiner les résultats plus en détail par la suite, a suivi le parcours de 128 jeunes et a révélé que *l'état général somatique* des enfants était souvent très préoccupant : près de la moitié d'entre eux présentaient des carences multiples (ROUSSEAU, 2016). Les résultats généraux de ce rapport étaient clairs « *La situation sanitaire, physique et psychique des enfants à l'admission était mauvaise : grossesses mal suivies, troubles psychiatriques et fréquents, cas de maltraitance avérée dont 7 cas de syndrome de Silverman¹⁷. Plus d'un tiers des enfants présentaient un retard de croissance à l'admission, avec récupération dans la moitié des cas¹⁸ ».*

La morbidité psychiatrique était également très élevée « *près de 4 enfants sur 5 (107 sur 128) présentaient des signes de souffrance psychique¹⁹ ».* Seuls 22 enfants sur 128 présentaient un comportement et un abord relationnel ne suscitant pas d'inquiétude. Parmi les 128 enfants étudiés, 33 présentaient des troubles de la sphère psychotique ainsi que des complications psychiques liées à des carences affectives sévères (ROUSSEAU, 2016).

C) « L'étude Saint-Ex »

Au cours des cinquante dernières années, en Europe, seulement moins de dix études ont été réalisées sur le devenir des enfants placés à l'âge adulte. Parmi ces études, aucune n'a été menée récemment, et aucune recherche longitudinale n'a été entreprise en France concernant de jeunes enfants placés (ROUSSEAU, 2016). Ce manque de données peut être attribué en partie à la difficulté de recueillir sur une longue période des données précises et de qualité concernant les enfants placés. Leurs parcours sont complexes et peuvent les mener à travers différents lieux de placement, souvent dispersés géographiquement. Comme nous allons le voir, à la complexité des parcours s'ajoutent la discontinuité des suivis causée par les ruptures de parcours.

L'Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU d'Angers, a réalisé une enquête sur des enfants ayant été accueillis avant leur quatre ans au sein de la pouponnière du foyer de l'enfance du Maine-et-Loire (foyer Saint-Exupéry) entre 1994 et 2001. Cette étude présente une approche à la fois catamnétique et longitudinale. Elle implique la collecte de

¹⁷ Selon le dictionnaire Larousse, il s'agit d'un syndrome décrit par le pédiatre et radiologue américain Silverman en 1953 correspondant à des signes radiologiques en rapport avec des fractures multiples, survenues à des âges différents, non traitées, et provoquées par une maltraitance. Par extension, ce syndrome désigne maintenant celui des enfants battus. https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/syndrome_de_Silverman/185357

¹⁸ Rousseau, D. et al. (2013, septembre). *Étude Saint-Ex : Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et 2001*

¹⁹ *Ibid.* Rousseau, D. et al (2013, septembre)

données sur la même population à différents stades, avec une mise à jour des informations à chaque nouvelle évaluation effectuée à des âges successifs. Ici, la méthode consiste à sélectionner la population à étudier dans le passé (au moment de l'admission à la pouponnière) et la réévaluer à la sortie du foyer ou à l'âge de la majorité. Elle s'intitule « *Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et 2001.*²⁰ »

Les informations ont été collectées à partir des archives comprenant les dossiers médicaux, administratifs, judiciaires et éducatifs de 128 enfants éligibles. Ces dossiers, sous format papier, étaient conservés à la fois au sein du foyer et au service départemental de l'ASE pour les données relatives à l'évolution des enfants après leur séjour au foyer. Durant la période de septembre 2011 à juin 2013, une équipe composée d'un pédopsychiatre et d'une psychologue clinicienne a entrepris une analyse approfondie de tous les dossiers institutionnels archivés entre 1994 et 2001, ainsi que des rapports portant sur l'évolution clinique des enfants tout au long de leur parcours au sein de l'ASE.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les situations cliniques des enfants lors de leur admission à la pouponnière et à la fin de leur prise en charge, afin de mesurer leur évolution. Des critères d'évaluation avaient été définis « *Mesurer l'évolution clinico psychologique des enfants placés et ses déterminants ; Évaluer les contextes socio familiaux et individuels des enfants à l'admission et à la sortie du dispositif selon le parcours institutionnel*²¹ » permettant d'identifier les liens entre la gravité de leur état clinique initial et leur évolution à moyen terme, en prenant en compte leur placement au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). De plus, l'étude visait à comprendre les éventuels bénéfices que les enfants ont pu tirer de leur placement, ainsi que les causes possibles d'un bénéfice limité pour certains d'entre eux.

Ainsi, l'étude a été menée sur un échantillon composé de 128 enfants, sélectionné à partir de critère bien précis :

Critères d'inclusion

- *Sujets ayant fait l'objet d'un placement au sein de la structure du FdE, avant l'âge de 4 ans.*

²⁰ *Ibid.* Rousseau, D. et al. (2013, septembre).

²¹ *Ibid.*, Rousseau, D.

- *Enfants placés entre 1994 et 2001 (soit la totalité des enfants placés à la pouponnière sur cette période en respectant l'ordre chronologique des admissions).*

Critères de non-inclusion

- *Placement courts (moins de trois mois) et/ unique à l'ASE*
- *Bébés nés sous X en attente d'adoption*
- *Enfants quittant le Maine et Loire et pour lesquels l'accès au nouveau dossier n'était pas possible (dossiers incomplets ...)*
- *Enfant n'étant pas passé par le FdE (car la reconstitution des données médicales s'avère impossible)*

Selon les résultats détaillés dans le rapport Saint Ex, les constatations initiales confirment les hypothèses préalables concernant l'impact du retard dans la prise en charge des enfants admis, la plupart provenant de familles déjà identifiées et suivies. Les données relatives à leur état de santé, leur condition physique et leur bien-être psychologique lors de leur admission soutiennent ces observations préliminaires. Dans la grande majorité des cas, le placement des enfants entraîne une amélioration notable de leur état physique et psychique. Néanmoins, à la fin de leur prise en charge, il a été constaté que les deux tiers des jeunes adultes présentaient des troubles psychiques persistants, et dans un cas sur cinq, une mesure de protection était nécessaire. Pour près de la moitié d'entre eux, l'insertion sociale restait problématique, avec un parcours tumultueux marqué par des transitions entre différentes familles d'accueil ou établissements, ainsi que des difficultés scolaires persistantes. Les auteurs recommandent de poursuivre l'étude afin de suivre l'évolution de cette cohorte jusqu'à l'âge adulte, ce qui permettra de confirmer ou d'infirmier la trajectoire observée.

CHAPITRE 2 - L'INFLUENCE DE LA DISCONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE SUR LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIES

Les ruptures de parcours, c'est-à-dire les changements fréquents de lieux de placement ou parfois de référents, peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale des enfants bénéficiant de mesures de protection (**section 1**). Divers facteurs peuvent contribuer au manque de continuité dans la prise en charge des enfants confiés, tels que des contraintes budgétaires, des crises à surmonter ou des difficultés institutionnelles. Ceux-ci peuvent engendrer des perturbations dans l'accès aux soins, le suivi médical et le maintien d'un environnement stable pour ces enfants vulnérables (**section 2**). Face à ces défis, des initiatives ont été mises en place pour améliorer la prise en charge des enfants confiés. Cela inclut des programmes visant à renforcer la coordination entre les différents acteurs, à favoriser la stabilité des placements et à garantir un suivi médical continu (**section 3**).

SECTION 1 : LES RUPTURES DE PARCOURS

La notion de parcours fait référence au cheminement des enfants à travers différents lieux de placement et à travers les divers acteurs impliqués dans leur suivi (**A**). Cependant, ces parcours peuvent souvent être marqués par des ruptures fréquentes, avec des conséquences préoccupantes (**B**). Il est essentiel de mettre en place des protocoles visant à assurer la continuité des soins, en favorisant la coordination entre les différents professionnels de santé, les structures d'accueil et les familles d'accueil (**C**).

A) La notion de parcours

Au fil du temps, la notion de parcours en protection de l'enfance s'est imposée comme un élément essentiel. Elle désigne une approche récente qui met l'accent sur la prise en charge globale et continue des enfants en situation de vulnérabilité ou de danger. Cette approche reconnaît l'importance de coordonner les différentes interventions et de garantir une continuité dans l'accompagnement de l'enfant tout au long de son parcours. Elle favorise la collaboration entre les professionnels et les institutions impliqués, tout en valorisant la participation active de l'enfant et de sa famille dans la construction de ce parcours. Ainsi, la notion de parcours a gagné en importance en mettant en avant une approche holistique et respectueuse des droits de l'enfant.

Faute de disposer d'une définition légale, c'est le secrétariat général des ministères en charge des affaires sociales qui a pris l'initiative d'intervenir. La définition proposée ne se limite pas à la protection de l'enfance, mais englobe l'ensemble des domaines médicaux et sociaux. Le parcours est défini donc comme « *la prise en charge globale du patient et de l'usager 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.* »²². Il est également conclu que cette définition est pertinente car elle décrit le parcours de l'usager comme une démarche dynamique, qui ne se limite pas à une série d'actions ou à des droits économiques et sociaux définis de manière précise par des textes. Elle met plutôt l'accent sur l'obligation des entités publiques et privées compétentes de réfléchir à l'accompagnement le plus efficace pour répondre aux besoins individuels de chaque personne.

Suite à une concertation nationale sur la protection de l'enfance en 2019, il est apparu que le parcours est perçu comme une multiplicité de lieux et d'intervenants qui ne résultent pas véritablement d'un choix ou d'une planification²³. Ce constat diffère de l'image précédente. Au cours de cette concertation, il est devenu évident que le parcours n'est pas envisagé dans la même temporalité que la prise en charge et est donc utilisé rétrospectivement, comme une forme d'évaluation réalisée a posteriori.

La réforme de la protection de l'enfance du 14 mars 2016 avait accordé une priorité particulière à l'accompagnement du parcours de l'enfant. Pour preuve, le Titre II de la loi se nomme « *Sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance*²⁴ », signifiant qu'une importance particulière sera dédiée à cette notion. Cette volonté mettait en lumière les difficultés liées aux parcours chaotiques vécus par certains mineurs : des placements et mesures de protection qui se multipliaient, une multitude d'intervenants et de figures d'autorité, des allers-retours constants entre le foyer familial et les institutions, etc...

²² Agence régionale de santé (2016, janvier). *Parcours de soin, parcours de santé, parcours de vie*, « Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers – Lexique des parcours de A à Z », page 3.

²³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, juin). *Enfance protégée : Restitution de la Concertation nationale - GT n°1 : Sécuriser les parcours en protection de l'enfance*.

https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/194000658.pdf

²⁴ *Op Cit.* LegiFrance Loi du 14 mars 2016 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>

Un parcours caractérisé par son irrégularité et son manque de stabilité ne se limite pas à l'enfance de la personne sous protection, mais engendre des conséquences qui vont au-delà du domaine de la protection.

Anne OUI, dans son travail « *Les études de parcours en protection de l'enfance au niveau national et leurs enseignements*²⁵ » (2019), est arrivée à différents résultats qui ont conduit à la conclusion que la stabilité du parcours dans le domaine de la protection de l'enfance favorise le développement de l'enfant, qui est la mission principale de la protection de l'enfance, et facilite la transition vers l'âge adulte. La construction ainsi que la stabilisation du parcours de l'enfant a une influence directe sur la construction du citoyen de demain. Par conséquent, la protection de l'enfance englobe des actions qui s'inscrivent à la fois dans le passé, le présent et le futur.

B) Les conséquences des ruptures de parcours

Comme dit précédemment, la loi du 14 mars 2016 a mis l'accent sur cette notion de parcours afin de garantir sa sécurité et sa continuité. Elle stipule notamment que l'une des nouvelles missions de l'Aide Sociale à l'Enfance est de « 7° Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme²⁶ ». L'objectif principal est donc d'assurer la continuité du parcours des enfants en protection de l'enfance.

La stabilité du parcours de l'enfant est étroitement liée à la stabilité de son placement. Cet objectif est loin d'être accompli dans la mesure où, à l'exception des enfants placés en famille d'accueil qui bénéficient généralement d'une prise en charge continue jusqu'à la fin de leur protection, ceux qui sont pris en charge plus tardivement ou placés dans des institutions connaissent un parcours beaucoup plus fragmenté. Émilie POTIN, dans son ouvrage *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance* (2012), désigne les enfants étant accueillis dans de multiples lieux d'accueils « *les enfants déplacés* ». Elle explique que 'l'investissement dans un placement est alors beaucoup plus compliqué ainsi que la création de liens. « *Les « enfants déplacés » sont ceux qui ont connu plusieurs lieux d'accueil sans retour au domicile familial. L'enfant investit a minima le placement parce que les conditions de son*

²⁵ OUI, A. & ONPE. (2019, mai). *Les études de parcours en protection de l'enfance au niveau national et leurs enseignements*. <http://www.idefhi.fr/images/co/g.pdf>

²⁶ Legifrance. Article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136891

accueil ne sont pas pérennes. L'épuisement et la peur de créer des liens qui peuvent se voir fragilisés par une rupture font que l'enfant protégé par le placement se retrouve dans une situation où la sécurité n'est pas forcément plus acquise que dans son milieu d'origine ».

Une autre problématique à considérer, est la question des déplacements fréquents entre domicile familial et établissements d'accueils. En cas d'échec du retour en famille, un nouveau remplacement est nécessaire. Ces jeunes, dont le retour dans la cellule familiale n'est pas définitif peuvent être appelés « *les enfants re-placés* » (POTIN, 2012). Les ruptures peuvent être encore plus prononcées lorsque les tentatives de retour et les échecs successifs deviennent récurrents. Cette situation est en contradiction avec les objectifs de stabilité dans la prise en charge tels qu'exigés par la réforme de 2016. Il est mentionné que les enfants se trouvent dans une situation intermédiaire « d'entre-deux », semblable à une forme de résidence alternée.

En effet, Selon les résultats de l'Étude Longitudinale sur l'Autonomisation des jeunes après un Placement (ELAP), il est rare que les jeunes étudiés n'aient connu qu'un seul lieu de placement. À l'âge de 17 ans, seulement 30 % ont connu un seul lieu de placement, tandis que 30 % ont connu deux lieux, 20 % en ont connu trois, 8 % en ont connu quatre et 12 % ont connu cinq lieux différents.²⁷. Cependant, ce genre de parcours peut poser de graves problèmes et avoir des conséquences significatives sur le bien-être de l'enfant. La stabilité est requise car elle favorise précisément le développement de l'enfant. L'une des raisons fondamentales de la protection de l'enfance est de garantir ce développement, qui n'est plus réalisable dans le cadre familial. Il est donc paradoxal que le parcours d'un enfant en protection de l'enfance, avec ses multiples ruptures, puisse compromettre son développement.

C) Le suivi de santé avec les ruptures de parcours

Les parcours des publics les plus vulnérables, tels que les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, ici les enfants placés, peuvent être perturbés en raison de la multiplicité des acteurs et des structures ainsi que du manque de coordination entre eux. Par

²⁷ L'étude ELAP se concentre sur les conditions de vie, la préparation à l'autonomie et l'accès à celle-ci pour les jeunes pris en charge par l'ASE. Elle examine également leur trajectoire après avoir quitté le dispositif d'aide et les conditions dans lesquelles ils sortent du système. <https://elap.site.ined.fr/fr/>

ailleurs, le manque d'anticipation face à certaines situations peut également contribuer à ces ruptures dans leurs parcours²⁸.

Le parcours de santé désigne l'ensemble des étapes et du trajet suivis par un individu au sein d'un système de santé et social organisé, dans un laps de temps et un cadre spécifique. Comme mentionné précédemment, les enfants pris en charge par l'ASE peuvent connaître des parcours marqués par des discontinuités, des changements de lieux d'hébergement et de familles d'accueil, entre autres. Bien que l'établissement d'un bilan de santé soit souvent effectué lors de l'accueil d'un enfant, il semble que ce dispositif ne soit pas systématiquement appliqué, malgré son caractère obligatoire en vertu de la loi²⁹. L'objectif du bilan de santé est de mettre en évidence l'état médical de l'enfant, de compléter l'évaluation initiale concernant les carences, les violences et les abus dont il a pu être victime, et de déterminer les mesures d'accompagnement nécessaires en matière de santé.

Cependant, la principale problématique réside dans la continuité des soins. Il semble que les interruptions dans le suivi médical soient fréquentes lorsqu'il y a un changement de placement ou un déménagement des parents (Cour des comptes, 2020). En effet, lors d'un déplacement géographique, le médecin traitant désigné ne peut continuer à suivre l'enfant concerné du fait de l'éloignement. La qualité de la prise en charge peut être affectée par l'absence d'un référent médical local, même si certains établissements bénéficient de postes infirmiers financés par le département.

Pour tenir compte des effets négatifs d'un parcours de santé instable sur la santé des enfants placés, le gouvernement a pris des mesures dans la loi du 7 février 2022, en prévoyant la création de maisons d'enfants et de familles à titre expérimental. L'objectif principal de cette expérimentation étant « *d'améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé exerçant auprès d'eux*³⁰. » Ces maisons d'enfants et des familles verront le jour dans les départements volontaires et participeront « *notamment, à l'amélioration de l'accès aux soins, à l'organisation du parcours de soins, au*

²⁸ Stratégie régionale « Parcours » ARS de Nouvelle Aquitaine <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/quelle-strategie-regionale-pour-reduire-les-risques-de-ruptures-dans-les-parcours-de-vie-des>

²⁹ *Op Cit.* LegiFrance Article L223-1-1 du CASF https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041397739/2019-12-28

³⁰ LegiFrance Article 33 de la loi du 7 février 2022 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045133812

développement des actions de prévention, de promotion de la santé et de soutien à la parentalité ainsi qu'à l'accompagnement et à la formation des professionnels en contact avec les enfants et leurs familles sur le territoire.³¹ ».

SECTION 2 : DES RUPTURES CAUSEES PAR DIFFERENTS FACTEURS

Les ruptures de parcours dans la prise en charge des enfants peuvent être provoquées par différents facteurs. Un budget insuffisant peut entraîner des contraintes financières qui peuvent limiter les ressources allouées aux services de soutien et de suivi des enfants placés **(A)**. De plus, les crises traversées par le secteur social peuvent également affecter la stabilité et la continuité de la prise en charge. Ces crises peuvent être liées à des problèmes structurels, à des réformes législatives ou à des conflits internes **(B)**. Dans le cadre d'une enquête qualitative, une infirmière travaillant en MECS a été interviewée pour partager son expérience et ses perspectives sur les défis rencontrés dans le suivi des soins des enfants placés **(C)**.

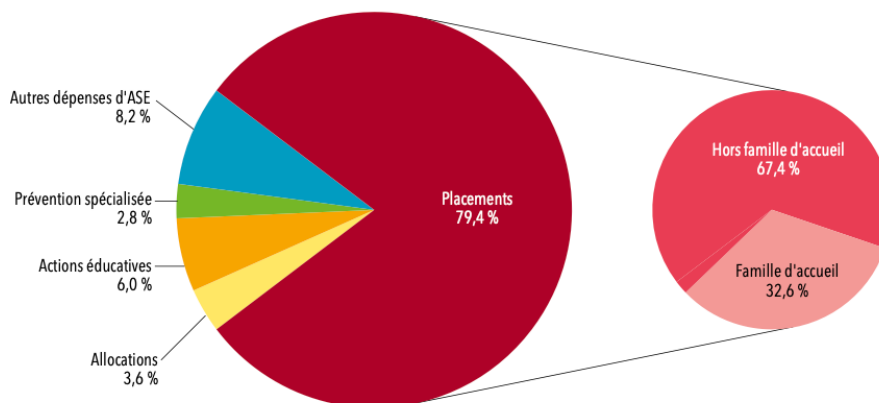
A) Un budget insuffisant ?

« Représentant 8 % des mesures d'aide sociale des départements et 23 % des dépenses associées en 2018, l'Aide Sociale à l'Enfance connaît des évolutions lentes, mais régulières depuis vingt ans.³² »

En 2018, la protection de l'enfance a coûté aux départements un total de 8,3 milliards d'euros, principalement alloués à des mesures de placement, représentant environ 80% du budget. Les fonds ont également servi au versement d'allocations ainsi qu'à la mise en place d'actions éducatives et de prévention spécialisée. À la fin de l'année 2018, les mineurs et les majeurs de moins de 21 ans ont bénéficié de 355 000 mesures d'Aide Sociale à l'Enfance, dont 53% étaient des mesures de placement et 47% des actions éducatives (DREES, 2020).

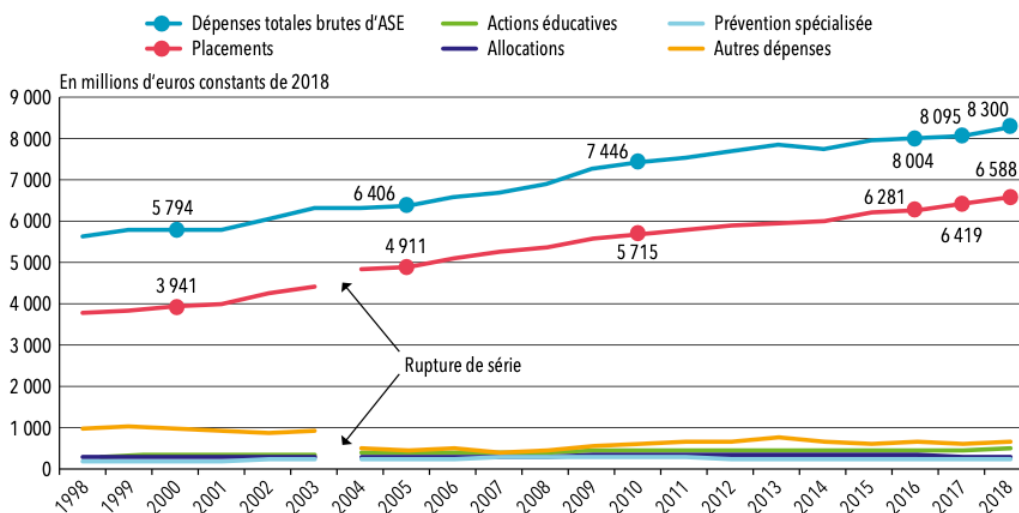
³¹ *Ibid.* Loi du 7 février 2022

³² DREES. (2020). *L'aide et l'action sociale en France : Les bénéficiaires et les dépenses de l'Aide Sociale à l'Enfance.*



Graphique n°2 : Répartition des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance en 2018

De 1998 à 2018, les dépenses totales pour l'Aide Sociale à l'Enfance ont connu une augmentation de 46,5% en termes réels, avec une croissance de 2,5% entre 2017 et 2018. Cette augmentation globale des dépenses est principalement due à l'augmentation des dépenses de placement, tandis que les dépenses allouées aux allocations et à la prévention spécialisée ont tendance à diminuer depuis 2010.



Graphique n°3 : Évolution des dépenses brutes de l'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2018

Dans un contexte de difficultés financières pour les conseils départementaux, en raison notamment de la réduction des concours financiers (subventions et dotations) de l'État et de la diminution des taux de couverture de certaines dépenses sociales, l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance est affecté (DUPAYS *et al.*, 2019). Des inquiétudes sont notamment évoquées « *Un effritement inquiétant des marges de manœuvre financière*³³ », témoignant de

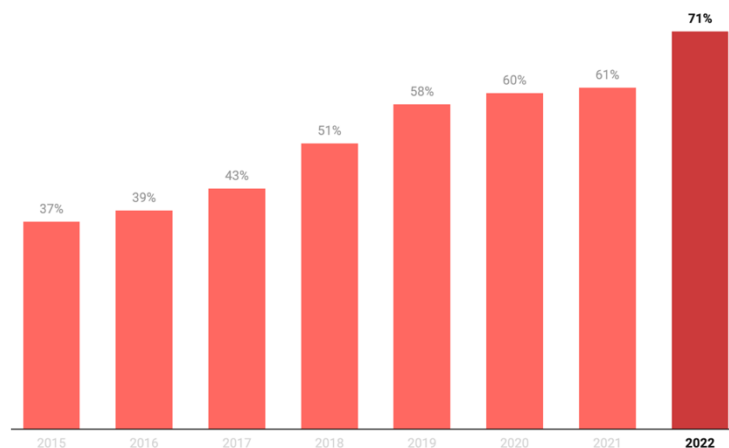
³³ S.Dupays, H.Lanouzière et B.Legrand-Jung (IGAS) – F.Thomas (IGAENR) et V.Bouysse (IGEN). (2019, janvier). Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance.

l'instabilité actuelle. Cette situation impacte la mise en place de ce dispositif et réduit les capacités des départements à développer des politiques de prévention innovantes et à fournir un accompagnement éducatif et médico-social plus adapté aux enfants et aux familles. Malgré l'objectif initial de la loi de 2007, qui était de déjudiciariser le dispositif de protection de l'enfance, les dépenses de placement continuent d'augmenter entre 1998 et 2018 tandis que les dépenses consacrées aux actions éducatives et préventives évoluent très faiblement sur la même période.

Selon la note de synthèse de la recherche réalisée par EUILLET *et al.* 2016, le coût des soins des enfants placés est une difficulté non négligeable. 57 % des Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) et 36 % des services ASE rencontrent des difficultés d'accès aux soins pour les enfants placés, principalement pour raisons financières telles que le tiers payant, les dépassements d'honoraires et les problèmes de remboursement de la part mutualiste. Afin de remédier aux obstacles financiers qui entravent l'accès aux soins de ce public, les institutions peuvent mettre en place une ligne budgétaire spécifique ou fournir une aide systématique. De manière similaire, dans le contexte de l'accueil familial, les assistants familiaux doivent souvent assumer eux-mêmes les frais liés aux besoins immédiats de soins de l'enfant. Les difficultés financières fréquentes se manifestent sous la forme de dépassements d'honoraires ou de problèmes de remboursement de la part de la mutuelle. Par conséquent, l'accès à des consultations spécialisées, aux soins dentaires, aux soins optiques et aux prises en charge psychologiques est souvent compromis (EUILLET, *et al.*, 2016b).

B) Une crise nationale

Le social et médico-social sont des secteurs en crise, depuis déjà un certain temps. Cependant, le contexte de la pandémie a renforcé cette crise et fragilisé encore plus les travailleurs sociaux et personnels de santé. Comme le médical, le secteur social s'est trouvé en première ligne sur le terrain et a dû se réorganiser, préserver ses travailleurs sociaux parfois en sous-effectifs et ses bénévoles dans un secteur qui depuis plusieurs années connaît une crise des vocations faute de reconnaissance sociale et de moyens. Actuellement, près de 64000 postes seraient vacants dans les métiers du social et du médico-social. Le graphique suivant témoigne bien de la crise actuelle, avec une difficulté de recrutement record à 71% (ALBEROLA & BERHUET, 2022).



Graphique n°4 : Évolution des difficultés de recrutement par les employeurs du secteur santé et action sociale (en %)

Les travailleurs sociaux ont très souvent exprimé leurs souffrances et milité pour une meilleure reconnaissance de leurs métiers qui doit, selon eux, notamment passer par une revalorisation salariale. Pour cela, certaines décisions ont été prises durant la conférence des métiers et de l'accompagnement social et médico-social qui s'est tenue en février 2022 :

- « Proposition d'une convention collective nationale unique des métiers de l'accompagnement du social et du médico-social qui doit être négociée par les partenaires sociaux à l'horizon 2024 et pour laquelle l'État annonce consacrer 500 millions d'euros par an ;
- L'extension aux travailleurs sociaux, depuis avril 2022, de la prime Ségur, initialement destinée seulement aux soignants ».

Lors de son arrivée au sein d'un établissement, un enfant bénéficie d'un suivi de la part de divers intervenants, notamment des référents désignés au sein des services départementaux et des structures d'accueil. En principe, l'action de ces intervenants est coordonnée à travers le Projet Pour l'Enfant (PPE). L'une des conséquences de la crise mentionnée précédemment est notamment le TurnOver. Selon la définition du dictionnaire français Larousse, le TurnOver se réfère à la « rotation du personnel au sein d'une entreprise³⁴ ». En raison de conditions de travail dégradées, les professionnels se trouvent souvent en manque de ressources, ce qui rend difficile le maintien de la stabilité d'une équipe. Le renouvellement fréquent des référents constitue un obstacle supplémentaire à la continuité du suivi des enfants (Cour des Comptes,

³⁴ Dictionnaire Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298>

2020). Selon le rapport de la Cour des Comptes 2020, afin de surmonter cette difficulté et garantir un suivi plus cohérent, des départements optent pour la mise en place de binômes, voire de trinômes, de travailleurs sociaux chargés des situations individuelles, notamment dans les situations complexes.

C) Entretien avec une infirmière

Après avoir abordé les aspects théoriques tout au long de ce mémoire, nous avons jugé pertinent de renforcer certains de nos arguments en incluant le témoignage d'une personne travaillant sur le terrain. Dans le cadre d'une enquête qualitative menée sur le parcours de santé des enfants placés, un entretien semi-directif a été réalisé (**Annexe 1**) avec une infirmière exerçant au sein d'une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS).

Tout au long de ce mémoire, nous avons souligné l'importance de la réalisation d'un bilan de santé à l'arrivée d'un enfant. Bien que rendu obligatoire par la loi du 14 mars 2016, nous avons pu constater que ce bilan n'était pas systématiquement réalisé. Lors de mon entretien avec l'infirmière, nous l'avons questionné sur la pratique autour de ce bilan au sein de sa structure. *« Oui alors en fait ça c'est même je me demande si c'est même pas une obligation légale faudrait vérifier mais en tout cas à chaque arrivée d'enfants y a effectivement une visite médicale qui est faite alors on essaie de la faire le plus rapidement possible euh au foyer on essaie de viser dans la semaine puisqu'on arrive pas à faire mieux mais je me demande si l'obligation légale c'est pas moins³⁵ »*. Ce verbatim met en évidence le caractère légalement obligatoire du bilan de santé. Cependant, les propos exprimés contredisent le constat précédemment mentionné à la **section 3** du **Chapitre 1**. Il est tout à fait plausible que les pratiques varient en fonction du contexte, et que certaines structures parviennent à effectuer ce bilan.

Les ruptures de parcours, en particulier dans le domaine de la santé des enfants placés, sont l'un des sujets centraux de mon écrit. Lors de cet entretien, il était inévitable d'aborder cette notion. Cette infirmière a témoigné de l'observation de ces ruptures et a confié *« C'est à dire qu'on se rend compte que quand même, d'une part, les enfants placés ont Ont souvent des*

³⁵ Annexe 1 Page 51 Ligne 293

ruptures de soins dans leur parcours de santé, liées...bas liées au fait qu'ils peuvent changer de lieu de vie, changer de référent éducatif, etc, et que c'est un des motifs du placement étant les défaillances éducatives ou la maltraitance.³⁶ ».

Elle souligne également que ces ruptures peuvent être causées par d'autres facteurs que les changements d'établissement ou de famille d'accueil, tels que le changement de référent, comme nous l'avons déjà relevé dans la **section 2 du Chapitre 2**. *« Donc on se rend compte que bah voilà les enfants placés souvent on les deux facteurs de risques cumulés la rupture de soins, la rupture de suivi, faute de professionnels de santé partout, a fortiori dans des milieux sociaux défavorisés. Et euh et parce qu'il change tout le temps de référent éducatif et euh aussi euh hum c'est des enfants qu'auraient encore plus besoin quelque part de soins précoces qu'ils n'ont pas³⁷. »*

La partie **B du Chapitre 2** est consacré à la crise traversée par le secteur social, notamment en ce qui concerne le turnover. L'équipe de l'infirmière rencontrée est également touchée par ces difficultés. La professionnelle en parle à deux reprises ce qui met en évidence cette problématique. *« y a peu d'infirmière ancienne ici fin bref j'vous passe les détails mais y a beaucoup de Turn Over et d'arrêts et tout ça donc on est tout le temps en sous-effectif chronique donc là clairement c'est pas assez fin on est en fait y a pas de système de remplacement prévu³⁸ »*. Elle reconnaît que ce fonctionnement « dégradé » est « usant » et dégrade le fonctionnement du service *« Voilà sur les auxiliaires je sais pas vous dire je sais qu'y a aussi pas mal d'arrêts qu'elles ont du mal à se remplacer que ça tourne beaucoup euh du coup y a beaucoup de nouvelles tout ça et du coup c'est très usant pour les équipes parce que faut tout réexpliquer que du coup on avance pas sur les projets qu'on veut mettre en place »*. Ces verbatims témoignent de la crise présente actuellement dans le social et médico-social.

³⁶ Annexe I Page 54 Ligne 397

³⁷ Annexe I Page 54 Ligne 426

³⁸ Annexe I Page 61 Ligne 702.

SECTION 3 : INITIATIVES POUR UNE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

Plusieurs initiatives ont été mises en place pour améliorer la prise en charge des enfants placés et garantir leur bien-être. Le dispositif OLINPE consiste à améliorer les connaissances des mineurs et des jeunes majeurs pris en charge par la protection de l'enfance, en examinant leurs parcours et les raisons de leur mise en danger. Il vise aussi à faciliter la coordination des initiatives menées par l'État et les départements en matière de protection de l'enfance, afin d'assurer une continuité des actions entreprises (A). Quant au programme Pegase, il propose la mise en place d'un suivi de santé standardisé et de soins psychologiques préventifs, dans le but de prévenir les séquelles à long terme des mauvais traitements subis par les jeunes enfants placés sous protection (B). Différentes mesures ont également été préconisées afin d'optimiser le parcours de santé de ces jeunes (C).

A) Le dispositif OLINPE

« La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit la transmission d'informations relatives à la protection de l'enfance des conseils départementaux vers les observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE) et l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). Les modalités de cette transmission d'informations, fixées initialement par le décret n°2011-222 du 28 février 2011, formalisent un dispositif d'Observation Longitudinale, Individuelle et Nationale en Protection de l'Enfance (dit « Olinpe ») piloté par l'ONPE³⁹. »

L'objectif principal du dispositif OLINPE est d'examiner les parcours des enfants sous protection dès leur entrée dans le système jusqu'à leur sortie (ONPE, 2022). Chaque année, les départements transmettent des informations sur les mineurs et les jeunes majeurs ayant bénéficié d'une aide administrative (à l'exception des aides financières) ou d'une mesure de protection juridique l'année précédente. Ce dispositif a principalement été créé dans l'objectif d'améliorer la politique de protection de l'enfance.

³⁹ ONPE. (2022, janvier). Deuxième rapport dédié au dispositif Olinpe. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapport_olinpe_2022.pdf

Le cadre légal du dispositif décline ses missions comme suit :

Selon le Décret n° 2016-1966 du 28 décembre 2016 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de la protection de l'enfance

« Art. D. 226-3-3.-Le président du conseil départemental transmet annuellement les informations mentionnées à l'article D. 226-3-5 à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de la protection de l'enfance, pour l'exercice de leurs missions définies respectivement à l'article L. 226-3-1 et au troisième alinéa de l'article L. 226-6.

« Cette transmission a pour objet :

« 1° De contribuer à la connaissance de la population des mineurs et des jeunes majeurs bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance ou d'une mesure judiciaire de protection de l'enfance, ainsi qu'à celle de l'activité des services de protection de l'enfance ;

« 2° De faciliter l'analyse de la cohérence et de la continuité des actions mises en œuvre au bénéfice des mineurs, de leur famille et des jeunes majeurs au titre de la protection de l'enfance.⁴⁰ »

Les informations transmises sont rendues anonymes. Un numéro d'anonymat est généré à partir de critères stables dans le temps et l'espace, permettant ainsi de suivre les informations relatives à un enfant tout au long de son parcours. Les informations à transmettre concernent principalement des données administratives collectées par les professionnels pour garantir le financement des prestations ou mesures (informations sur le mineur ou le jeune adulte, informations sur les prestations administratives ou les mesures judiciaires en place), ainsi que les informations nécessaires pour suivre le mineur ou le jeune adulte (informations sur son environnement, sa scolarité et le type de danger ou de risque auquel il a été exposé).

Les départements concluent un contrat avec un éditeur de logiciels pour fournir un logiciel professionnel qui répond à l'ensemble de leurs besoins dans le domaine de l'action

⁴⁰ LegiFrance Décret du 28 décembre 2016 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033736636>

sociale. Les données saisies dans ce logiciel sont ensuite extraites et transmises à l'ONPE. Pour étudier les caractéristiques et les parcours des enfants sous protection, il est essentiel d'avoir accès à des fichiers de données provenant de différents départements sur plusieurs années, ainsi que de disposer de données statistiques de qualité suffisante.

L'ONPE donne la priorité, lors du traitement des données, aux fichiers reçus au format défini par le décret de 2016, en effectuant des vérifications approfondies pour valider la configuration et identifier les points à améliorer pour les transmissions futures. Une attention particulière est accordée à la structure des fichiers, aux variables de dates, aux variables relatives à la nature de la décision et à la portée des mesures transmises, qui sont des éléments essentiels pour l'analyse des parcours.

« En janvier 2022, 46 départements sont entrés dans le dispositif Olinpe depuis sa mise en œuvre, en transmettant au moins un fichier annuel de données. Au total, l'ONPE a réceptionné 183 fichiers. » (ONPE, janvier 2022)

B) Le programme Pegase

Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance

« Des indices concordants laissent à penser que, du fait du recul des autres causes, la maltraitance et/ou la négligence des enfants - qui touchent un enfant sur dix dans les pays favorisés - sont devenues les premières causes des handicaps acquis chez l'enfant et les premières causes de mortalité dans l'enfance (en 2016 en France : 131 infanticides reconnus pour un chiffre estimé de plus de 600). L'OMS relève que les conséquences sur la vie entière sont tout aussi considérables: surmortalité, handicaps psychiques, physiques et de l'adaptation sociale associés à des maladies chroniques (obésité, troubles cardiovasculaires, AVC, cancers)⁴¹ »

⁴¹ Ministère des solidarités et de la santé. (2019, août). *Cahier des charges du projet PEGASE : Arrêté du 19 juillet 2019*

Le programme PEGASE (Protocole Expérimental de santé pour les enfants ayant bénéficié d'une mesure de protection de l'Enfance avant l'âge de 5 ans) est une initiative qui vise à améliorer la prise en charge de la santé des enfants qui ont été placés en protection de l'enfance avant l'âge de 5 ans. L'objectif principal de ce programme est de mettre en place un protocole de santé standardisé pour ces enfants, afin de garantir un suivi médical et psychologique adéquat et cohérent. Il s'agit de s'assurer que tous les enfants placés dans le cadre de la protection de l'enfance bénéficient d'une évaluation systématique de leur état de santé, ainsi que d'un accès aux soins appropriés.

Ce programme fut créé notamment après différents constats :

- « 1. Le mauvais état sanitaire des enfants lors de leur admission dans le dispositif de protection de l'enfance et l'évolution vers le handicap social pour un tiers d'entre eux ;*
- 2. La faible proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan de santé initial et d'un suivi médical de qualité ;*
- 3. Les difficultés d'accès aux soins ;*
- 4. La rareté d'un dossier médical attaché à l'enfant et qui le suit durant son parcours social.⁴²»*

Le protocole de santé standardisé du programme PEGASE peut inclure divers aspects, tels que des examens médicaux réguliers, des évaluations du développement physique et psychomoteur, des dépistages préventifs, des vaccinations à jour et des consultations spécialisées en cas de besoins spécifiques. L'objectif est de détecter et de traiter rapidement les problèmes de santé potentiels, afin de favoriser le bien-être général de ces enfants.

En plus des soins médicaux, le projet d'expérimentation reconnaît également l'importance de la santé mentale et émotionnelle des enfants placés. Ainsi, des évaluations psychologiques régulières, des séances de soutien psychologique adaptées à l'âge et aux besoins individuels de chaque enfant, ainsi que des services de thérapie familiale sont organisés si nécessaire. L'objectif est d'aider ces enfants à surmonter les éventuels traumatismes vécus et à favoriser leur développement émotionnel et social positif.

⁴² *Op Cit.* Ministère des solidarités et de la santé. (2019, août).

Ainsi, les différents objectifs de l'expérimentation se déclinent comme suit :

- « *Faciliter l'accès aux soins des enfants ciblés en leur offrant des soins et des prises en charge individuelles adaptées aux besoins en santé, somatiques et psychiques, globales et pluri-institutionnelles ;*
- *Assurer une traçabilité des besoins et du parcours de l'enfant en matière psychosantitaire, condition nécessaire pour permettre une continuité dans la prise en charge à l'adolescence et l'âge adulte;*
- *Prévenir des complications telles que l'émergence ultérieure de pathologies chroniques somatiques et psychiques;*
- *Réduire le nombre d'enfants et d'adolescents en situation de handicap ou en ALD;*
- *Améliorer les connaissances des professionnels de santé et des acteurs de la protection de l'enfance sur les maltraitances et leurs conséquences sur la santé;*
- *Améliorer le dépistage des maltraitances et de leurs conséquences, dont le psychotraumatisme lié aux violences intrafamiliales.⁴³ »*

Ce programme repose également sur une approche collaborative entre les différents acteurs impliqués dans la protection de l'enfance, tels que les services sociaux, les professionnels de la santé, les familles d'accueil et les institutions. Il vise à renforcer la coordination et la communication entre ces acteurs, afin d'assurer une prise en charge globale et cohérente de la santé des enfants placés.

L'objectif de la mise en œuvre de l'expérimentation PEGASE est d'améliorer la qualité des soins de santé pour les enfants placés, favoriser leur développement global et leur offrir de meilleures chances de réussite à long terme. En résumé, les effets attendus sont d'une part, un meilleur suivi de santé et des soins plus précoces, réduisant ainsi les coûts de prise en charge et améliorant l'évolution à long terme des enfants et d'autre part, l'utilisation d'outils d'évaluation clinique et d'un dossier médical systématisé pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles et combler les lacunes des travaux de recherche sur cette population spécifique. Cependant, il convient de noter que les détails spécifiques du programme peuvent varier selon les politiques et les ressources disponibles dans les villes ou départements qui l'implémentent.

⁴³ *Op Cit.* Ministère des solidarités et de la santé. (2019, août)

C) Préconisations

En mars 2018, le Premier ministre a saisi le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) pour la rédaction d'une demande d'avis. L'objectif de cet avis est de contribuer à l'élaboration de la prochaine stratégie interministérielle pour la protection de l'enfance et de l'adolescence pour la période 2018-2022. Le projet d'avis a été adopté au scrutin public avec 153 voix pour et 6 abstentions (DULIN, 2018).

« Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par lettre du Premier ministre en date du 5 mars 2018. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé, la préparation d'un projet d'avis intitulé : Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance. La section des affaires sociales et de la santé présidée par Mme Aminata Koné, a désigné M. Antoine Dulin comme rapporteur⁴⁴. »

Dans son rapport, Antoine DULIN (2018, juin) présente 20 recommandations visant à améliorer la politique de protection de l'enfance et par conséquent la prise en charge des enfants placés. Nous allons nous focaliser sur trois de ces recommandations spécifiquement en lien avec le sujet de ce mémoire.

Tout d'abord, ce rapport met en évidence le déficit flagrant de données quantitatives et qualitatives concernant les besoins et les parcours des enfants placés. Cette lacune concerne à la fois la quantité de données disponibles et leur traitement, ce qui limite la disponibilité d'informations pertinentes utilisables. En conséquence, les ODPE et l'ONPE rencontrent des difficultés à centraliser l'ensemble des informations nécessaires. La **préconisation n°2** vise alors « à améliorer la connaissance statistique et développer la recherche en protection de l'enfance en renforçant les moyens de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) et des Observatoires départementaux (ODPE) et en facilitant les remontées d'informations en provenance des départements et entre parties prenantes au sein d'un même département via les Observatoires départementaux⁴⁵. ».

Force est de constater que la même problématique existe pour les données en matière de santé des enfants. La Cour des Comptes dans son rapport *La santé des enfants : Une politique*

⁴⁴ *Op Cit.* DULIN, A. (2018, juin).

⁴⁵ *Op Cit.* DULIN, A. (2018, juin)

à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (2021), fait le même constat dans ses recommandations : « Améliorer le suivi épidémiologique en exploitant davantage les données médico-administratives, en enrichissant les indicateurs produits, en facilitant l'appariement avec des bases de données sociales, et en réalisant des enquêtes régulières et ciblées sur certains problèmes de santé ».

Selon la législation de 2016, confirmée par la loi du 7 février 2022, il est prévu qu'un bilan de santé soit réalisé. Néanmoins, comme nous avons pu constater, la pratique sur le terrain diffère souvent de cette exigence légale. C'est pour cela que la **recommandation n°6** renforce l'importance du bilan en suggérant une amélioration consistant à impliquer les parents, de manière que la prise en charge et le suivi de l'enfant correspondent pleinement à ses besoins spécifiques.

« Mettre en place, dès le début du parcours, un bilan de santé de l'enfant, de la ou du jeune en présence des parents (sauf décision contraire du juge) afin d'identifier sa souffrance psychique et physique, d'en assurer sa prise en charge et le suivi, à travers le Projet pour l'enfant⁴⁶. »

Dans la **section 2** du **Chapitre 1**, nous avons relevé que les enfants en situation de placement présentaient fréquemment des troubles psychiques significatifs. Ces troubles ne sont pas toujours reconnus et entraînent parfois une maltraitance morale. La **préconisation n°11** du rapport s'inscrit dans ce contexte et énonce qu'il faudrait *« Mieux prendre en compte le handicap psychique des jeunes en difficultés multiples en modifiant l'offre d'accueil aussi bien dans la sphère de l'aide sociale à l'enfance (assistants familiaux et familles thérapeutiques) que dans celle du médico-social (renforcement de la pédopsychiatrie ; droit d'accès prioritaire aux Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et aux Instituts médico-éducatifs (IME)⁴⁷. »*

⁴⁶ *Ibid.* DULIN, A. (2018, juin)

⁴⁷ *Op Cit.* DULIN, A. (2018, juin)

CONCLUSION

La protection de l'enfance constitue un domaine extrêmement complexe en raison de la vulnérabilité et de la particularité des personnes qu'elle vise à protéger, des droits fondamentaux qui peuvent être compromis, ainsi que de son organisation. De nos jours, la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant prédomine dans l'ensemble du secteur de la protection de l'enfance, afin de recentrer celle-ci sur le bien-être de l'enfant lui-même. Étroitement liée à la santé, ces deux politiques publiques mêlent des enjeux majeurs de notre société actuelles. Comme le rappelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement*⁴⁸. » ainsi, chaque enfant est en droit de bénéficier de soins adéquats et d'un parcours de santé satisfaisant et adapté.

En protection de l'enfance, la plupart des enfants ont été victimes de mauvais traitements ou n'ont pas bénéficié d'un environnement propice à leur développement avant leur placement. Il est important de savoir que ces enfants ont fréquemment traversé des événements traumatisants et ont pu connaître des ruptures au sein de leurs relations familiales, avec des conséquences dommageables sur leur bien-être physique et mental. En raison de leur profil particulier et de leur vécu, des besoins spécifiques émergent quant à leur santé.

Comme nous l'avons constaté précédemment, les ruptures de parcours dans le suivi de la santé des enfants pris en charge ne favorisent pas leur bien-être ni leur suivi médical. Ces ruptures constituent un problème préoccupant qui compromet leur bien-être global. Lorsqu'un enfant est placé en famille d'accueil ou dans un établissement de protection de l'enfance, son suivi médical peut être brusquement interrompu, engendrant une discontinuité préjudiciable à sa santé. Des changements fréquents de lieux de résidence, de référents ou de médecin traitant peuvent en être la cause. Du fait de déplacements géographique, les dossiers médicaux peuvent être perdus ou difficilement transférables, entraînant une perte d'informations cruciales sur l'historique médical de l'enfant. En conséquence, équipes médico-sociales sont souvent confrontées à des défis supplémentaires pour délivrer les soins appropriés et les enfants pour les obtenir.

⁴⁸ Constitution OMS <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Il est indéniable que les ruptures ne peuvent être complètement évitées et sont même parfois nécessaires. Cependant, et afin de remédier au constat fait précédemment et améliorer la prise en charge des enfants placés, différentes mesures visant à assurer la continuité de leurs soins ont été mises en place. Toutefois, au regard de la situation actuelle, beaucoup de progrès restent à faire pour garantir une continuité dans le parcours de santé de ce public fragile. Les dispositifs actuels doivent et peuvent être renforcés, améliorés, clarifiés et surtout étendus à l'ensemble des territoires afin de garantir aux enfants bénéficiant d'une mesure de protection les mêmes chances que les autres et ainsi réduire les inégalités.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence régionale de santé (2016, janvier). *Parcours de soin, parcours de santé, parcours de vie*, « Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers – Lexique des parcours de A à Z »
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
- Alberola, E., & Berhuet, S. (2022, avril). *CRÉDOC : Les travailleurs sociaux, urgentistes de terrain*. <https://www.credoc.fr/publications/les-travailleurs-sociaux-urgentistes-de-terrain>
- CNAPE. (2017, novembre). *L'observatoire départemental de la protection de l'enfance : Groupe d'appui à la protection de l'enfance*.
<https://onpe.gouv.fr/ressources/fiche-cnape-lodpe>
- Cour des Comptes. (2020, novembre). *La protection de l'enfance : Une politique inadaptée au temps de l'enfant*.
https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201130-rapport-protection-enfance_0.pdf
- Cour des Comptes. (2021, décembre). *La santé des enfants : Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*.
<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58724>
- CREA Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, & Département de la Haute-Savoie. (2012, octobre). *Appel d'offres thématique 2010 de l'ONED : La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*. <https://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/02/RAPPORTS-003-ETUDE-La-sante%CC%81-des-enfants-accueillis-au-titre-de-la-protection-de-l%E2%80%99enfance-2012.pdf>
- De Ayala, C. (2010). L'histoire de la protection de l'enfance. *Le Journal des psychologues*, 277, 24-27. <https://doi.org/10.3917/jdp.277.0024>

- **DGAS Seine et Marne.** (2019). *Actes usuels et non usuels l'exercice de l'autorité parentale dans le cadre d'un accueil à l'aide sociale à l'enfance.*
<https://www.seine-et-marne.fr/sites/default/files/media/downloads/2019-referentiel-actes-usuels-non-usuels-exercice-autorite-parentale.pdf>

- **DREES.** (2017, mai). *L'État de santé de la population en France : Rapport 2017.*
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>

- **DREES.** (2019). *L'hébergement dans les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance.*
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/28-15_0.pdf

- **DREES.** (2020). *L'aide et l'action sociale en France : Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance.*
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2025%20-%20Les%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20et%20les%20d%C3%A9penses%20de%20l'E2%80%99aide%20sociale%20%C3%A0%20l'E2%80%99enfance.pdf>

- **Dulin, A.** (2018, juin). *Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance : Avis du Conseil économique, social et environnemental.*
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf

- **Dupays, S., Lanouzière, H., et Legrand-Jung, B. (IGAS) – F.Thomas (IGAENR) et V.Bouysse (IGEN).** (2019, janvier). *Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance.* https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047R-TOME_1.pdf

- **Euillet S, Halifax J, Moisset P et al.** (2016a). *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

- Euillet S, Halifax J, Moisset P et al. (2016b). *Note de synthèse de la recherche : 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.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2016-03_Synthese_Acces_soins_enfants_places.pdf

- Ministère des solidarités et de la santé. (2017, novembre). *Stratégie nationale de santé 2018-2022 : Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_volet1bis.pdf

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, juin). *Enfance protégée : Restitution de la Concertation nationale - GT n°1 : Sécuriser les parcours en protection de l'enfance*. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/194000658.pdf

- Ministère des solidarités et de la santé. (2019, août). *Cahier des charges du projet PEGASE : Arrêté du 19 juillet 2019*. https://www.programmepegase.fr/_files/ugd/6833ab_8fe3a17315254812bbf70b181cd63881.pdf?index=true

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

- ONPE. (2021, mai). *État des lieux de la mise en place des observatoires départementaux de la protection de l'enfance en 2020*. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_odpe_2020.pdf

- ONPE. (2022, janvier). *Deuxième rapport dédié au dispositif Olinpe*. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapport_olinpe_2022.pdf

- ONPE. (2022, décembre). *Synthèse du deuxième rapport dédié au dispositif Olinpe*. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/synthese_rapport_olinpe_2.pdf

- ONPE. (2022, février). *La population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/12/2019 : les disparités départementales : Note statistique*. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_disparites_2019_fev22.pdf

- **Oui, A. & ONPE.** (2019, mai). *Les études de parcours en protection de l'enfance au niveau national et leurs enseignements.* <http://www.idefhi.fr/images/co/g.pdf>

- **Rollet, C.** (2001). La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920). *Annales de démographie historique.* <https://doi.org/10.3917/adh.101.0097>

- **Rousseau, D. et al.** (2013, septembre). *Étude Saint-Ex : Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et 2001.* https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010.rousseau_rf.pdf

- **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>

- **Sarlangue, J.** (2022, février). *Histoire des vaccinations, de la variole à la Covid-19.* https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/histoire_de_la_vaccination.pdf

- **UNICEF.** (1989). *Convention Internationale des Droits de l'Enfant.* <https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/07/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

WEBOGRAPHIE

- <https://www.ccomptes.fr/fr>
- <https://www.creai-ara.org/>
- <https://www.credoc.fr/>
- <https://www.defenseurdesdroits.fr/>
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
- <https://elap.site.ined.fr/fr/>
- <http://www.idefhi.fr/>
- <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- <https://onpe.gouv.fr/>
- <https://www.programmepegase.fr/>
- <https://sante.gouv.fr/>
- <https://www.unicef.fr/>
- <https://www.vie-publique.fr/>
- <https://www.who.int/fr>

TABLE DES GRAPHIQUES

N°	Titre	Source
Graphique n°1	Répartition des mineurs et jeunes majeurs à l'ASE hébergés en établissement au 31 décembre 2019	ONPE, (2022, février). <i>La population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/12/2019 : Les disparités départementales : Note statistique.</i>
Graphique n°2	Répartition des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance en 2018	DREES. (2020). <i>L'aide et l'action sociale en France : Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance.</i>
Graphique n°3	Évolution des dépenses brutes de l'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2018	DREES. (2020). <i>L'aide et l'action sociale en France : Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance.</i>
Graphique n°4	Évolution des difficultés de recrutement par les employeurs du secteur santé et action sociale (en %)	Alberola, E., & Berhuet, S. (2022, avril). <i>CRÉDOC : Les travailleurs sociaux, urgentistes de terrain.</i>

ANNEXES I : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN

- 5 - P : Alors du coup je suis étudiante en Master 1 en Sciences Sociales, je fais partie du parcours Évaluation et Management des Politiques Sociales. Euh... donc dans le cadre de ce master je réalise un mémoire sur le parcours de santé des enfants confiés à l'ASE et euh du coup on avait le choix soit de faire une enquête qualitative donc par entretien soit par questionnaire moi je trouvais ça plus intéressant d'aller rencontrer les pros euh je voudrais rencontrer euh infirmière et éducateurs c'est eux qui sont le plus euh dans l'accompagnement autour de la santé de ces jeunes généralement. Et euh je vous remercie de prendre le temps de me recevoir je sais que parfois c'est pas ... vous avez pas énormément de temps et euh donc du coup voilà donc enfaite dans le cadre du
- 10 Master on doit préparer un guide d'entretien etc... euh on n'a pas le droit de donner notre opinion etc...

Bruit de travaux assez fort

- 15 - Enquêté : Votre ? Pardon je vais fermer la porte.
- P : Notre opinion. Oui oui pas de soucis donc euh mes réponses risquent d'être très courtes « oui » « d'accord » etc... vous étonnez pas et euh donc voilà. C'est tout bon ?
- 20 - Enquêtée : Oui oui c'est bon pas de soucis.
- P : Supe ! Euh donc depuis combien de temps est ce que vous êtes diplômée ?
- Enquêtée : Alors moi je suis diplômée infirmière depuis très récemment depuis juillet.
- 25 - P : D'accord.
- Enquêtée : Hmm.
- 30 - P : Euh... Est-ce que vous pouvez parler un peu de vos expériences passées du coup ?
- Enquêtée : Alors euh oui moi c'est un peu particulier, c'est une reconversion euh complète parce que c'était pas du tout euh je travaillais pas dans ce domaine-là ...
- 35 - P : D'accord.
- Enquêtée : Moi j'ai fait des études en Sciences Sociales avant donc je suis bien aguerrie aujourd'hui de ce que vous faites là.

- 40 - P : Ok.
- Enquêtée : Euh ... Des études plutôt longues et après j'ai travaillé un peu dans le social euh plutôt auprès de public adulte fin nan auprès d'ados aussi près d'ados déscolarisés, auprès de ... en prison et auprès de personnes prostituées.
- 45 - P : D'accord.
- Enquêtée : Et après j'ai fait complètement autre chose. J'ai travaillé euh dans...l'expertise pour les, dans l'industrie chimique sur les conditions de travail et euh ...
- 50 - P : Ok.
- Enquêtée : et de la gestion ...industrielle. Donc...fin mandatée par les CE et par les CHSCT. Et puis euh voilà j'ai choisi de faire une reconversion dans le soin en tant que infirmière et j'ai été diplômée cet été voilà.
- 55 - P : D'accord.
- Enquêtée : Donc ici ça a été mon premier poste, donc c'est pour ça que j'espère que je vais pouvoir répondre à vos questions mais c'est vrai que moi j'ai pas le recul d'autres professionnels.
- 60 - P : Oui oui bien sûr.
- Enquêtée : Après ici au foyer, il n'y a pas de... fin ici au *elle site le nom de la structure* a peu de professionnels qui sont là depuis longtemps. Vous vous êtes adressée à la poup' et Julie⁴⁹ du coup était pas disponible ou je sais plus si elle vous a répondu fin bref mais elle vous a envoyé à moi parce que je travaillais sur un réseau de suivi des enfants.
- 65 - P : D'accord.
- Enquêtée : Par contre c'est vrai que si vous voulez des personnes qui ont plus de recul soit faudra voir avec le médecin mais je pense qu'il aura pas le temps et honnêtement euh...
- 70 - P : Oui oui je comprends.
- Enquêtée : Fin il a pas beaucoup plus de... il y a pas moins de temps que nous mais en fait si ça nous.... ça va nous décaler aussi quoi donc euh voila.
- 75 - P : Oui oui.
- 80

⁴⁹ Afin de respecter la confidentialité tous les prénoms de ce document ont été modifiés.

- 85
- Enquêtée : Et il y a une autre infirmière par contre au foyer ma collègue qui euh... est là depuis plus longtemps donc peut être qu'elle pourra.
- 85
- P : Ok.
- 90
- Enquêtée : Si vous avez besoin de plus de recul ...
- 90
- P : Oui oui.
- 95
- Enquêtée : Peut-être on pourra vous mettre en contact avec quelqu'un qui a plus de recul.
- 95
- P : Oui c'est pas un soucis parce que en fait je voulais justement comparer jeunes pro et pro avec plus d'expérience pour voir l'évolution par rapport au parcours de santé euh ce genre de choses au fur et à mesure des années donc y a pas de soucis. Et aussi si y a des questions auxquelles vous ne voulez pas répondre vous avez le droit.
- 100
- Enquêtée : Oui oui.
- 100
- P : Donc voilà euh donc vous faites partie de la structure depuis juillet.
- 105
- Enquêtée : Depuis septembre.
- 105
- P : Ah septembre ok ... et est ce que vous pouvez m'expliquer rapidement le fonctionnement de la structure ?
- 110
- Enquêtée : De la structure donc ici c'est un... alors moi je travaille euh alors attendez juste en septembre octobre j'étais sur la pouponnière j'avais un post vraiment médical sur la pouponnière, je vous expliquerai après comment mon travail est parti. Et là depuis novembre j'suis à temps partiel j'suis à moitié fin 60 % sur le foyer en tant que infirmière et à 40 % à la pouponnière en tant que coordinatrice locale justement d'un réseau de suivi de santé des enfants placés.
- 115
- P : Ok.
- 120
- Enquêtée : Euh je vous reparlerai plus de ce réseau éventuellement mais et euh... Donc voilà donc moi je peux vous parler des deux structures comment s'est organisé. Euh en fait sur l'ensemble le principe est le même c'est à dire que c'est à la fois un foyer d'urgence et à la fois un foyer d'accueil sur un... court terme donc euh ... je sais pas si vous avez regardé fin euh comment ça fonctionne le droit pour euh pour les placements.
- 120
- P : Euh oui oui je connais un petit peu.

- 125 - Enquêtée : Voilà bon et donc ici en fait on accueille vraiment les enfants justes après une OPP ou même une AP, mais un AP mais euh...ça peut arriver qu'ils arrivent en pleine nuit en plein weekend etc.
- P : Oui oui.
- 130 - Enquêtée : Et puis des fois c'est un peu plus prévu mais ils sont vraiment là au moins pour les quinze premiers jours avant le le ... la décision du juge de prolongement de l'OPP ou pas.
- 135 - P : D'accord.
- Enquêtée : Dans le prolongement du placement ou pas et en fait ensuite on les garde le temps de trouver des structures parce qu'il y a des départements s'organiser différemment mais il y a des foyers d'urgence qui sont là que pour les quinze premiers jours.
- 140 - P : Oui.
- Enquêtée : Et après ils sont rédirigé en MECS ou quoi donc nous on est un peu les deux en fait onc euh donc euh voilà donc après on va les garder le temps de trouver une solution plus pérenne c'est à dire soit un retour à domicile c'est ce qui est décidé par le jugement avec un accompagnement des parents ou pas soit un retour chez des tiers dignes de confiance soit un placement dans une assistante ... chez une assistance familiale ou dans ou dans un lieu de vie ou fin bref quelle que soit l'issue ou pour des jeunes majeurs ou des presque majeurs dans d'autres structures, etc donc on peut les garder quand même un petit moment ici par contre, nous du coup on n'est pas du tout l'ASE c'est à dire qu'une fois qu'ils sortent euh à moins qu'ils se retrouvent à revenir ce qui parfois arrive, on ... c'est plus nous nous on est un lieu de vie donc c'est pas nous qui suivons l'enfant sur toute sur toute son enfance avec un contrôle de comment ça se passe etc etc ça c'est la l'ASE quoi c'est le département.
- 145 - P : Oui oui.
- Enquêtée : Donc vous verrez est ce que c'est plus intéressant de voir des éduc du foyer ou des assistantes sociales de l'ASE sur la partie éducative et suivi à long terme ce sera à vous de voir mais c'est vrai que c'est pas nous qui faisons ça.
- 150 - P : D'accord.
- 155 - Enquêtée : Donc nous du point de vue santé on reçoit des enfants qui sont plus ou moins en bonne santé qu'on reçoit pour ces problématiques là ou pas c'est à dire qu'on peut recevoir des enfants qui sont passés par l'hôpital parce qu'il y a eu des maltraitances qui font que ils sont les ... le résultat des maltraitances c'est qu'ils sont en mauvaise santé
- 160 - P : D'accord.
- 165 - Enquêtée : Donc nous du point de vue santé on reçoit des enfants qui sont plus ou moins en bonne santé qu'on reçoit pour ces problématiques là ou pas c'est à dire qu'on peut recevoir des enfants qui sont passés par l'hôpital parce qu'il y a eu des maltraitances qui font que ils sont les ... le résultat des maltraitances c'est qu'ils sont en mauvaise santé

ça peut être aussi des maltraitances de type ... c'est pas forcément des violences
170 physiques ça peut être aussi des négligences éducatives ou de soins qui font qu'on reçoit
des enfants parfois même très jeunes qui n'ont pas eu de suivis pas de soins pendant très
longtemps voire avec des gros problèmes d'hygiène etc ... donc nous en fait même si
c'est pas nous qui allons les suivre à long terme ces enfants-là puisque l'idée c'est qu'ils
restent le moins de temps possible ici sur le moment où ils sont ici on va chercher à ...
175 à mettre en place déjà des éléments ... bas déjà pour euh des éléments immédiats de
bien-être et de santé pour eux mais aussi des espèce de ... de ... remettre en place une
alimentation adaptée un sommeil adapté une hygiène adaptée etc donc selon l'âge de
l'enfant on va travailler plus ou moins fin on va pas travailler de la même manière et
puis l'idée c'est tant que possible c'est travailler avec les parents ce qui n'est pas toujours
180 possible puisque ça dépend vraiment des situations dans lesquelles on se trouve des fois
on a des parents incarcérés, des parents qui ont disparu, des parents qui sont
injoignables, des parents qui sont complètement inaccessibles à ce genre de discussion
et puis des fois on a des collaborations très ... riches avec les parents puisque que déjà
ils comprennent que c'est pas nous qui décidons du placement de leurs enfants donc ça
185 permet d'avoir cette distance-là qui nous permet de discuter avec les parents du pourquoi
du comment de qu'est ce qui se passe à la maison, qu'est ce qui se passe ici, la réaction
de l'enfant, etc donc ça c'est l'idéal et ça arrive j'veux dire on a régulièrement des parents
qui sont en difficulté et qui reconnaissent leurs difficultés au placement de leurs enfants
et qui sont parfois preneurs de euh de discussions autour de la santé de leur enfant parce
190 que c'est ... j'veux dire ...

- P : Oui.

195 - Enquêtée : En général c'est des parents bienveillants c'est de parents qui sont en
difficulté ...

- P : Bien sûr.

200 - Enquêtée : qui sont en difficulté sociale ont en difficultés eux-mêmes de euh ...
sanitaires, etc donc en fait ils sont souvent preneurs de ça après des fois c'est dur de faire
la part des choses entre euh est ce que ils sont preneurs de ça ou est ce qu'ils nous disent
amen parce qu'ils savent que ça serait bien dans leur dossier et qu'on écrira aux juges
qu'ils ont suivi le truc on sait jamais on sait jamais ... on pourra jamais savoir voilà, des
fois on a notre opinion mais peu importe ... donc l'idée c'est vraiment de les faire adhérer
au maximum ... euh voilà.

205

- P : Oui.

210 - Enquêtée : Euh j'me suis un peu perdu ça c'est le fonctionnement général le
fonctionnement concret de la pouponnière c'est que ça va changer, ou peut-être ? en tout
cas pour le moment il y a quatre postes non pourvus euh d'infirmières il y en a alors
surtout des infirmières puéricultrices moi je suis la seule IDE de ... de la poupe euh les
autres sont puéricultrices donc il y a un poste a ... ce qu'on appelle le médical c'est à dire

215 qu'elle elle travaille donc c'est le poste que j'ai occupé pendant deux mois ... elle elle travaille avec le médecin et fait le tour c'est vraiment la coordinatrice et la ... et la référente du médical pour l'ensemble des enfants de la pouponnière elle travaille avec le médecin qui est à cheval sur le foyer la pouponnière.

- P : D'accord.

220 - Enquêtée : Il fait le tour de tous les groupes de vie parce que euh donc les enfants sont répartis dans quatre ... dans six groupes de vie a la pouponnière six de vie différents donc elle fait le tour de tous les groupe de vie elle voit quels sont les besoins y a des consultations, le médecin fait les consultations si besoin y a des visites médicales elle vérifie le suivi de la vaccination les mise à jour etc ... elle fait le point avec les parents
225 elle peut être amené à accompagner a des rendez-vous médicaux et elle fait le point des besoin de l'enfant en terme de soin soit parce qu'il a une otite soit parce que faut mettre en place un suivi neuro pédiatrique ça peut être vraiment euh fin je veux dire très large.

- P : Oui d'accord.

230 - Enquêtée : Voilà mais elle elle est vraiment focalisée sur le travail médical auprès des enfants la santé euh vraiment l'aspect santé ensuite y a trois infirmière puéricultrice qui sont ... euh qui sont référentes de situation c'est-à-dire qu'elles elles ont en charge chacune un certain nombre d'enfant en fonction des groupes de vie donc euh voilà et
235 elles suivent euh ... elles sont en soutient aux auxiliaires de puériculture qui s'occupe des enfants sur les groupes de vie.

- P : Ok.

240 - Enquêtée : Euh en soutient conseil et un peu encadrement en fonction du projet de l'enfant elles ont un vison vraiment général du projet de l'enfant une vision social donc elles sont en lien avec l'ASE avec euh ...

- P : D'accord.

245 - Enquêtée : avec accord avec le service *elle site le nom du service* qui est celui qui place les enfants et qui ... qui mène des enquêtes en fait éventuellement avec les PJJ mais enfin pas trop ici et avec le juge elles vont aux audiences etc ça c'est pour la partie sociale mais en fait elles font tout le lien parce que comme la santé c'est quand même
250 une vue globale de la situation de l'enfant elles font justement le lien entre tous ces domaines-là donc à la fois euh le ... le développement psychomoteur de l'enfant parce que ce que regarde aussi le médical faut pas se ...

- P : Oui oui.

255

- 260
- Enquêtée : ... se limiter à ça mais euh le développement psychomoteur de l'enfant euh s'il y a eu des difficultés effectivement médicales récentes etc et l'aspect social l'avenir de l'enfant le devenir de l'enfant et sur sa vie euh quotidienne ici à la pouponnière avec les auxiliaires puériculture.
- 265
- P : D'accord.
 - Enquêtée : Voilà ... au foyer c'est un peu différent on est deux infirmières depuis très peu de temps avant elle était toute seule ... euh pour s'occuper de l'ensemble des enfants euh qui sont beaucoup plus grands et qui sont encadrés par des éducateurs donc là on est pas sur les mêmes ... alors on est parfois sur les mêmes problématiques que à la pouponnière mais comme on a des plus grands on est aussi sur des problématiques de santé sexuelle, de psychiatrie, de voilà qui sont qui euh n'existent pas ici ... euh voilà et là on est aussi beaucoup sur des problématiques d'autonomiser les jeunes enfin sur les ados en tout cas de les autonomiser sur leur santé de faire avec eux quoi il s'agit pas d'aller acheter le test de grossesses vite fait et de le faire à sa place il s'agit vraiment de l'accompagner c'est pour ça qu'enfaite c'est beaucoup les éducateurs aussi qu'il le font donc l'infirmière est quand même sur les champs beaucoup plus restreints.
- 270
- P : D'accord.
- 275
- Enquêtée : Elle est pas ... fin plus restreint j'ai envie de dire plus ... ou plus large fin ça veut rien dire reste trop large mais elle est sur des champs plus euh on va dire plus à la demande elle est moins sur le quotidien enfaite voilà c'est ça.
- 280
- P : Ok.
 - Enquêtée : Voilà.
- 285
- P : Elle a eu combien de jeunes au total la structure a eu prés vous savez ou ...
 - Enquêtée : J crois qu'il y a une trentaine de places sur la pouponnière et une trentaine sur le foyer.
- 290
- P : D'accord ok, euh est ce que y a un bilan santé qui est réalisé à l'arrivée de chaque jeune ou enfant ?
 - Enquêtée : Oui alors en fait ça c'est même je me demande si c'est même pas une obligation légale faudrait vérifier mais en tout cas à chaque arrivée d'enfants y a effectivement une visite médicale qui est faite alors on essaie de la faire le plus rapidement possible euh au foyer on essaie de viser dans la semaine puisqu'on arrive pas à faire mieux mais je me demande si l'obligation légale c'est pas moins
- 295

300 - P : D'accord.

- Enquêtée : Mais bon on y arrive pas enfin voilà ... et à la pouponnière on le fait moins par contre voilà parce que enfaite sur des tout petits il peut y avoir des choses euh extrêmement urgentes à voir.

305 - P : Oui.

- Enquêtée : Par contre ça c'est le bilan médical on s'arrange pour qu'au moins l'infirmière voit les enfants beaucoup plus tôt c'est à dire qu'au foyer si on sait que ... y va pas pouvoir les voir avant cinq jours ben nous on va s'arranger pour les voir dans les deux premiers jours vérifier que justement il y avait quelque chose d'urgent euh etc à la pouponnière on fonctionne un peu pareil sauf que comme le médecin passe quasi tous les jours à la pouponnière on peut toujours s'arranger pour qu'il vienne si l'enfant arrive dans le week-end s'il arrive au début du week-end il y a une infirmière d'astreinte qui va ... qui va s'arranger pour aller voir l'enfant qui vient d'arriver là c'est vraiment pour pallier au truc d'urgence ... par exemple si l'enfant a un traitement déjà s'il vient avec son propre traitement.

Son téléphone sonne

320 - Enquêtée : Excusez-moi.

- P : Pas de soucis !

325 - Enquêtée : Euh ... s'il vient avec son propre traitement euh ... il faut pouvoir le remettre en place sur la pouponnière donc il faut que ... ça pour le mettre en place il faut que ce soit une infirmière euh fin voilà bon ça ça peut être des choses immédiates ... ensuite sur le bilan de santé fin la visite médicale que fait le médecin il l'a fait conjointement avec une infirmière et effectivement il y a un bilan médical qui est fait dans lequel on évalue euh ... le bon état général de l'enfant son état son développement ses stades de développement psychomoteur, son état psychologique, euh les événements ... euh les choses physiques qu'on peut voir aussi je ne sais pas moi est ce qu'il a un heritum fessier fin ça peut aller de leur heritum fessier à une suspicion de fracture mais fin bon euh en général ... fin on peut voir aussi si des syndromes de bébé secoué tout ça des choses plus graves mais moi j'ai jamais vu ça en général quand des enfants arrivent avec ça ils arrivent des urgences.

335 - P : Oui.

340 - Enquêtée : Du coup ça a déjà été traité entre guillemets aux urgences euh mais j'imagine que ça pourrait arriver sinon ... euh il y a donc cette évaluation-là on fait un point sur la vaccination euh on a pas toujours le carnet de santé hein on en a plus à la pouponnière

que au foyer, au foyer on en a quasiment pas ... je pense qu'il y a plus d'années
potentielles ou le perdre.

345

- P : Oui.

Elle rit

350

- Enquêtée : Voilà ... euh voilà ... on fait le point sur voilà ... une fois que le placement est maintenu par le juge au bout de quinze jours-là, on va plus creuser par exemple là je parlais du carnet de santé ... bon on ne va pas euh essayer d'aller le chercher dans les quinze premiers jours parce que si l'enfant retourne chez ses parents ... fin voilà par contre euh ...

355

- P : Oui vu qu'il y a du placement d'urgence...

- Enquêtée : Oui ça arrive que l'enfant retourne chez ses parents.

360

- P : Oui oui.

- Enquêtée : Euh Donc voilà, donc il va euh après les quinze jours, on va plus creuser le... chercher le carnet de santé. Si on a eu vent d'examen ORL ou de bilans neuro etc dont nous on a pas les résultats, on va essayer d'aller les chercher ces bilans la ! soit auprès des parents, soit auprès du service qui a fait le bilan. Hein, ça fait partie du secret médical partagé. Voilà, donc on peut...on va, on va creuser plus sur ça. Après voilà, quand on tous les enfants, quand il arrive effectivement une visite médicale avec un bilan qui est fait.

365

370

- P : Ok, ok c'est toujours systématique ou parfois vu que vous êtes en sous effectif etc.....

- Enquêtée : Non non, c'est systématique ... c'est systématique ... Non non ça c'est systématique, on ne peut pas en faire l'impasse. C'est le truc sur lequel même en sous-effectif, c'est pas là-dessus qu'on grapille. Par contre, ça peut prendre un peu de délai. Ce que je disais sur le foyer ...

375

- P : D'accord.

380

- Enquêtée : ... Sur le foyer, ça peut au lieu d'être dans les 48 h, être dans les cinq jours quoi ! Mais euh mais par contre non, on fait pas l'impasse sur ça, c'est pas possible.

- P : Ok, ça marche. Euh du coup l'association est ce qu'elle a des projets en cours ou à venir autour du parcours de santé ? De la santé ?

385

- 390
- Enquêtée : Alors oui, c'est moi, c'est sur ça que je suis coordinatrice, c'est sur le programme *elle cite le nom du projet*. C'est un programme qui a été mis en place au niveau national. Pour l'instant, il y a une dizaine de pouponnières qui sont un peu pilote du projet.
- 395
- P : Ok.
 - Enquêtée : Euh parce que pour l'instant c'est un projet à l'essai donc qui est financé par la CPAM et qui ... voilà selon les résultats, qui sera généralisé ou pas, s'est mis en place petit à petit. Parce que fin voilà, c'était essayé va être quand même un peu long, parce que l'idée, justement, c'est quand même le suivi des enfants confiés au-delà du placement en pouponnière. C'est à dire qu'on se rend compte que quand même, d'une part, les enfants placés ont Ont souvent des ruptures de soins dans leur parcours de santé, liés... bas lié au fait qu'ils peuvent changer de lieu de vie, changer de référent éducatif, etc, et que c'est un des motifs du placement étant les défaillances éducatives ou la maltraitance. Et ben évidemment euh ça fait que parfois il y a des ruptures de soins, etc. Et puis aussi que quand même, on a quand même beaucoup de personnes en situation sociale euh critique et que du coup ces personnes-là ont beaucoup plus fin les parents je veux dire ont eux-mêmes des difficultés d'accès aux soins, donc forcément, ça, ça repose aussi sur ... en grande partie sur les enfants, parce que bon, ils peuvent... Ce programme, c'est pour tous les enfants qui sont passés un jour par une structure d'accueil.
- 400
- P : D'accord.
- 405
- Enquêtée : ... de l'ASE après, mais quand ils sortent, même si... Donc voilà. Donc l'idée c'est d'essayer que sur leur première année, sur leurs jeunes années, il y a un suivi euh plus constant euh des soins. Donc c'est ça la grande idée du programme *elle cite le nom du projet* et que par ailleurs il faut qu'il y ait un suivi plus constant euh Sur les premières années aussi parce qu'on sait que les soins précoces sont plus efficaces que les soins tardifs. C'est à dire qu'un problème psychomoteur ou quoi, plus il est pris tôt chez l'enfant, mieux c'est. Pareil pour la psychologie c'est des enfants qui vivent forcément des traumatismes hein euh traumatisme au sens propre, c'est à dire un changement brut etc. Donc euh donc, et plus on permet à l'enfant de traiter cette information par des entretiens psychologiques, etc, plus il a de chances euh de réussir à s'en sortir avec cette histoire compliquée.
- 410
- P : Ok.
- 415
- Enquêtée : Mais c'est pareil j'ai envie de dire sur des maladies qui seraient décelées plus précocement ou des choses comme ça. Donc on se rend compte que bas voilà les enfants placés souvent on les deux. facteurs de risques cumulés la rupture de soins, la rupture de suivi, faute de professionnels de santé partout, a fortiori dans des milieux sociaux défavorisés. Et euh et parce qu'il change tout le temps de référent éducatif et euh aussi
- 420
- 425

430 euh hum c'est des enfants qu'auraient encore plus besoin quelque part de soins précoces
qu'ils n'ont pas. Donc l'idée de ce programme c'est ça de permettre et le soin précoce
et le suivi régulier de l'enfant euh voilà donc le principe c'est que tous les enfants qui
rentrent à la pouponnière entre 0 et 5 ans devraient être intégré à ce programme bon
faut, nous... nous ça se met en place hein tout juste donc c'est un peu compliqué euh
435 on peut pas dire que tous nos enfants y soient y a des pouponnières où c'est le cas hein
....

- P : Ok.

440 - Enquêtée : ... tous les enfants qui rentrent euh sont systématiquement intégrés à ce
programme et euh du coup dans le cadre de ce programme ils vont être suivis pendant
7 ans par euh par le programme fin jusqu'à leur 7 ans pardon par le programme qui
propose euh donc un médecin formé au programme, un médecin généraliste formé au
programme ce qui peut être un avantage quand on a du mal à en trouver par exemple les
445 assistants familiaux ont parfois, donc assistants familiaux c'est familles d'accueils hein.

- P : Oui oui.

- Enquêtée : Ils ont leur propre médecin généraliste parfois mais euh ...

450 *J'éternue*

- P : Pardon !

455 - Enquêtée : Pas de soucis à vos souhaits ! Euh et euh parfois ils ont pas de place et du
coup qu'on leur dise euh enfaite cet enfant sera traité par ce médecin ça peut aussi les
arranger et du coup ils ont un médecin traitant qui leur est propre l'enfant, l'idée c'est
qu'il soit suivi ou que par exemple un enfant qui serait placé en famille d'accueil euh
dans le Nord Isère et puis qui revient dans sa famille à Échirolles euh il pourra plus être
460 suivi par le médecin du Nord Isère mais que ce médecin-là étant intégré au programme
elle cite le nom du projet s'adressera à la coordination locale euh c'est-à-dire moi en
l'occurrence euh pour qu'il soit suivi à nouveau par un autre médecin plus accessible
aux parents donc voilà.

465 - P : Et qui fait aussi partie euh du programme.

- Enquêtée : Euh oui qui fera aussi partie du réseau.

- P : Ok.

470 - Enquêtée : Ce que le médecin a à faire dans ce programme du coup ce que ça permet
c'est donc cette continuité puisqu'il y a quelqu'un qui coordonne cette continuité là et
aussi euh que les enfants euh aient accès à des soins psychomoteur fin de

475 psychomotricité ou de psychologie remboursés parce que normalement c'est des soins
qui sont pas remboursés par la Sécu. Donc là ceux qui font partie de ce programme
peuvent avoir ces soins-là remboursés par la Sécu euh voilà et y avait autre chose ... et
les médecins et les parents doivent remplir des échelles de développement à chaque
bilan médical alors en fait tous les enfants hein en France ont eux des bilans médicaux
obligatoire dans le programme *elle cite le nom du projet* y en a 4 de plus euh et euh
480 à chaque bilan médical est proposé de remplir une échelle de développement qui
s'appelle ASQSE qui sont des ... je vais vous en filer des exemplaires si vous voulez.

- P : Ah oui avec plaisir !

485 - Enquêtée : Euh ... *Elle sort les documents* donc ça par exemple c'est le ASQ-3 donc
ça c'est le développement euh ... les étapes de développement psychomoteur en gros et
puis y en a un autre ASQSE qui plus sur les émotions donc ça c'est un des ... une des
voilà...

490 - P : Merci !

- Enquêtée : Chaque échelle est prévue fin pour chaque bilan est prévu une échelle
adaptée à l'âge.

495 - P : D'accord.

- Enquêtée : Donc c'est assez long à remplir ça s'adresse aux parents de fait ça s'adresse
en fait aux ... euh à la personne qui a l'enfant en charge au quotidien donc l'assistant
familial, les auxiliaires de puériculture ici etc. pour voir un peu ce dont est capable
500 l'enfant. Ce qui est intéressant ... c'est un peu long hein fin c'est un peu long c'est
précis y a pas mal de questions etc...

- P : Hum hum.

505 - Enquêtée : Ce qui est intéressant quand même c'est que aussi ça permet des fois de ce
dire ah mais tiens mon enfant pourrait faire ça je lui ai jamais proposé je sais que j'ai
vu des auxiliaires de puéricultures dont la question c'était est-ce qu'il peut tenir un
stylos, elles m'ont dit bah je sais pas on lui a jamais mis de stylo dans les mains donc
ça permet de se dire ah bah oui c'est vrai ça y est fin de feutre de ou de crayon

510 - P : Ah oui hum hum ...

- Enquêtée : L'enfant a cette capacité là et on peut lui proposer tout ça voilà.

- P : Hum hum.

515

- Enquêtée : Donc à l'issu de ça y a un score parce que c'est une échelle mais au-delà de ça ce qui est intéressant c'est que nous par exemple ces questionnaires sont analysés par la psychomotricienne ou la psychologue.

520 - P : Ok.

- Enquêtée : Et ça permet d'essayer de comprendre voilà ce que ce qu'a l'enfant.

- P : Ok.

525

- Enquêtée : Donc voilà le gros projet de euh de la pouponnière pour être honnête euh moi j'attends de voir ce que ça peut donner je trouve que dans l'idée c'est super.

- P : Hum hum.

530

- Enquêtée : Dans les faits je trouve euh le questionnaire est pas très accessible je me demande vraiment les auxiliaires de puériculture elles le font parfois elle nous le demande de l'aide pour remplir mais globalement elles y arrivent mais elles ont été formées ... et elles sont dans le cadre du travail elles sont auxiliaire de puériculture j'ai quand même de gros doutes sur les capacités des parents à remplir ça.

535

- P : Oui.

- Enquêtée : Tant que les enfants sont chez les assistants familiaux eux aussi c'est des professionnels donc euh j'me dis que euh ils le feront et que ils hésiteront pas à faire appel à moi si y a des difficultés là ça y est on a un enfant qui est sortie par exemple j'ai rencontré l'assistante familiale à mon avis elle hésitera pas à m'appeler si elle a des difficultés etc. mais les parents j'ai un doute c'est-à-dire que moi-même en tant que parent si on m'avait donné ce dossier avec je ne sais combien de questionnaires à remplir tous les euh tous les mois au début et euh tous les 6 mois à la fin.

545

- P : Ah ouais !

- Enquêtée : Et bah je sais pas si je l'aurais fait voilà donc euh j'ai un gros doute là-dessus sur est ce que euh ...

550

- P : Oui.

Son téléphone sonne elle répond

555

- Enquêtée : Excusez-moi.

- P : Non y a pas de soucis !

560 - Enquêtée : Euh ... Voilà moi j'ai un doute sur ça est ce que vraiment le questionnaire est adapté je j'ai aucun doute sur le fait qu'il est adapté à l'enfant et qu'il est intéressant pour un professionnel ça euh vraiment aucun je pense que effectivement les questionnaires sont très bien faits etc. j'ai plus de doutes voilà sur euh vraiment est-ce que les est ce que ça va vraiment être une aide ... pour inciter les parents à suivre ... si
565 ils sont chez un assistant familial ou dans un groupe euh dans un lieu de vie oui probablement si ils retournent chez leurs parents j'ai vraiment beaucoup de doutes euh ... Les autres pouponnières racontent qu'effectivement quand les enfants sont placés ailleurs ils arrivent à suivre etc. Un ou deux euh ... fin des fois les parents effectivement font appel à la coordination locale parce que ça les intéresse parce que ils ont vraiment
570 envie de se remettre dans le truc et et qu'ils s'appliquent euh en tant que parents donc sans doute plus que des parents dont les enfants n'ont pas été placés hein.

- P : Oui.

575 - Enquêtée : Donc euh donc c'est possible dans ce cas-là si c'est un appui pour les parents je trouve ça vraiment super voilà mais j'ai ce questionnement-là par ailleurs bah du coup ça nécessite quand même de créer un réseau local que nous on a toujours pas créé bon ça se fait apparemment dans d'autres départements donc euh je vois pas pourquoi ça se ferait pas chez nous mais c'est vrai que avec la pénurie de soignant je
580 pense que euh c'est pas euh c'est pas évident.

- P : Oui.

- Enquêtée : Voilà après que pour les enfants placés ils faillent une force de combat
585 supplémentaire pour trouver des soignants à l'extérieur probablement donc ça de ce point de vue là aussi si le réseau permet ça c'est très bien euh ... voilà après moi je me demande si ... c'est toujours un peu pareil dans le social hein c'est-à-dire que moi je pense à la base ce qu'il faut pour que les enfants placés soient mieux suivis c'est un accompagnement parental et que euh finalement le temps de travail que j'ai ici sur ce
590 réseau-là euh j'espère qu'il sera efficace sur une plus grande échelle parce que euh sinon je me demande si ça serait pas mieux de faire du suivi d'accompagner les enfants par la main ça peut pas être la pouponnière qui le fait hein faut que ça soit des travailleurs sociaux et tout ça et c'est fait et y a des choses qui sont en places et ça suffit pas euh
595 voilà moi je euh c'est toujours pareil est ce que c'est un pansement ou est-ce que c'est vraiment une aide euh j'attends de voir le résultat mais c'est pour ça que c'est pilote hein c'est ...

- P : C'est un projet tout neuf il a pas encore été évalué en fait.

600 - Enquêtée : Voilà !

- P : Ouais.

- 605 - Enquêtée : Est-ce qu'il y a besoin d'une structure a donc qui euh qui suit les parents ou pas moi je suis récente aussi dans le métier donc je laisse euh ça c'est je vous donne mes doutes mais j'ai absolument pas de euh jsuis trop récente dans le métier pour euh.
- P : Oui.
- 610 - Enquêtée : Pour en juger euh ...
- P : Oui bien sûr.
- 615 - Enquêtée : J'imagine que si ils ont mis si en place fin j'ose espérer en tout cas *elle rit* que si ils ont mis ça en place c'est qu'à un moment ça répondait à un besoin au-delà du suivi par l'ASE par euh je sais pas qui par des parents.
- P : Hum hum.
- 620 - Enquêtée : J'veux dire ... quand les mesure d'accompagnement éducative en milieu ouvert les parents sont pas laissé dans la nature donc euh voilà.
- P : Ok.
- 625 - Enquêtée : Mais ça se serait dans un monde idéal malheureusement les moyens dans le social et le médical font que euh bah c'est pas assez y a pas assez de choses pour permettre de suivre quoi et voilà ... là on est en plein dans les familles qui sont dans ces difficultés là à se repérer dans euh qui aller voir est ce qu'il faut aller aux urgences ou as qui euh à qui faire appel et qui du coup se font rejeter de différents espaces fin faut être clair parce que ils sont compliqué donc voilà donc je euh ... si ça ça peut permettre que au moins l'enfant ait son propre réseau de soin ... tant mieux voilà.
- 630
- P : Oui. Oui oui c'est sûr.
- 635 - Enquêtée : Voilà.
- P : Ok ça marche, je peux le garder ?
- Enquêtée : Oui oui j'en ai ...
- 640 - P : Super merci beaucoup. Euh combien d'enfants est ce que vous suivez vous ?
- Enquêtée : Dans ce réseau-là vous voulez dire ?
- 645 - P : Euh ici, au sein de la pouponnière.

- Enquêtée : Y a une trentaine de places donc après euh c'est très variable j'sais pas vous dire à l'instant T.
- 650 - P : Par infirmière c'est réparti euh ?
- Enquêtée : Alors euh bah y a l'infirmière médicale qui suit euh l'ensemble des enfants.
- P : Ok.
- 655 - Enquêtée : C'est une mission transversale et les référentes de situations elle se répartissent les six groupes donc euh ... euh ... *elle réfléchit* ça fait à peu près 5 places par groupe fin en moyenne parce qu'enfaite c'est plus compliqué que ça mais euh ...
- 660 disons qu'y a des enfants qui demandent de suivi que d'autre quoi jsais pas comment vous dire fin y a des enfants là y a une enfant qui est placée on va demander un renfort parce que elle a des grosses difficultés ...
- P : Hum hum.
- 665 - Enquêtée : Euh voilà euh y faudrait euh ça dépend des situations mais globalement les référentes de situation elles ont deux groupes chacune donc une dizaine d'enfants chacune.
- P : D'accord.
- 670 - Enquêtée : Mais c'est vraiment une moyenne parce que ça dépend ... en plus nous ici on a pas que des enfants confiés on a aussi des pupilles de fin ils sont aussi confiés mais on a des pupilles donc des enfants qui sont nés sous le secret et qui sont placés ici en attendant leurs adoptions donc voilà c'est un autre travail et c'est ... normalement c'est
- 675 l'infirmière du médical qui le fait qui suit parce que c'est avec un autre service que l'ASE ... fin voilà c'est avec le service adoption faut aller les chercher en maternité mais comme là on est en sous-effectif c'est un peu la personne qui peut qui s'occupe d'aller les chercher ... puis c'est une assistante sociale qui a la référence des pupilles. Mais donc euh celle qui a les groupes où y a les pupilles puisqu'on a plus ou moins des
- 680 groupes d'âges ça dépend parce que y a des fratries etc mais ... on a plus ou moins des groupes d'âges celle qui a les bébés pupilles par exemple elle a son groupe moins quelques enfants donc en ce moment y en a trois quatre ça fait plutôt vingt-cinq enfants placés hum.
- 685 - P : Ok d'accord euh est ce que au niveau du nombre d'enfants que vous suivez vous pensez que c'est trop élevé ou euh que c'est correct suffisant fin que c'est assez bien réparti et que vous avez pas euh comment vous expliquer jsais pas si ma question est claire.

- 690 - Enquêtée : Si euh bah jsais pas on peut le prendre de deux points de vue enfaite on peut prendre qu'est ce qui serait mieux pour les enfants et du point de vue de l'organisation du travail, du point de vue de l'organisation du travail on est clairement en sous-effectif moi depuis que je suis là y a pas une seule fois où on a été le nombre prévu d'infirmière.
- 695 - P : Ok.
- Enquêtée : Donc euh je sais pas comment ça fonctionne à quatre infirmière est ce que euh ça suffit comme effectif j'peux pas vous dire parce que je l'ai jamais vu.
- 700 - P : Ok.
- Enquêtée : Euh ... Et que euh ... y a peu d'infirmière ancienne ici fin bref j'vous passe les détails mais y a beaucoup de Turn Over et d'arrêts et tout ça donc on est tout le temps en sous-effectif chronique donc là clairement c'est pas assez fin on est en sous-effectif chronique donc là clairement c'est pas assez enfaite y a pas de système de remplacement prévu y a pas voilà et par ailleurs y a un projet de réorganisation jsais pas si y verra le jour parce que à mon avis y pourra pas fonctionner mais bon voilà donc euh de ce point de vue-là du point de vue effectif c'est clair qu'on est pas assez nombreux parce que on est jamais le nombre prévu donc voilà ...
- 705
- 710 - P : Ok.
- Enquêtée : Moi je suis en plus là jsuis en plus parce que sur la pouponnière maintenant jsuis que sur le programme *elle cite le nom du projet* pour développer le programme *elle cite le nom du projet* et le mettre en place.
- 715
- P : D'accord.
- Enquêtée : Que là ça y est les enfants rentrent enfin de manière plus systématique dedans les premiers enfants qui sortent mettent en place le réseau local de suivi à la sortie de la pouponnière donc voilà donc moi je suis en plus de ces quatre-là normalement euh ... Même de fait hein j'avoue que je prends pas leur poste on s'y refuse sinon ça marchera pas euh ... Voilà sur les auxiliaires je sais pas vous dire je sais qu'y a aussi pas mal d'arrêts qu'elles ont du mal à se remplacer que ça tourne beaucoup euh du coup y a beaucoup de nouvelles tout ça et du coup c'est très usant pour les équipes parce que faut tout réexpliquer que du coup on avance pas sur les projets qu'on veut mettre en place euh par exemple y a des projets d'alimentation et tout ça qui marchent pas.
- 720
- 725
- P : Hum.
- 730 - Enquêtée : Pour les enfants ... j'ai pas beaucoup de recul ici on est censé être un lieu d'accueil d'urgence donc y sont censé pas y rester longtemps donc on peut pas avoir la même exigence que sur un placement à long terme.

- 735 - P : Oui.
- Enquêtée : Euh ... c'est sur euh malheureusement on a des enfants qui restent beaucoup trop longtemps ici et euh c'est forcément insatisfaisant un bébé qui vit H24 en collectivité même un enfant ... c'est forcément insatisfaisant donc euh le projet
- 740 d'établissement et les professionnels font leur maximum pour que ça se ressente pas mais c'est forcément le cas, il est forcément euh accueillie par des professionnels j'y pensais tout à l'heure parce que quand j'arrive le matin je vais dire bonjour à tous les groupes et euh une professionnelle à qui fin voilà une auxi à qui je dis bonjour on discute je lui demande comment ça va et elle me dit boh tous les bébés de son groupe son malade
- 745 bon j'exagère mais y a beaucoup de malade du coup c'est compliqué y a beaucoup de boulot y a beaucoup de couches à changer souvent des choses comme ça bon rien de grave mais ... et ... donc on rigole je lui dis bon ça va ouais bah je reprends après une semaine de congé euh finalement j'y serais bien retourné en rigolant qu'y est du boulot mais sauf qu'enfaite les enfants sont ... sont à côté donc enfaite même si c'était pas ...
- 750 clairement la manière dont elle le disait était très bienveillante elle était en train de faire un câlin à un enfant et y avait absolument ... Enfaite ...
- P : Oui.
- Enquêtée : J'y ai pensé j'me suis dit bah là on devrait pas dire ça devant l'enfant.
- 755
- P : Hum.
- Enquêtée : Parce que on sait pas comment y peut le prendre ... bon là c'était vraiment un tout petit qui était là j'ai tendance à penser que ce qui comptait c'était le ton et que
- 760 le ton était absolument pas agacé voilà.
- P : Oui.
- Enquêtée : Euh parce que c'était vraiment une blague ... euh voilà ... mais euh mais bon quand même j'ai pensé que c'était pas terrible et que même si c'était pour dire oui ça va j'ai passé de bonnes vacances etc on peut pas s'en empêcher je veux dire nous aussi faut qu'on puisse vivre notre métier ici quoi et donc nos rapports entre collègue et tout ça, on va pas faire semblant d'habiter ici mais ce que je veux dire c'est que les enfants au-delà de la maladresse de dire ahah j'avais pas envie fin voilà y a pleins de
- 770 gastros je m'en serais passé euh ce qui ça voilà bon ... On va pas faire semblant de vivre ici les enfants savent que le soir on rentre chez nous et qu'ils vont avoir quelqu'un d'autre.
- P : Bien sûr.
- 775
- Enquêtée : Et que ils ont une rotation de professionnels donc déjà ils sont pris en charge par des professionnels donc aussi maternante soient elles aussi bienveillantes soient

- elles et aussi aimantes soient elles les enfants vont s'attacher à ces professionnelles mais ça reste des professionnelles enfaite qui effectivement vont partir quinze jours en vacances vont ... voilà vont changer de boulot et sont là à titre professionnel donc effectivement c'est très très particulier quand même ça pour des enfants donc le plus la structure d'accueil ressemble à une maison le mieux c'est ... parce que on pourra jamais faire complètement donc à mon avis faut pas qu'ils soient trop nombreux. Ici les groupes de vie permettent quand même de ... de faire qu'y a des petits espaces à pas nombreux
- 780
- 785 ça ressemble un peu à des grandes fratries voilà les groupes de vie euh voilà après y a la problématique est ce que on accueille les frères et sœurs ensemble ou pas est ce que c'est possible ou pas le problème c'est qu'ici s'est pensé pour un accueil court et que malheureusement les possibilités de l'ASE font que des fois on les accueille pour trop longtemps ... et que donc cette vie en collectivité même si on la limite par le petit
- 790 nombre d'enfant sur les groupe par voilà les enfants le subissent quand même et ... après voilà c'est des petits espaces on a fait en sorte que ça ressemble à des maisons avec des chambres une cuisine un salon fin voilà que ça ressemble un peu à un espace de vie voilà que ça soit pas hospitalier avec un couloir ...
- 795
- P : Oui que ça soit convivial sécurisant ... Ok.
 - Enquêtée : Voilà mais euh ça sera jamais comme ... c'est pas l'idéal c'est sûr.
 - P : Oui ok ... Euh quels sont ...
- 800
- Enquêtée : Après du point de vue juste pour finir du point de vue santé ...
 - P : Oui bien sûr !
 - Enquêtée : ... Du point de vue santé ça n'a pas d'impact fin je pense c'est-à-dire que si on était assez nombreux si y avait un médecin en plus par exemple et euh des infirmières disponibles pour suivre le médical ... enfaite on le fait là on suit le médical on suit le point de vue vraiment santé ce qui manque c'est euh ... on suit l'immédiat évidemment les enfants sont pas euh on loupe pas des choses j'pense pas vraiment pas euh ... voilà les enfants sont bien soignés euh ici par contre c'est sur le long terme qu'on peut pas
- 805
- 810 mettre les choses en place travailler avec les parents sur l'alimentation quand l'enfant retourne ... avoir des améliorations sur le projet alimentation sur le projet sommeil etc tout ça on peut pas faire parce que on est pas assez nombreux quoi. Et le suivi avec le social et tout ça fin on pourrait faire mieux notre travail et du coup là on fait que le médical stricto mais la santé c'est pas que ça quoi.
- 815
- P : Ok, ok d'accord. Quel est le ou les professionnels qui sont mobilisés pour l'accompagnement aux consultations est ce que c'est que vous qui les faites les rendez-vous extérieurs ?
 - Enquêtée : Hum alors ça s'est pas pareil au foyer et ici euh ici c'est les infirmières au
- 820
- foyer ça peut être les éducés ça dépend du type de consultation que c'est si y a un aspect un peu technique et euh un peu compliqué à suivre soit un suivi sur le long court qu'est

- un peu complexe ... je sais pas moi en diabète euh des choses comme ça soit un suivi euh ponctuel qui nécessite quand même une présence infirmière ... quel exemple je pourrais vous donner euh ... euh ... une première consultation pour un bilan ORL ou je
- 825 sais pas des choses comme ça ...
- P : Hum hum.
 - Enquêtée : ... Ça peut être l'infirmière.
- 830
- P : Ok.
 - Enquêtée : Euh si c'est euh du suivi régulier ou du soin courant ça va être les éducateurs euh à la pouponnière voilà c'est infirmière ouais.
- 835
- P : D'accord euh qu'est-ce que vous pensez du suivi de santé euh de ces jeunes qui sont accueillies ici ?
 - Enquêtée : C'est-à-dire est-ce que je pense que c'est bien fait ?
- 840
- P : Euh ouais.
 - Enquêtée : Bah c'est ce que je vous disais moi je pense que oui c'est bien fait c'est-à-dire qu'on reçoit quand même faut imaginer l'ampleur de la chose quoi que des fois on reçoit des jeunes où y a énormément de choses à faire on reçoit des jeunes des enfants des bébés qui sont dans un ... dans ... alors des fois qui ont été très bien ... qui sont pas malades qui sont en bonne santé du point de vue voilà ... y va y avoir un bilan de santé psychologique à faire voilà souvent auquel on y échappe pas quoi ... mais ça c'est bon y a des psychologues hein des psychomotriciens etc mais des fois du point de vue santé on part vraiment de loin euh et on part aussi de loin alors si l'enfant est en bonne santé stricto sensu il a eu tous ses vaccins il est pas euh il a pas de problème de santé il a été suivi par un médecin il a été suivi par un dentiste etc euh parfois on va quand même avoir un enfant qui a pas du tout d'habitude de sommeil ou d'habitude de alimentaire donc ça y va falloir le mettre en place et c'est un travail de collaboration entre l'éducateur et l'équipe infirmière donc ça c'est vraiment un gros travail des éducateurs mais nous aussi on peut avoir notre mot à dire et largement hein en tant qu'infirmière et ça fait partie de la santé aussi et bah ça c'est ce que je vous disais c'est le ... je peux pas faire de généralité ou dire que c'est mal fait je dis juste que plus on sera en ... moins on sera staffé moins bien se sera fait quoi y a pas photo quoi on est obligé de euh de faire ce qui est l'urgent le nécessaire être là pour les vaccins pour les emmener à l'hôpital je sais pas quoi ... et du coup c'est ça qui va passer à la trappe si on est en sous-effectif.
- 845
- 850
- 855
- 860
- P : Oui.

- 865 - Enquêtée : Alors j'ai l'impression que pour l'instant c'est fait euh au foyer c'est encore un peu différent parce que c'est aussi des projets qui sont portés par les éducateurs donc euh voilà ça peut être fait mais sauf que si au foyer c'est porté par les éducateurs et que les infirmières sont plus du tout disponibles pour ça bah je pense qu'on passe à côté d'un truc c'est-à-dire que le regard médical ça va pas être le même sur le sommeil que le regard éducatif donc y a besoin de croiser les deux.
- 870 - P : Bien sûr.
- Enquêtée : Et ça sera de meilleure qualité si y a les deux.
- 875 - P : Hum hum.
- Enquêtée : Euh à la pouponnière c'est un peu pareil ou bien on va pas avoir le temps de mettre en place le suivi alimentaire comme on le souhaiterait etc donc voilà c'est des choses qui vont être moins bien faites au fur et à mesure et on s'en rend pas compte euh c'est-à-dire que là les professionnelles s'en rendent compte c'est pour ça qu'elle craque un peu c'est pour ça que certaines en ont marre et sont parties c'est qu'elles avaient pas envie de se retrouver à moins bien faire leur boulot donc là elle continue à très bien le faire euh c'est juste que là y a une alerte quoi euh ... sur le risque de voilà de perdre cette amélioration ... Après on est un foyer comme je disais hein on est un foyer temporaire c'est-à-dire que c'est pas nous qui allons ... nous on sème de graines enfaite.
- 880 - P : Oui.
- 890 - Enquêtée : Voilà on sème des graines sauf que comme on sait pas combien de temps on va avoir l'enfant bah rien ne nous empêche de le faire que y a des choses qui faut entendre plusieurs fois dans la vie pour que ça finisse par pousser donc euh ... et de plusieurs manières donc on va euh ... enfaite y faut que ce placement pour l'enfant ça soit une chance euh c'est un traumatisme mais faut aussi que ça soit une chance donc euh on va essayer de lui proposer tout ça ... après moi je pense que ... est e que c'est bien fait ... moi j'ai plein ... déjà en quelques mois j'ai pleins d'idées sur euh sur ce qu'on pourrait faire autrement mieux etc etc mais comme toutes les professionnelles d'ici on a toutes plein d'envie de faire mieux et on manque de temps de moyens de euh ... parce que le temps c'est aussi de se poser et de se mettre d'accord par exemple ...
- 900 - P : Hum hum.
- 905 - Enquêtée : Et que moi j'arrive comme un cheveu sur la soupe euh j'ai besoin d'entendre euh pourquoi y font comme ça et d'amener mes billes si j'en ai etc mais ça ça veut qu'il faut du temps ça fait une semaine que ça traîne cette histoire et j'ai pas eu le temps de

leur en parler quoi ... de l'évoquer donc euh ... donc voilà moi c'est là-dessus je pense
910 qu'il y a un soucis et que petit à petit ça risque de euh ... fin on s'en rend pas compte
quoi. Après voilà quand on part de très loin et qu'on arrive à faire des petits pas voilà
avec des enfants qui pour le coup arrivent en très mauvaise santé qu'ont pas été suivi
qui ont un défaut d'hygiène énorme euh et tout ça on peut pas d'un coup euh en trois
915 mois six mois les rendre tout propre niquel ça a pas de sens voilà ... ça pas de sens ...
donc euh on travaille petit à petit on essaie de trouver puis nous aussi on fait face à la
pénurie de euh de soignants hein parce que nous ont fait appel ... alors d'accord des
fois on a un peu des entrées des fois c'est l'inverse parce que comme c'est très
920 compliqué on annule des rendez-vous des fois on oublie d'annuler des rendez-vous
parce que on est avec un public compliqué ... donc y a des médecins qui veulent plus
travailler avec nous ... fin pas des médecins mais bon ... ça arrive c'est plus compliqué
mais c'est vrai que des fois on a nos entrée voilà des fois à l'hôpital on a le numéro ils
nous connaissent on a des rituels de prise de rendez-vous etc ils savent que l'enfant a
925 été vu par un médecin et une infirmière que donc y a une raison pour la prise de rendez-
vous ... donc on a peut-être un peu plus de facilité que le grand public mais pas tant que
ça quoi donc nous aussi on est confronté à bah tien pour tel enfant y faudrait un bilan
ophtalmo le bilan il a lieu six mois après puis l'enfant y sort quoi ... il est plus chez
nous donc nous on transmet l'info qu'il a un rendez-vous chez l'ophtalmo mais ... est
ce qu'il y va ...

-

930 *Elle marque un grand temps de pause*

- Enquêtée : Mais ça c'est pas de notre ressort quoi c'est pas de notre fait et on passe
beaucoup beaucoup de temps à prendre des rendez-vous quoi ... Voilà.

935 - P : Ok ... Est-ce que vous avez un budget euh pour ... un budget santé pour chaque
enfants ou groupes ou c'est pour euh l'institution entière ?

- Enquêtée : Euh ... Non on a pas de budget spécifique santé parce que enfaite nous on
est salarié donc euh ça fait partie de euh des soins qui sont proposés quand l'enfant est
940 confié quoi euh ... Et puis après si on a des rendez-vous à l'extérieur etc bah c'est la
sécurité sociale l'achat de médicament pareil ça va être la sécurité sociale ... Après oui
y a un budget on va dire y a une budget parapharmacie un budget euh produits de soins
etc qui ... qui ... qu'on peut appeler budget santé oui oui y a budget matériel médical
effectivement y a un budget ... y a un budget ouais pour acheter des pansements et de
945 la crème hydratante ouais ok qu'est pas effectivement qu'est pas remboursé par la
sécurité sociale.

- P : Ok.

950 - Enquêtée : Pour qu'on est un fond de pharmacie à l'infirmierie etc oui on a ce budget-là
ouais mais je n'ai aucune idée de vous dire combien c'est comment il est alloué *elle
fait un bruit de bouche*

- 955 - P : Pas de soucis.
- Enquêtée : Hum.
- P : Euh ... Ok.
- 960 - Enquêtée : Après on a budget bah le programme *elle cite le nom du projet* permet d'avoir un budget par enfant entré dans le programme aussi.
- P : Ok.
- 965 - Enquêtée : Euh c'est c'est comme ça que la CPAM finance le truc et donc y le forfait est payé justement bah pour avoir un psychologue psychomot si besoin etc et pour le travail de coordination et de suivi par les médecins donc voilà ... mais ça c'est vraiment hors de ma structure quoi c'est pas ...
- 970 - P : Ok. Euh est ce qu'il y a certains enfants ou jeunes qui refusent euh les soins qui refusent de se soigner ? Sur la pouponnière je me doute que c'est un peu compliqué ...
- Enquêtée : Bah enfaite y a toujours on peut toujours se poser la question hein même sur la pouponnière un enfant qui a pas envie d'être changé à ce moment-là euh qu'on lui change pas sa couche à ce moment c'est une forme de refus de soin.
- 975 - P : Hum.
- Enquêtée : Donc on peut aller très loin euh dans cette réflexion-là et on l'a d'ailleurs cette réflexion.
- 980 - P : Ok.
- 985 - Enquêtée : Comment les auxiliaires puéricultures font pour ne pas ... parce qu'un bébé c'est facile hein on le prend dans les bras on le change pendant qu'il hurle c'est moins agréable mais on a le pouvoir dessus quoi donc euh l'idée c'est de pas faire ça hein.
- P : Hum hum.
- 990 - Enquêtée : Donc euh on change à avoir l'adhésion de l'enfant même pour le changer donc même un bébé peut être en refus de soin clairement.
- P : Ok.
- 995 - Enquêtée : Puis on a des bébés qui sont mal psychologiquement par lesquels ça peut passer par des refus de s'alimenter des choses comme ça donc ça aussi c'est une forme ... bah c'est pas tellement du refus de soin c'est presque de la mise en danger fin voilà

donc non ça peut arriver aussi sur la pouponnière évidemment c'est beaucoup plus visible sur le foyer euh des ados qui euh loupent systématiquement le rendez-vous soit l'extérieur soit avec nous ... euh ... oui ça on en a oui forcément ... hum.

1000

- P : Et euh qu'est-ce que vous faites du coup dans ces cas-là ?
- Enquêtée : Bah alors là c'est très individualisé hein c'est comme euh je dirais que c'est comme ailleurs hein on essaie de voir en fonction de la situation euh ... de toute façon fin après ça c'est ma position mais fin après c'est globalement la position de soignants on ne force pas quelqu'un à se soigner à moins que ça soit quelqu'un qui euh ...

1005

- P : Urgence vitale ou euh ...

1010

- Enquêtée : Voilà que ça soit une urgence vitale et que la personne puisse pas répondre eu et que euh et puis même ou qu'on soupçonne une incapacité de jugement mais là on est dans des cas spécifique mais sinon on ne force pas une personne à se soigner parce que c'est sa liberté et parce que ça marchera pas *elle rit* donc euh on force pas quelqu'un à aller chez un psy quoi j'veux dire si on le met de force dans un cabinet de psychologue si il ne veut pas parler à un psy il ne parlera pas fin il attendra une demi-heure donc voilà ça ... et pour moi c'est pareil sur un soin très médical bien sûr qu'on va désinfecter la plaie en tenant la personne de force si elle veut pas ... on finit le soin elle arrache son pansement elle met de la terre dessus si elle veut hein ... fin j'veux dire y a pas fin ça a pas de sens enfaite pour moi de forcer quelqu'un à se soigner en dehors de certains cas dont on parlait et ... sur lesquels le débat est plus compliqué donc voilà là l'objectif est très éducatif avec les jeunes du foyer il est très éducatif c'est de les amener vers le soin justement de les amener vers l'envie de prendre soin de soit ... euh qu'est-ce que c'est prendre soin de soit accepter qu'il y ait des échecs des retours en arrière des lenteurs ... euh ...

1015

1020

1025

- P : Faire aussi de la prévention ce genre de choses.
- Enquêtée : Oui y a de la prévention mais même dans le soin immédiat hein parfois c'est compliqué ... on a aussi l'inverse on a aussi des enfants qui ... qui demandent beaucoup d'attention et qui peuvent la demander par du soin complètement ...

1030

- P : Hum.

1035

- Enquêtée : Non nécessaire donc là c'est à nous de transformer le truc en se disant bah enfaite là ... c'est pas tellement de mettre un pansement sur ce bobo dont elle a besoin cette gamine ça va être plus de discuté ou d'attention donc on va essayer de creuser ... ça m'arriver de mettre trèèèès longtemps à faire un tout petit pansement pour essayer de comprendre ce que l'enfant vient faire ici quoi ... vient demander à l'infirmerie.

1040

- P : Oui.

- Enquêtée : Des fois il vient justement demander du calme parce que à l'infirmierie il est tout seul alors que sur le groupe y a d'autres enfants ... *Elle rit doucement*
 - P : Oui bien sûr !
- 1045
- Enquêtée : Voilà puis là-dessus j'ai pas encore beaucoup de recul moi je tâtonne pour essayer d'évaluer quelle est la demande ... si la demande immédiate euh est pas évidente euh ... donc non ouais qu'est-ce qu'on fait d'autres sur les refus de soin ... après y sont mineurs hein donc euh y a des choses faut aussi qu'on ait l'accord des parents euh et
- 1050
- puis y a des choses euh ... fin comment dire y sont sujets exactement aux mêmes lois sur le consentement des mineurs qu'à l'hôpital quoi donc euh bah on va réagir un peu comme à l'hôpital sauf que comme c'est avec des publics compliqué ... on tâtonne voilà ... on a des ados qui ... puis des fois c'est juste l'adolescence hein alors une adolescence compliqué par leurs situations familiales sociales etc avec des pathologies quand y arrivent à l'adolescence euh y se mettent en danger etc comme d'autres adolescents quoi ...
- 1055
- P : Oui.
- 1060
- Enquêtée : Là c'est de l'éducatif c'est du suivi au quotidien ... voilà.
 - P : Ok, et euh pareil pour euh les parents est ce qu'y a certains parents qui s'opposent euh aux soins de leurs enfants ?
- 1065
- Enquêtée : Alors moi ça m'est jamais arrivé.
 - P : Ouais.
- 1070
- Enquêtée : Euh mais comme je disais jsuis pas là depuis très longtemps ... euh ... c'est pareil c'est pareil qu'à l'hôpital encore une fois on est soumis aux mêmes droits qu'à l'hôpital à savoir que les soins usuels ... alors parce que ce qui peut se poser aussi c'est qu'au-delà du refus des parents on a aussi parfois des parents qu'on arrive pas à contacter soit parce que ils sont incarcérés par exemple.
- 1075
- P : Hum hum.
 - Enquêtée : Soit parce que on sait pas où y sont ... y répondent pas au téléphone ils ont changé cinq fois de téléphone etc donc on va avoir du mal à avoir euh l'adhésion le principe c'est qu'on demande plus d'adhésion que ce qui est nécessaire c'est-à-dire que
- 1080
- là en pouponnière on a beaucoup de vaccins à faire.
 - P : Oui.

- 1085 - Enquêtée : Le vaccin est obligatoire donc en théorie on a pas à demander l'autorisation du parent nous on fait en sorte que le parent soit joint et qu'on essaie de le faire en sa présence c'est-à-dire qu'on va essayer de le faire venir ... si y a pas d'opposition du juge ... de le faire venir à la pouponnière le jour où on vaccine l'enfant qu'il soit là quand on vaccine l'enfant si le parent est injoignable, ne se débrouille pas pour venir, euh etc on le fait quand même parce que là-dessus par exemple il a pas fin il est obligatoire donc on est obligé de le faire.
- 1090
- P : Hum hum.
- 1095 - Enquêtée : Euh ... ouais non moi j'ai pas eu de refus de soin par contre des moments où effectivement on a du mal à joindre le parent voilà ... après des fois on a des hospitalisation d'urgence on y va et on appelle le parent sur le chemin en disant voilà on hospitalise votre enfant parce que là ça ... il nous ait confié hein donc on a le droit de faire ça par contre on a pas ... ils ont l'autorité parentale donc effectivement y faut leur demander ... l'autorisation et normalement l'autorisation des deux parents mais ça c'est difficile quand c'est difficile on se met en contact aussi avec l'ASE fin voilà des fois ça demande un gros travail de demander effectivement aux parents ... mais j'ai jamais eu de refus
- 1100 - P : Ok. Euh est ce que vous pensez que le suivi médical et l'accès aux soins des enfants placés euh vous m'avez déjà un peu répondu mais pourrais être amélioré encore ?
- 1105 - Enquêtée : Oh bah oui *elle rit* forcément ...
- P : Oui.
- 1110 - Enquêtée : Fin la santé pour moi faut pas se limiter à soigner le bobo parce que comme je vous le disais ça on le fait soigner les otites c'est bien fait soigner le euh ... les enfants ressortent d'ici en meilleur état de santé que quand ils y entrent hormis la santé psychologique où je pense que normalement oui ils en sortent mieux mais je veux dire à la pouponnière en plus ils sont quand même au début d'un parcours de placement qui est forcément compliqué quoi après moi je connais pas les situations des parents je connais pas toujours les situations des parents je les regarde quand ils arrivent voilà et euh je connais pas forcément leur histoire euh ... voilà j'ose espérer que c'est justifier ça c'est le travail de l'ASE et du juge et moi faut que je me déconnecte de ça pour justement faire mon travail euh médical ... euh et puis quand y a besoin je prends des informations sur ce que l'enfant a vécu etc pour mieux comprendre qui il est pourquoi il a des blocages etc ...
- 1115
- 1120 - P : Hum hum.
- 1125 - Enquêtée : Donc ça ... voilà mais qu'est-ce que je me suis perdue mais ... donc oui y a des améliorations qu'on pourrait amener c'est-à-dire que euh forcément si on avait plus de temps on ferait pleins d'actions fin là au foyer on veut redévelopper des partenariats

1130 sur la santé sexuelle des jeunes qui ont été arrêtés avec le Covid etc qu'on a du mal à relancer et comme on a la tête sous l'eau bah ça traîne ça traîne ça traîne par exemple ... donc y a sûrement des enfants des jeunes qui auraient pu avoir la chance d'avoir euh des soins préventifs et que euh on a pas eu le temps de mettre en place ... donc euh sur la prévention c'est sûr qu'on pourrait faire mieux sur la santé quand ils sont accueillis ici j'pense aussi qu'on pourrait faire mieux si on avait plus de moyens humains par exemple pour les accompagner au quotidien en dehors de faire des ... ça permettrait de 1135 faire des activités d'être au plus près d'eux d'avoir plus de moyens ... des fois matériels pour des vêtements des choses comme ça, on en a hein mais euh j'pense qu'évidemment ça pourrait toujours être mieux fait après attention aussi aux chocs hein ... j'veux dire on y va pas à pas avec ces enfants-là donc euh j'veux dire ils viennent d'un milieu ... parfois par exemple ils arrivent dans un état d'hygiène déplorable et vraiment 1140 catastrophique qu'on voit fin que je vois moi que depuis que je travaille dans la santé ... et voilà y arrivent on va pas du jour au lendemain les brosser coiffer niquel.

- P : Oui.

1145 - Enquêtée : Et du jour au lendemain ils vont comprendre l'hygiène et pouf parce que ils sont avec nous reprendre des hygiènes qu'ils ont jamais c'est pas possible euh c'est pas comme à la maison c'est pas les mêmes odeurs j'veux dire y a y a voilà y a pleins de choses on est obligé d'y aller pas à pas ça serait illusoire de voilà de les rendre niquels ... mais euh ... je pense que oui y a la prévention, dans les soins quotidien forcément 1150 on pourrait faire mieux j'pense aussi qu'on pourrait mieux manger j'pense que c'est quand même pas terrible cette histoire de centraliser les cuisines fin y a un moment j'pense vraiment qu'on s'est perdue là-dedans et qu'il faudrait vraiment mettre les moyens là-dessus ... euh et puis effectivement le suivie à la sortie euh pourrait être amélioré par des moyens généraux de la médecine de ville.

1155 - P : Hum.

- Enquêtée : De toute façon et puis euh ... ouais par des moyens généraux qui permettraient le repérage aussi des choses voilà ... j'veux dire si y avait plus de psy par exemple plus de d'accès au psy bah l'enfant peut être se dirait moins, serait moins 1160 réfractèrent à l'idée d'aller chez le psy euh ils en trouveraient des plus adaptés à eux fin faut pouvoir choisir son psy aussi quoi.

- P : Bien sûr.

1165 - Enquêtée : Fin quand on a les moyens on va choisir son psy on en fait trois quatre puis on reste chez celui qui nous convient quand on a pas les moyens on va chez celui qui est gratuit quoi et fin faudrait qu'ils aient les mêmes chances d'autant qu'ils vivent des choses traumatiques quoi ... ils sont pas tous obligés d'aller chez le psy hein loin de là y en a qui gèrent tout seul mais ... ou avec de l'aide de leur entourage mais voilà ... euh 1170 ... enfaite y a trop de choses qui me viennent en tête mais qui sont pas forcément liées

à la structure de l'ASE qui sont aussi liés à la structure de la ... de la société quoi cette lacune des moyens de la santé de ville ...

1175 - P : Bien sûr !

1180 - Enquêtée : ... Voilà quoi c'est les premiers touchés c'est les premiers touchés les publics défavorisés par le manque de moyens donc encore plus là ... quand y sont enfant quoi donc euh ... voilà après nous moi la structure dans laquelle je travaille n'a pas vocation à part ce programme qui est très spécifique mais qui est presque déconnecté de la structure hein comme je vous disais ... financé par ce programme euh qui est porté par la structure mais voilà c'est un peu à part euh ... euh nous on fin le foyer a pas vocation à les suivre à l'extérieur et quelque part surtout pas je veux dire euh toute les graines qu'on a semée euh pendant leur passage au foyer tant mieux si elles prennent 1185 mais une fois qu'ils sont sortis faut qu'ils vivent leur vie quoi le foyer c'est qu'une période de leur vie hein c'est pas leur lieu d'attachement quoi et nous des fois c'est difficile de voir un enfant sortir et qu'on sait pas ce qu'il va devenir mais et ça nous fait bizarre plutôt que c'est difficile mais c'est le principe et faut qu'ils vivent leur vie dehors donc j'peux pas voilà ... le reste ce qu'ils vivent en dehors et tout ça c'est nous les 1190 retours qu'on a euh des professionnels du terrain et des rapports qui sortent des études qui sortent là-dessus mais ... nous faut qu'on les laisse vivre leur vie dehors quoi donc nous le mieux qu'on puisse faire ici c'est un maximum de soins immédiat adaptés à leurs demandes de prévention et ouais de semer des graines pour les ... pour euh selon leur problématique quoi en hygiène, en alimentation, en sommeil, en santé sexuelle en 1195 ... en ... sur leur pathologies etc ... on se dit que peut être que ça tiendra voilà.

- P : Ok.

1200 - Enquêtée : Voilà.

- P : Bah c'est tout bon pour moi ... vous avez été super claires vous avez bien développées toutes les questions vous avez répondu à pleins de questions que j'ai même pas eu besoin de poser enfaite.

1205 - Enquêtée : Bon bah très bien !

- P : C'était super vraiment merci, vous voulez rajouter autres choses où c'est bon ?

1210 - Enquêtée : Non c'est bon *elle sourit*

- P : D'accord

RESUME

La protection de l'enfance est un enjeu majeur des politiques publiques et de notre société. Elle vise à garantir aux enfants un environnement sain, sécurisé et favorable à leur développement physique et psychologique. En France, environ 308 000 mineurs bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance. L'un des enjeux de cette politique est la santé des enfants confiés, qui reste parfois préoccupante. Ils peuvent présenter des problèmes de santé liés à leur parcours de vie, tels que des retards de développement, des troubles psychologiques ou des problèmes de santé physique. La continuité des soins des enfants placés est souvent compromise en raison de ruptures de parcours fréquentes. Ces enfants font face à des changements réguliers de famille d'accueil, d'établissement ou de cadre de vie, ce qui entraîne une interruption dans leur suivi médical et une disparité d'accès aux services de santé. L'objectif de ce travail est d'observer si la santé des enfants placés est influencée par une prise en charge discontinue. Pour mener à bien ce travail, nous avons effectué une analyse bibliographique et conduit un entretien semi-directif. L'analyse bibliographique a permis d'établir les bases théoriques, tandis que l'entretien a offert un aperçu concret de la réalité vécue au sein d'une Maison d'Enfants à Caractère Social.

Mots clés : santé, protection de l'enfance, parcours, continuité, ruptures

Child protection is a major concern of public policies and our society. It aims to ensure that children have a healthy, safe, and supportive environment for their physical and psychological development. In France, approximately 308,000 minors benefit from child protection measures. One of the challenges of this policy is the health of the entrusted children, which can sometimes be worrisome. They may experience health problems related to their life experiences, such as developmental delays, psychological disorders, or physical health issues. The continuity of care for placed children is often compromised due to frequent disruptions in their journey. These children face regular changes in foster families, facilities, or living arrangements, leading to interruptions in their medical follow-up and disparities in accessing healthcare services. The objective of this study is to observe whether the health of placed children is influenced by discontinuous care. To carry out this work, we conducted a literature review and a semi-structured interview. The literature review provided the theoretical foundations, while the interview offered a concrete insight into the reality experienced within a Social Care Children's Home.

Key word : health, child protection, health pathway, continuity, disruptions