Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 10 novembre 2022 à Poitiers
par Louise Achard--Bonnet

Accès à la majorité d'un enfant confié à l'Aide Sociale à l'Enfance : quelles perspectives de soins de santé en Médecine Générale ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Dr Pierrick Archambault

Dr Séverine Rauna-Moreau

Dr Maud Kiener

Directeur de thèse : Dr Annabelle Clément

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 10 novembre 2022 à Poitiers
par Louise Achard--Bonnet

Accès à la majorité d'un enfant confié à l'Aide Sociale à l'Enfance : quelles perspectives de soins de santé en Médecine Générale ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Dr Pierrick Archambault

Dr Séverine Rauna-Moreau

Dr Maud Kiener

Directeur de thèse : Dr Annabelle Clément

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023**)**
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Table des matières

1. Introduction 1

2. Matériel et méthode 1

3. Généralités 2

3.1 Le placement 2

3.1.1 Modalités de placements 2

3.1.2 Circonstances de placements 4

3.1.3 Durée des placements 7

3.1.4 Acteurs du suivi des enfants placés 8

3.1.5 Obligations administratives envers les enfants placés 11

3.1.6 Obligations sanitaires envers les enfants placés 12

3.1.7 Traçabilité du suivi médico-psycho-socio-éducatif et secret professionnel 14

3.2 La santé des enfants placés 15

3.2.1 Indicateurs 15

3.2.2 Définition de la santé 18

3.2.3 Représentations sociales de la santé chez les enfants placés, comparaison avec population générale : santé perçue 18

3.2.4 Représentation de la santé pour les titulaires de l'autorité parentale des enfants placés 22

3.2.5 Représentation de la santé pour les éducateurs et les familles d'accueil 23

3.2.6 Suivi global de la santé de l'enfant 24

3.2.7 Traçabilité des données médicales et accès par interlocuteur 27

3.3 Le médecin généraliste face à l'enfant placé 30

3.3.1 Etat des connaissances du médecin généraliste sur le domaine médico-judiciaire 30

3.3.2 Représentations sociales de l'enfance confiée pour le médecin généraliste 38

3.3.3 Le parcours menant au placement : information nécessaire au médecin généraliste ? 38

3.3.4 Pathologie somatique et prévention : un moyen d'entrer en communication . 39
3.3.5 Suivi médical au long cours : un étayage supplémentaire pour l'enfant ? 40
3.3.6 La demande d'accès du jeune à son dossier médical 40
3.4 Le passage à la majorité des enfants placés 41
3.4.1 Existence d'une « préparation » médico-socio-éducative spécifique ? 41
3.4.2 Place du somatique 42
3.4.3 Gestion et explications des droits à l'assurance maladie ? 43
3.4.4 Notion de médecin traitant ? 43
3.4.5 Orientation vers une consultation médicale annuelle avec le médecin habituel ? 44
3.4.6 « Check-up » de sortie avec synthèse de l'état de santé global ? 44
3.4.7 Evaluation indication de dossier MDPH dans la 17ème année ? 46
3.4.8 Les cinq engagements contractualisés en 2019 contre les sorties « sèches » de l'ASE 47
3.5 La santé des jeunes adultes issus de l'ASE 48
3.5.1 Quels indicateurs ? 48
3.5.2 Droit à l'oubli et stigmatisation 48
3.5.3 Quelles portes d'entrées vers le soin ? 49
3.5.4 Voie d'accès aux soins 50
3.5.5 Des états de santé différents sont-ils notés selon : 50
4. Situations cliniques 52
4.1 Protocoles de suivi médical existants 52
4.1.1 L'exemple du département de la Vienne 53
4.1.2 L'exemple du département du Loiret 54
4.1.3 L'exemple du département de la Loire-Atlantique 56
4.2 Cas cliniques 58
4.2.1 Premier cas : Mme D. 58
4.2.2 Second cas : M. B. 64

5. Discussion 75
6. Conclusion 77
7. Bibliographie 80
8. Annexes 85
8.1 Annexe 1 : Protocole de suivi médical – ASE Vienne 85
8.2 Annexe 2 : Compte-rendu de bilan d'entrée – ASE Loiret 111
8.3 Annexe 3 : Flyers de présentation Santé Protégée – ASE Loire-Atlantique 112

1. Introduction

En France, plus de 300 000 mineurs sont concernés par des mesures d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ce nombre ne cesse d'augmenter depuis 2007 et représentait en 2019 2.3% des 0-20 ans sur le plan national. Plus de la moitié de ces jeunes sont placés.

Depuis que j'exerce en ville, j'ai été amenée à plusieurs reprises à prendre en charge des enfants concernés par une mesure de placement, mais également des jeunes anciennement placés. Bien souvent, ces patients consultaient pour des problèmes aigus, non pour un suivi régulier, et j'ai fréquemment rencontré des difficultés à accéder à des données de suivi médical, du fait d'un parcours médical hasardeux, d'un nomadisme médical lié en grande partie aux changements de lieu de vie.

La proportion de jeunes placés représentant une part non négligeable de la population générale du même âge, on peut raisonnablement imaginer que tout médecin généraliste au cours de sa carrière sera régulièrement amené à voir en consultation un jeune placé ou l'ayant été.

Rencontrent-ils alors les mêmes difficultés ? Quel suivi médical existe pour ces jeunes ? Est-il semblable à celui de la population générale ? Quelles données existent sur la santé de ces enfants ayant été exposés à des négligences, des violences, des maltraitances ?

Lorsqu'ils atteignent la majorité, la plupart de ces jeunes quittent brutalement leur lieu de placement vers une autonomie entière et imposée. Quel impact cela a-t-il sur leur santé et leur suivi médical ? Quel rapport ont-ils au monde médical ? Quel rôle peut-on avoir, en tant que médecin généraliste, pour ces jeunes adultes fraîchement issus du monde de la Protection de l'Enfance et quel impact pourrait-on avoir ?

2. Matériel et méthode

Dans un premier temps nous avons réalisé une recherche bibliographique afin de faire un état des lieux des connaissances sur le sujet. Notre sujet est un sujet transversal, touchant à la fois le domaine de la médecine générale, de la santé publique, de la psychiatrie, mais également le domaine de la sociologie. Du fait des spécificités du service de l'Aide Sociale à l'Enfance en France, la majorité des études et articles devait être française. C'est pour ces raisons que nous avons utilisé comme moteur de recherche principal Google Scholar, avec pour mots clefs initiaux les mots « santé », « enfants placés » et « aide sociale à l'enfance ». Nous nous

sommes également intéressés aux études dans lesquelles ces premières études étaient citées et à celles référencées comme étant en lien par les bases de données Cairn, Elsevier-Masson ou Science Direct. Afin de mieux structurer le travail de recherche, nous avons, à la lumière de ces premières études, rédiger un plan afin de balayer l'ensemble des problématiques en lien avec le sujet. Puis nous avons recherché les réponses aux questions soulevées par ce plan, de nouveau via le même moteur de recherche. Nous avons réalisé cette recherche entre janvier 2019 et décembre 2021.

Dans un second temps, nous avons essayé de savoir si un protocole de suivi national de ces enfants avait été mis en place. Pour cela, nous avons contacté l'ASE de plusieurs départements par mail ou par téléphone. Nous n'avons reçu par cette voie que la réponse de l'ASE du Loiret, via Mme Schneider, rédactrice au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, que nous avons rencontrée par la suite. Le protocole suivi en Loire-Atlantique est quant à lui disponible en ligne en partie sur le site du CHU de Nantes, et en partie via une étude réalisée en 2012 par F. Bacro. Enfin, nous avons pu contacter l'ASE de la Vienne à ce sujet lors de mon stage à la PMI de Châtellerault dans le cadre de mon internat.

Pour finir, nous avons étudié les dossiers médicaux de deux jeunes rencontrés lors de mon stage de Faisant Fonction d'Interne en psychiatrie. Il s'agissait de deux jeunes placés par l'Aide Sociale à l'Enfance, atteignant la majorité, régulièrement hospitalisés dans le service. Nous avons pu consulter les dossiers papier de ces deux patients dans le service de psychiatrie.

3. Généralités

3.1 Le placement

3.1.1 Modalités de placements

Face à une situation suspecte de danger ou de risque de danger pour un mineur, un particulier ou un professionnel rédige une Information Préoccupante (IP). Les Informations Préoccupantes sont reçues par la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) qui est un service du département. S'ensuit alors une évaluation par des assistants sociaux ou des puéricultrices si l'enfant a moins de 6 ans. Les débouchés peuvent alors être :

- Classé sans suite
- Aides administratives (avec l'accord de la famille)
    - Aide Educative à Domicile (AED), réalisée par le service prévention

    - Intervention de Technicien d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), pour apprendre aux parents à gérer le quotidien (courses, tâches ménagères…)
    - Accompagnant Educatif à la Parentalité (AEP), réalisé par un prestataire extérieur, qui peut également être directement demandé par les parents
- Placement administratif, provisoire, en accord avec les parents (le temps d'une hospitalisation, de soins pour les parents par exemple)
- Signalement au parquet, qui (après avoir si besoin demandé un complément d'information), classe sans suite ou demande une enquête pénale et saisit le juge des enfants. S'ensuit une audience par le juge des enfants qui peut prononcer :
    - Un non-lieu.
    - Une Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE), réalisée pendant maximum 5 mois par des travailleurs sociaux. Le but initial est un recueil d'informations afin d'aider le juge des enfants dans sa décision, mais elle permet parfois de changer la dynamique familiale et d'améliorer les choses.
    - Une Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), réalisée par un éducateur issu d'une association, payé par le département (1 éducateur par enfant). Son action est similaire à l'AED mais elle est imposée à la famille par décision judiciaire.
    - Un placement judiciaire, auquel cas l'enfant est confié à l'ASE qui s'occupe du placement, le juge décide des droits des parents (visite avec tiers, fréquence, retrait total de l'autorité parentale : l'enfant est alors pupille d'Etat, …).
    - Un Dispositif d'Accompagnement au Placement A Domicile (DAPAD) après ouverture par le juge d'un « droit d'hébergement en continu ». Des travailleurs sociaux sont disponibles 7 jours sur 7 de 7h à 21h, et réalisent au minimum 3 interventions par semaine.

En cas d'urgence, une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) peut être ordonnée :

- Par le procureur (OPP parquet), l'enfant est placé dans l'urgence et le parquet saisit le juge des enfants dans les 8 jours.
- Par le juge des enfants : le placement est alors prononcé pour une durée de 6 mois, temps d'investigation.

Si le particulier ou le professionnel estime qu'il existe un danger immédiat, il peut également signaler directement la situation au procureur de la République.

En moyenne sur le plan national, 50% des mesures de l'ASE (incluant mesures éducatives et placements, qu'ils soient administratifs ou judiciaires) sont des placements[1–4], dont près de 4/5 sont judiciaires (78.7% des placements en moyenne entre 2008 et 2018). 40% de ces enfants placés ont déjà bénéficié d'une mesure d'AEMO[5].

Parmi les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, on retrouve également les pupilles de l'Etat. Ce sont des enfants pour qui il n'y a pas ou plus de détenteurs de l'autorité parentale. Cela concerne ainsi les orphelins dont aucun membre de la famille ne peut ou ne veut être tuteur ; les nouveau-nés trouvés ou issus d'accouchements anonymes, pupilles d'Etat après un délai de deux mois ; et les enfants abandonnés par leurs parents.

Ces enfants peuvent être adoptés, et sont dans l'intervalle placés sous la tutelle du représentant départemental de l'Etat (article L224-1 du CASF). Au 31 décembre 2017, 2778 enfants bénéficiaient de ce statut soit 18.7 enfants pour 100 000 mineurs, dont 1 sur 5 avait moins d'un an. L'abandon représentait 42% de ces situations[6].

Parmi ces jeunes placés, la grande majorité l'est soit dans une famille d'accueil avec un assistant familial (plus de 50%), soit dans un établissement (MECS, foyers de l'enfance et pouponnières principalement), les autres modes d'accueil incluant l'internat scolaire, le placement auprès d'un tiers digne de confiance, mais également les structures pour adolescents et jeunes majeurs autonomes (foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, hôtel, location…)[1,3,4].

3.1.2 Circonstances de placements

Les motifs de placement sont variables. Ils peuvent être uniques, dans le cas de violences graves ou d'abus sexuels par exemple mais le plus souvent il s'agit de faits intriqués qui, pris indépendamment, pourraient relever d'une mesure éducative à domicile mais qui associés engendrent une situation trop complexe vouant cette éventuelle mesure à l'échec.

En dehors des cas de maltraitance, les causes de placement peuvent concerner le comportement de l'enfant (troubles du comportement avec mise en danger surtout observé chez des adolescents), la situation des parents (hospitalisation, incarcération), ou toute situation à domicile qui, en cas de persistance, risquerait d'entraîner des carences éducatives graves pour le jeune.

Certaines études régionales ont exploré les motifs de placement sur une période donnée.

- L'enquête ELAP, Etude longitudinale sur l'autonomisation des jeunes après un placement, étude rétrospective réalisée en 2007-2008 sur une cohorte de 809 trajectoires de placement dans deux départements, répertorie la prévalence des faits de maltraitance ayant motivé le placement[4] (Tableau 1). A noter que les motifs de placement peuvent être multiples, raison pour laquelle la somme des violences n'atteint pas le pourcentage de maltraitances.

	Filles	**Garçons**	**Total**
Violences physiques	30.7%	19.2%	24.4%
Violences sexuelles	11.6%	4.2%	7.5%
Violences psychologiques	10.5%	6.7%	8.4%
Négligences lourdes	11.1%	6.3%	8.4%
Maltraitances	44.4%	27.4%	35%

Tableau 1 : Prévalence des motifs de maltraitance selon le sexe. Source : ELAP

On remarque ainsi une nette prévalence de la maltraitance comme motif de placement chez les filles (44% vs. 27% chez les garçons), avec une prédominance des violences physiques tous sexes confondus. L'abus sexuel est bien plus fréquemment retrouvé chez les filles que chez les garçons.

- Une étude réalisée en 2012 pour l'ONED en Loire-Atlantique sur 423 dossiers d'enfants placés en établissements[7] (Figure 1)
- Deux études réalisées dans le Maine-et-Loire en 2006 et 2009[8,9] (Figure 2)

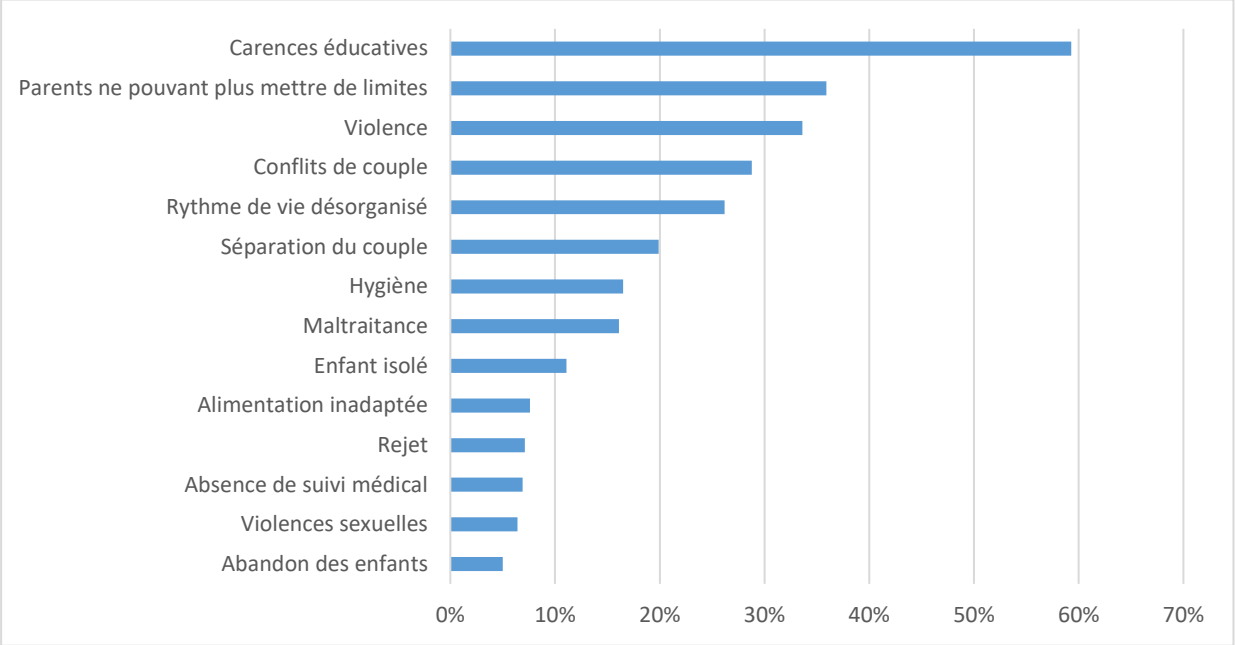


Figure 1 : Motifs de placement en Loire-Atlantique (2012)

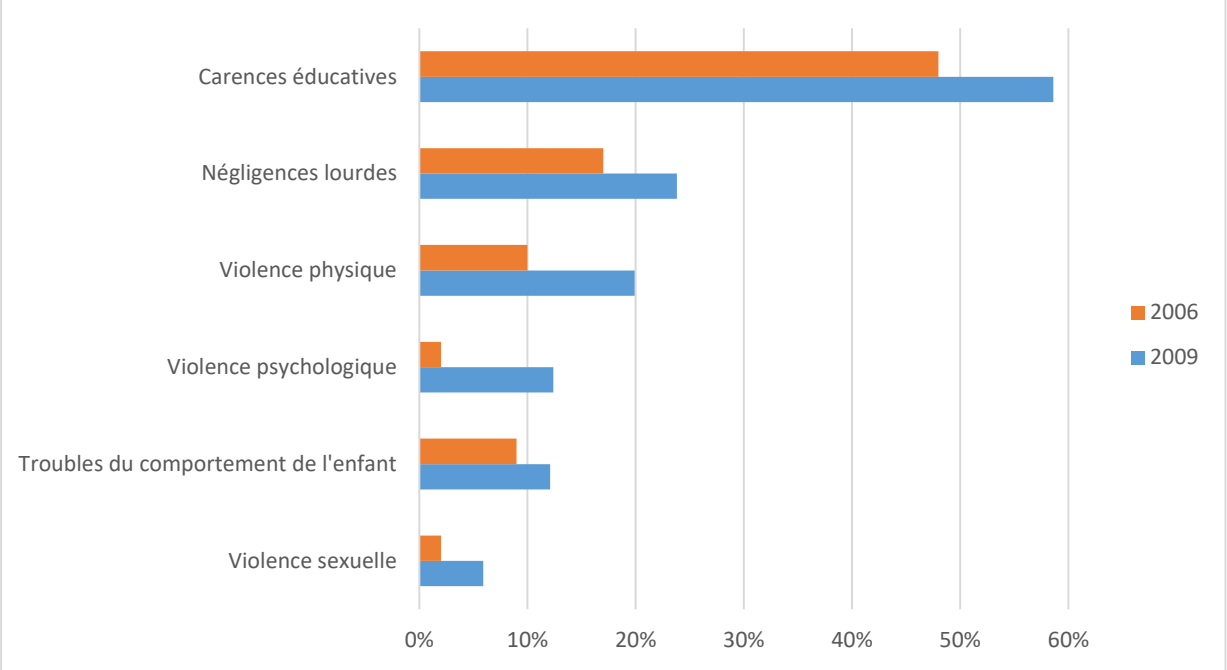


Figure 2: Motifs de placement dans le Maine-et-Loire (2006 et 2009)

Bien qu'il soit difficile de comparer les résultats de ces différentes études car les termes utilisés ne sont pas toujours les mêmes et les critères d'évaluation ne sont pas précisément définis, on retrouve tout de même certaines similitudes. Ainsi, les faits avérés de maltraitance sont à l'origine de 30 à 40% des placements selon les études, et près de 60% des situations sont liées à des carences éducatives graves.

- Une étude finalisée en 2013, réalisée sur l'ensemble des bénéficiaires de l'ASE au 20 octobre 2010. Il est à noter que les motifs ne sont pas les motifs de placement mais ceux de prise en charge par l'ASE, donc incluant les mesures éducatives en milieu ouvert[10] (Figure 3). On remarque ainsi un plus grand pourcentage de carences éducatives et une moindre prévalence des maltraitances, ces dernières conduisant logiquement plus facilement au placement qu'à une mesure à domicile.

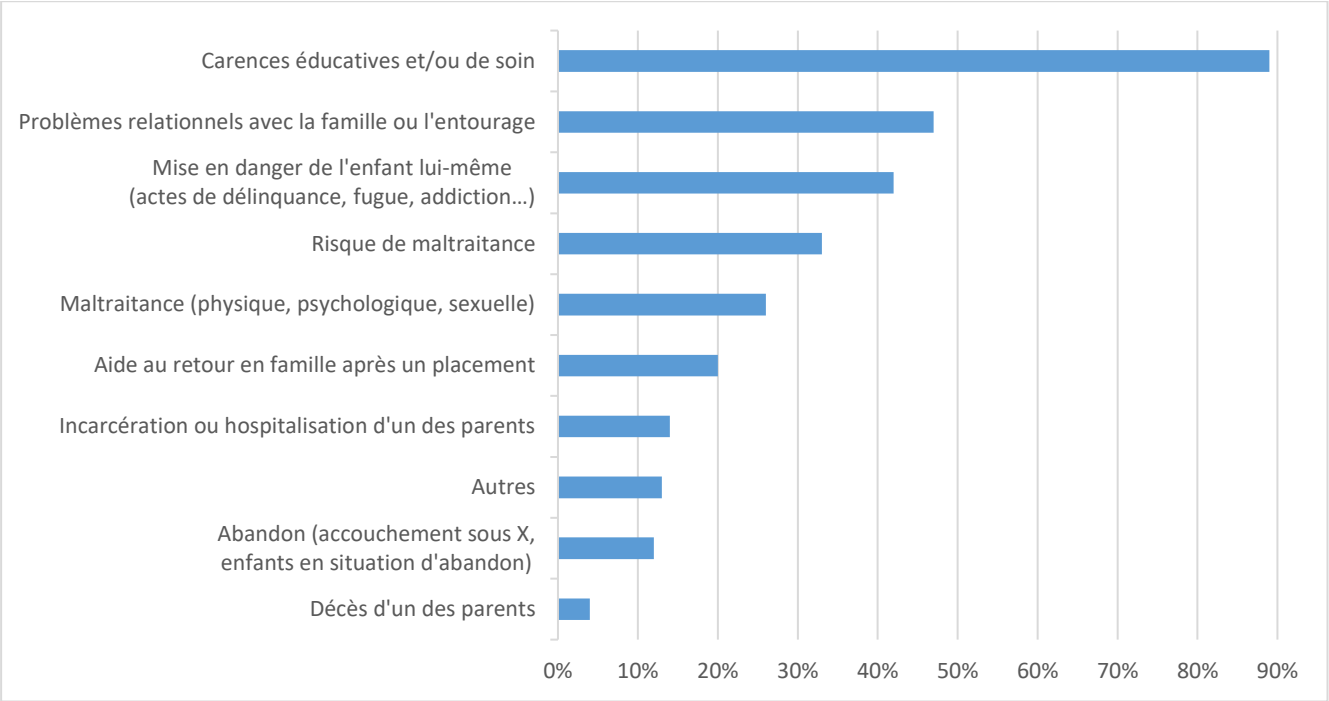


Figure 3 : Motifs des mesures, Pas-de-Calais, 2010

3.1.3 Durée des placements

La durée maximale d'un placement diffère selon son caractère administratif ou judiciaire. Concernant le placement administratif, la durée est décidée en accord avec les parents de l'enfant, et est réévaluée par l'ASE au minimum tous les ans avec la participation des parents. Dans le cas d'une décision judiciaire, c'est le juge qui renouvelle le placement par décision motivée tous les deux ans. En cas de changement de situation de l'enfant et de sa famille, la mesure de placement peut, dans tous les cas, être modifiée à tout moment (sur décision partagée pour le placement administratif, après une nouvelle audience pour le judiciaire).

Les durées de placement sont difficiles à évaluer. Pour exemple, l'étude réalisée en 2010 dans le Pas-de-Calais retrouvait, au 20 octobre 2010, 32% de parcours en cours depuis moins de 2

ans, suggérant des parcours courts pour près d'un tiers des bénéficiaires. Or, l'échantillon de cette étude étant pris à un instant T, il ne présage en rien la durée du parcours de ces enfants. L'auteur précise d'ailleurs que 65% des bénéficiaires avaient encore une mesure en cours deux ans plus tard[10].

Ces durées semblent par ailleurs être très variables selon :

- le territoire étudié (durées moyennes des renouvellements de placement terminés en 2014 allant de 2 à 13 mois selon le département observé[4]) ;
- l'âge de l'enfant lors de son admission à l'ASE, à la fois pour des raisons mécaniques (un jeune admis à 17 ans ne pourra nécessairement pas rester 10 ans) mais également car lorsqu'un premier placement intervient tôt, cela traduit bien souvent de fortes difficultés familiales compromettant à long terme le retour à domicile. Par exemple, dans le Pas-de-Calais en 2014, 24% des enfants admis avant 2 ans avaient un parcours (incluant les mesures en milieu ouvert) supérieur à 10 ans, contre 15% des enfants admis entre 3 et 5 ans[10]. Ceci étant également observé dans d'autres études[10,11] ;
- le type de mesure à l'entrée dans l'ASE : lorsque la première mesure est le placement, cela signe encore une fois de grandes difficultés donc une sortie plus tardive du système.

Un placement long ne signifie pas pour autant une situation stable. En effet, la moitié des jeunes hébergés dans un établissement y restent moins de six mois[12]. Cette donnée est à pondérer selon le type d'établissement. En effet les foyers de l'enfance étant des établissements d'évaluation et d'orientation, il est logique que la durée de séjour y soit faible. Les pouponnières ayant pour population d'accueil les enfants de zéro à trois ans, il est également compréhensible que les enfants n'y demeurent pas éternellement. Mais un grand nombre d'enfants placés connait, au cours de son parcours, plusieurs lieux d'accueils successifs[10].

3.1.4 Acteurs du suivi des enfants placés

3.1.4.1 Les parents

Dans la plupart des mesures de placement, les parents conservent l'autorité parentale. Ils sont donc logiquement impliqués dans le suivi médical de l'enfant. En pratique, de nombreux facteurs pondèrent cette information. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant prévoit pour l'assistant familial la possibilité de pouvoir pratiquer de sa propre

initiative un certain nombre d'actes quotidiens. Ainsi, légalement, le suivi médical simple et les actes bénins tels que les consultations pour pathologies bénignes peuvent être réalisés par les éducateurs ou assistants familiaux sans accord préalable des parents, en les informant simplement a posteriori de la situation[13]. Concernant les actes non usuels, comme l'instauration d'un traitement, les actes chirurgicaux, les hospitalisations par exemple, l'autorisation préalable des parents est nécessaire sauf en cas d'urgence (article R4127-42 du CSP). Cependant, lorsqu'il existe un risque pour la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant lors du refus, ou de l'absence d'autorisation de soin, le médecin peut saisir le Procureur de la République (article R1112-35 du CSP). Au-delà de seize ans, les jeunes ayant à titre personnel une couverture maladie universelle peuvent bénéficier de soins avec leur seul consentement (article L1111-5 du CSP).

En pratique, il existe de nombreux facteurs pouvant influer sur la participation des parents au suivi médical : la distance entre le lieu de vie de l'enfant et le leur, le manque de communication ou les conflits entre les accueillants de l'enfant et ses parents, ou bien l'absence d'implication des parents dans la santé de l'enfant. Ainsi, on peut constater trois niveaux d'implication des parents[14] : celui de l'information simple, celui de la validation des décisions par les parents, et celui de participation active dans les actes de la vie quotidienne avec choix du médecin généraliste par exemple.

3.1.4.2 Le médecin généraliste

La procédure de choix du médecin généraliste diffère selon les lieux d'accueil. Certains établissements ou assistants familiaux privilégient le médecin indiqué par les parents afin de favoriser leur participation aux soins. D'autres préfèrent adresser les enfants au(x) médecin(s) du secteur avec lesquels ils ont l'habitude de travailler ou à un éventuel médecin référent de l'établissement, pour des raisons de proximité géographique ou de simplicité pour l'établissement par exemple. Les assistants familiaux peuvent aussi parfois faire plus facilement appel à leur propre médecin généraliste.

Une étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône en 2017 montre que la quasi-totalité des enfants inclus étaient déjà connus du médecin généraliste réalisant le bilan, et plus de la moitié de ces enfants étaient régulièrement suivis[11]. Malgré la variabilité de la procédure de choix de médecin traitant, il semble donc exister une certaine stabilité de l'interlocuteur pour un enfant donné.

3.1.4.3 La Protection Maternelle et Infantile

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. D'après l'article L2111-1 du CSP, il a entre autres pour rôle *« la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels »*. Les médecins de PMI sont ainsi plus avertis sur les problématiques de santé des enfants placés, ce qui facilite la mise en place d'un suivi adapté.

Il existe donc fréquemment un partenariat entre l'ASE et la PMI[14] pour l'organisation du suivi médical des enfants de 0 à 6 ans. Bien que ce partenariat concerne les enfants quel que soit leur lieu d'hébergement, il semble plus présent pour les enfants confiés à un assistant familial[11], ce que l'on pourrait en partie expliquer par le fait que les enfants accueillis jeunes (donc les moins de 6 ans, pouvant être suivis par la PMI) soient plus facilement placés en famille d'accueil[10].

Certains professionnels ont d'ailleurs proposé que les médecins de PMI soient les garants du suivi du dossier médical de ces enfants, afin d'assurer une continuité et une cohérence dans leur prise en charge. Cela impliquerait une communication entre les lieux de vie, les médecins suivant les enfants et la PMI[15].

3.1.4.4 Le pédiatre libéral

Le suivi médical régulier des enfants peut indifféremment être réalisé par un médecin généraliste ou un pédiatre. La proportion d'enfants placés suivis par un pédiatre libéral est très variable selon les études, allant d'une proportion semblable à celle de la population générale[16,17] à une faible minorité des enfants[11]. Ces études étant toutes limitées à une zone géographique, il est difficile de conclure sur leur représentativité en France entière, d'autant plus que les pédiatres libéraux sont de moins en moins nombreux.

3.1.4.5 Au niveau institutionnel

Nombreux sont les acteurs en rapport avec l'enfant : le cadre de la protection de l'enfance, l'assistant familial, l'éducateur référent (et les autres éducateurs), l'établissement d'accueil. Cette multiplicité d'intervenants favorise le manque de coordination dans les soins de l'enfant.

Le plus souvent, le suivi de la santé est réalisé par l'éducateur référent de chaque enfant. Dans certains établissements, un professionnel de l'équipe éducative est chargé spécifiquement de

gérer les suivis médicaux de l'ensemble des enfants : prise de rendez-vous, accompagnement des enfants, transmission des informations aux professionnels de santé[15].

La loi du 4 mars 2016 introduit, dans l'article L.221-2 du code de l'action sociale et des familles, la création du poste de médecin référent « protection de l'enfance ». Interlocuteur en matière de protection de l'enfance pour les professionnels de santé du département, il est désigné au sein d'un service du département et a pour missions :

- la contribution au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, l'information sur les modalités de prise en charge de ces enfants et la prise en compte de leur état de santé physique et psychique ;
- la communication entre les différents services départementaux impliqués dans ce domaine (PMI, CRIP) et avec les professionnels de santé libéraux, hospitaliers, scolaires amenés à voir ces enfants ;
- l'acquisition et la transmission de connaissances à ces professionnels dans le domaine de la protection de l'enfance via l'organisation par exemple d'actions de sensibilisation ou de formation.

Si ce poste de médecin référent semble répondre aux lacunes dans le suivi médical de ces enfants confiés, la mise en pratique est encore loin d'être optimale. En effet, nombreux sont les départements dans lesquels ce poste n'est à ce jour pas pourvu.

3.1.5 Obligations administratives envers les enfants placés

Dans le cas d'un placement administratif, un accord écrit est conclu entre les parents et l'ASE, cet accord doit préciser la durée du placement, qui peut être prorogée selon l'évolution de la situation, les conditions de visite des parents, la participation financière des parents à l'éducation et aux besoins quotidiens de l'enfant et les conditions de remise en cause du placement. Cet accord est donc renouvelé et/ou modifié au minimum tous les ans.

Lorsque le placement est judiciaire, c'est le juge des enfants qui, après avoir reçu les parents et l'enfant, décide de placer l'enfant. Dans ce cas, le jugement est réévalué tous les deux ans. Il précise également si les parents conservent l'autorité parentale, mais aussi leurs droits de visite (dans un espace dédié, en présence d'un tiers) et d'hébergement, ainsi qu'une éventuelle décharge, partielle ou totale, des frais d'entretien et d'éducation.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a instauré le Projet pour l'Enfant (PPE) : « Les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale établissent un

document intitulé « projet pour l'enfant » qui précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre. Il mentionne l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du conseil général et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les interventions. Il est porté à la connaissance du mineur et, pour l'application de l'article L. 223-3-1, transmis au juge. » L'objectif de ce document étant de faciliter la coordination des différents acteurs autour de l'enfant et l'adaptation aux besoins de chaque enfant.

En pratique, le PPE est loin d'être réalisé de façon systématique, et dans les services où il a été rédigé, nombreux sont ceux qui ne l'appliquent pas majoritairement, mais les chiffres progressent peu à peu[14,18,19].

En France, l'instruction est obligatoire dès l'âge de trois ans et jusqu'à l'âge de seize ans révolus. Lors de leur placement, nombreux sont les enfants qui, du fait des difficultés rencontrées au domicile familial, sont déscolarisés. Néanmoins, le nombre de jeunes déscolarisés diminue avec la durée du placement, la majorité d'entre eux reprenant le chemin de l'école après quelques mois de prise en charge[20]. A partir de seize ans en revanche, lorsqu'il n'existe plus d'obligation scolaire, le nombre de jeunes quittant l'école est presque 3 fois plus important que dans la population générale.

3.1.6 Obligations sanitaires envers les enfants placés

Le PPE réalisé lors du placement met en place les objectifs de prise en charge du jeune. Parmi les départements ayant finalisé la rédaction de ce PPE, un tiers n'a pas intégré de volet concernant la santé des jeunes[14].

Quelles sont, en France les obligations concernant la santé des enfants et adolescents ? Quels sont les examens proposés aux jeunes de façon générale ?

Jusqu'à l'année 2019, vingt consultations de suivi étaient obligatoires entre zéro et six ans. Depuis 2019, ces consultations ont été ré-échelonnées pour couvrir jusqu'à la majorité de l'enfant, comme suit :

- Une consultation dans les huit premiers jours de vie
- Une consultation à 13 ou 14 jours de vie
- Une consultation par mois de 1 mois à 6 mois

- Une consultation au 9ème mois donnant lieu à la réalisation d'un certificat obligatoire
- Une consultation au cours du 12ème mois
- Une consultation au cours du 13ème mois
- Une consultation entre 16 et 18 mois
- Une consultation aux alentours des 2 ans de l'enfant donnant lieu à la réalisation d'un certificat obligatoire
- Une consultation annuelle entre 3 et 6 ans
- Une consultation entre 8 et 9 ans
- Une consultation entre 11 et 13 ans
- Une consultation entre 15 et 16 ans.

Ces vingt examens sont obligatoires et intégralement pris en charge par le Sécurité Sociale, via une cotation spécifique (COD ou COB selon l'âge de l'enfant, COE pour les trois certificats). Ils ont pour objectif le suivi du développement psychomoteur de l'enfant, de son développement staturo-pondéral mais également le dépistage de déficiences sensorielles, de troubles de langage ou du comportement et la réalisation des vaccinations.

Concernant ces vaccins, depuis le 1er janvier 2018, l'obligation vaccinale a été élargie à huit vaccins supplémentaires soit onze au total pour les enfants de moins de deux ans (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae, hépatite B, pneumocoque, méningocoque de sérogroupe C, rougeole, oreillons, rubéole).

Parmi les vaccins recommandés mais non obligatoires pouvant concerner les jeunes placés, il y a le BCG, recommandé uniquement à certaines populations, et le vaccin contre le papillomavirus concernant les adolescentes mais également depuis 2020 les adolescents.

Pour favoriser la prévention et l'éducation concernant la sexualité, il existe également une cotation, en médecine générale, pour la première consultation contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Cette consultation est en tiers-payant intégral donc il n'y a aucune avance des frais pour la patiente.

Le programme M'T dents, lancé par l'Assurance Maladie en 2007, prévoit un examen de prévention chez un chirurgien-dentiste pris en charge à 100% tous les trois ans de six à vingt-quatre ans.

En dehors de ces examens intégralement pris en charge, certaines consultations un peu plus spécialisées sont réalisables par le médecin traitant. Par exemple, s'il a les outils nécessaires et validés, celui-ci peut réaliser un test de la vision binoculaire par Test de Lang (cotation

BLQP010) mais également, avant les 3 ans de l'enfant, un dépistage de la surdité (cotation CDRP002).

Le médecin traitant peut également coter deux fois par an entre 3 et 12 ans une consultation de suivi et de coordination pour les enfants en risque avéré d'obésité.

3.1.7 Traçabilité du suivi médico-psycho-socio-éducatif et secret professionnel

Au vu des parcours de ces enfants, souvent marqués par des changements de lieu de vie, un support regroupant l'ensemble des informations le concernant semble important.

Le dossier d'ASE regroupe tous les documents médicaux, socio-éducatifs et juridiques relatifs au jeune. En dehors des documents élaborés dans le cadre judiciaire, ils sont communicables et accessibles aux détenteurs de l'autorité parentale sur simple demande, non nécessairement justifiée.

Sur le plan médical, où trouver les données nécessaires à la prise en charge en tant que médecin généraliste ?

Obligatoire depuis 1945, le carnet de santé est considéré comme confidentiel. En effet, la consultation du carnet de santé de l'enfant est soumise à l'accord de ses parents et les données qui y sont inscrites sont couvertes par le secret professionnel. Les parents des enfants placés détenant toujours l'autorité parentale, ce sont eux qui sont légalement détenteurs du carnet de santé de l'enfant.

Depuis 2016, il existe un support dématérialisé, alimenté par le patient lui-même et les médecins de son choix, appelé Dossier Médical Partagé (DMP). Celui-ci permet l'accès par le médecin traitant (et tout autre médecin suivant l'enfant, si l'autorisation lui est donnée par le représentant légal) à l'ensemble des documents médicaux mis en ligne. L'ouverture d'un DMP pourrait alors être envisagée comme une aide importante, pouvant par la même occasion pallier l'oubli ou la perte du carnet de santé papier. Il se poserait alors la question de l'accès au DMP. En effet, le gestionnaire du DMP d'un mineur est son représentant légal donc dans la majorité des cas son parent. Il est ensuite accessible par tout professionnel de santé suivant l'enfant via l'utilisation de sa carte CPS uniquement. Quelle place pour les professionnels accueillant l'enfant dans ce cas ? Faut-il leur donner un accès limité à certains documents ? Lesquels ? Dans l'état actuel de l'utilisation du DMP, cela semble difficile à mettre en place, puisqu'il est même impossible pour le moment d'indiquer deux représentants légaux

différents, dans le cas de parents divorcés par exemple, afin que chacun ait accès au DMP de l'enfant.

En consultation, il arrive que l'enfant soit accompagné de l'assistant familial ou de l'éducateur. Que peut-on communiquer à cette personne en tant que médecin ?

La loi Kouchner du 04/03/2002 a introduit la notion du secret partagé, qui a ensuite été complétée le 26 juillet 2016. L'article L.1110-4 du CSP affirme donc *« qu'un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité de soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »*. Les professionnels concernés incluent les assistants familiaux et les éducateurs (article R1110-2 du CSP).

En ce qui concerne les agents du département mettant en œuvre la politique de protection de l'enfance, l'article L.226-2-2 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) prévoit que *« les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant »*.

3.2 La santé des enfants placés

3.2.1 Indicateurs

Quelles différences existe-t-il entre la santé des enfants placés et celle de la population générale ? Les études sur le sujet sont peu nombreuses, et toutes sont limitées à un département, rendant l'évaluation de leur représentativité difficile.

Avant même leur prise en charge par l'ASE, les enfants semblent présenter un profil de santé particulier. Le taux de déni de grossesse et de prématurité est plus élevé qu'en population générale, et le taux d'hypotrophie est quatre à cinq fois supérieur[5,8,9,21]. Les hospitalisations sont également plus nombreuses, pour des motifs semblables à l'ensemble des populations précaires, les services hospitalisant plus volontiers devant les difficultés de la famille à réaliser correctement les soins les plus simples.

Au moment de la prise en charge des enfants placés, la prévalence de certains problèmes de santé tels que les retards de croissance, les carences alimentaires et les défauts d'hygiène semble également beaucoup plus importante[7,22]. Les antécédents traumatologiques sont également nombreux. Toutes ces problématiques peuvent être mises en lien avec soit la précarité sociale prépondérante dans cette population, soit les maltraitances subies et ayant motivé le placement, soit, bien souvent, l'intrication de ces situations.

Toutes les études le montrent, le handicap est surreprésenté parmi les enfants confiés. un enfant sur cinq est inscrit à la MDPH, et ils sont quatre fois plus nombreux à bénéficier de l'AEEH que dans la population générale[11,21]. Parmi ces handicaps, la grande majorité concerne des déficiences psychiques, cognitives ou du langage, les déficiences organiques (viscérales, motrices) étant faiblement représentées[23].

Les pathologies chroniques semblent également plus importantes, bien que les résultats soient encore une fois très variables sur ce point. Certaines études estiment en effet les nombre d'enfants pris en charge pour une ALD à 8%, contre 1 à 4% selon l'âge dans la population générale[11]. Néanmoins, d'autres études retrouvent un pourcentage d'ALD similaire aux enfants du département. De même, la prévalence de l'asthme et de problèmes dentaires est très variable selon les études. Certaines affirment observer moins de ces problèmes chez les enfants placés, les auteurs supposant dans ce cas un suivi plus important donc un effet bénéfique, quand d'autres affirment le contraire et observent par exemple une importante problématique dentaire de ces enfants issus de population précaire[7,9].

La disparité des résultats et le caractère très local de ces études rend très difficile l'interprétation et la généralisation à l'ensemble du territoire.

En revanche, toutes s'accordent à dire que les troubles psychologiques et psychiatriques nécessitant un suivi sont bien plus nombreux chez ces enfants, de même que les hospitalisations liées à ces problématiques (tentatives de suicide, dépressions, troubles du

comportement…). Le tableau suivant, tiré de la revue de la littérature réalisée par Morgane Even pour sa thèse en 2017[5], l'illustre parfaitement :

Publication	Département	Nombre d'enfants	Âge (années)	Type de placement	Tests utilisés	Résultats
Rousseau et al. 2006	Maine-et-Loire	92	0-12	85% institution 15% famille d'accueil	Hétéro-questionnaire	34% en souffrance psychique sévère au moment de placement
Charrel et al. 2009	Maine-et-Loire	310	6-18	Institution et famille d'accueil	Auto et hétéro-questionnaire	27% de troubles mentaux
Bourdais et al. 2003	Paris	100	11-12	Institution et famille d'accueil	Echelle de 0 (minimum) à 10 (maximum) de l'état psychologique évalué par un professionnel	23% ont un score <6
Bacro et al. 2013	Loire-Atlantique	525		Institution	Dossiers médicaux + hétéro-questionnaires	53% dans un état psychique alarmant
Bronsard et al. 2011	Bouches-du-Rhône	183	13-17	Institution	DISC 2.25 (DSM III-R)	49% de troubles mentaux sur les 6 derniers mois (filles 65% / garçons 37%)
Tanguy et al. 2015	Maine-et-Loire	128	0-4	Institution (pouponnière)	Dossiers médicaux de la pouponnière	91% de troubles mentaux au moment du placement 71% de troubles mentaux 4 ans plus tard
DISC 2.25 : Diagnostic Interview Schedule for Children ; DSM III-R : Diagnostic and Statistical Manual 3ème version révisée						

Tableau 2 : Etudes épidémiologiques françaises sur la santé des enfants placés, Morgane Even, 2017

Concernant les addictions, si des études étrangères retrouvent un risque quatre à cinq fois plus élevé pour les enfants placés de développer une dépendance et deux fois plus de jeunes dépendants à l'alcool, il existe peu de données françaises à ce sujet. Une étude réalisée dans le Maine-et-Loire en 2009 mettait en évidence un tabagisme deux fois plus élevé qu'en population générale mais ne retrouvait pas de différence concernant la consommation d'alcool ou de stupéfiants[8]. L'analyse descriptive des adolescents hospitalisés dans un service de psychiatrie ne retrouvait quant à elle aucune différence de consommation de toxiques entre les adolescents pris en charge par l'ASE et les autres[24]. Mais toutes ces études sont réalisées sur des populations et des effectifs limités, avec souvent un objectif principal différent, il est donc difficile d'en conclure des données fiables et transposables à l'ensemble des enfants français placés. Cette étude serait d'autant plus justifiée que la prévalence de la maltraitance est élevée dans cette population et que le lien entre maltraitance dans l'enfance (incluant, pour une minorité des études, les faits de négligence) et consommation de toxiques à l'âge adulte est bien souvent observé[25].

3.2.2 Définition de la santé

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946, et inclut donc deux dimensions :

- D'une part l'opposition à la maladie, être en bonne santé étant ainsi le fait de ne pas être malade. La maladie elle-même représentant, pour tout le monde, à la fois les symptômes de la maladie, la souffrance, mais également toutes ses conséquences (dépendance, infirmité, décès) ainsi que les recours et institutions qu'elle implique (médicaments, médecins, hôpitaux)[26].
- D'autre-part la notion de bien-être, impliquant une subjectivité dans la notion de santé de chacun, et l'importance de la « santé perçue » dans la définition de la santé de l'individu.

3.2.3 Représentations sociales de la santé chez les enfants placés, comparaison avec population générale : santé perçue

Les données sur les représentations de la santé chez les enfants placés et sur leur santé perçue sont peu nombreuses. Lorsqu'elles existent, les échantillons sont souvent peu nombreux, limités au maximum à un département, au minimum à une dizaine d'individus seulement. Les enfants de ces études sont bien souvent regroupés dans des classes d'âge, définies différemment selon les auteurs, rendant leur comparaison une fois encore difficile. Afin de tenter tout de même de cerner les points communs à ces études, nous allons regrouper les classes d'âge en trois grandes phases de développement : l'enfance, l'adolescence, le jeune adulte.

3.2.3.1 Enfance

Parmi le peu de données existantes, encore plus rares sont celles concernant les enfants. En effet, les questions posées dans le domaine des représentations de la santé telles que « qu'est-ce que la santé selon toi ? » ou « que signifie être en bonne santé ? » sont plus aisément posées aux adolescents qu'aux enfants plus jeunes, probablement par souci de compréhension. En 1983 déjà, cette question posée à des enfants de six ans avait eu pour réponse, pour deux tiers des enfants, « je ne sais pas »[27]. Cette étude, ainsi que plusieurs

autres réalisées entre 1975 et 1990, s'accordent à dire que la conception de la santé évolue avec l'âge de l'enfant. Chez les plus jeunes, la santé comme absence de maladie et non nécessité de consultation médicale serait prépondérante, associée à des conseils socialement admis tels que l'alimentation équilibrée ou le sport. La notion de bien-être et de santé mentale n'apparaitrait que vers l'âge de douze ans.

Des entretiens réalisés en 2012 avec un très faible échantillon de seulement seize enfants confiés à l'Aide Sociale à l'enfance en Haute-Savoie retrouvaient cette évolution dans les représentations de la santé selon l'âge, les plus jeunes interrogés n'intégrant dans leur réponse que l'absence de maladie[21].

Toutefois, une étude Montréalaise datant de 1994 avait pour objectif l'étude de la conception de la santé chez plus de 500 enfants de 5 à 12 ans[27]. Leurs résultats contrastent avec les études précédentes, car, si le nombre de non-réponse est encore une fois important chez les jeunes enfants, un quart des répondants évoque la santé mentale dans la conception de la santé, et ce quel que soit l'âge de l'enfant. Les auteurs expliquent cette différence par la méthodologie employée : plutôt que de poser la question « que signifie être en bonne santé ? », les questions posées aux enfants se rapportaient à leurs camarades, leur demandant qui selon eux était en bonne santé et pour quelles raisons ils le pensaient. Il serait intéressant de comparer ces données avec celles d'un échantillon représentatif d'enfants placés. Cependant, il me semble important de noter que cette étude a été réalisée uniquement sur des enfants issus de classes socio-économiques moyennes ou favorisées, ce qui ne concerne qu'une minorité des enfants placés.

Dans le cadre du même protocole, une seconde étude similaire a été réalisée sur une population d'enfants plus large issue de l'ensemble du Québec, incluant ainsi l'ensemble des classes socio-économiques. Les résultats globaux sont semblables, les enfants mentionnant la santé mentale dès 5 ans et dans les mêmes proportions quel que soit leur âge. Une différence selon le milieu socio-économique a néanmoins été observée : les enfants issus de milieu défavorisé mentionnaient moins les habitudes de vie saine (avoir une alimentation équilibrée, faire de l'exercice) que les enfants des classes moyennes et favorisées, ceci pouvant être expliqué par la plus grande difficulté d'accès à des aliments sains ainsi qu'une moins grande exposition à ces recommandations[28].

Les maladies chroniques semblant plus importantes chez les enfants placés, la représentation de la santé est-elle modifiée par le fait d'avoir soi-même des problèmes de santé ? Sur ce

point, les avis divergent. Si certaines études affirment que les enfants malades ont des concepts plus développés dans ce domaine, d'autres semblent démontrer que les enfants bien portants ont des connaissances plus sophistiquées sur la santé[27].

Alors comment les enfants placés se perçoivent-ils du point de vue de leur santé ? Bacro et al. ont évalué la qualité de vie d'enfants placés en Loire-Atlantique par auto-questionnaire[7]. Ils ont divisé les enfants en trois classes d'âge. Pour les 3-6 ans et les 6-11 ans, le score montrait une qualité de vie ressentie globalement satisfaisante. Les items étant évalués comme positifs par les enfants concernaient surtout les loisirs, tandis que les items en relation avec la séparation et les soins étaient vécus comme négatifs. Les auteurs ont ensuite comparé les résultats à ceux d'une population d'enfants de 6-11 ans issus de la population générale. Si la qualité de vie globale est similaire, on note une différence significative dans l'item « relation familiale », les enfants placés étant globalement moins satisfaits.

3.2.3.2 Adolescence

A la lumière des différentes études réalisées chez les enfants, l'évaluation de la conception de la santé semble donc plus fiable lorsque les questions se rapportent à des personnes concrètes plutôt qu'à des notions abstraites et générales. En 2012, une étude est donc réalisée en France sur des collégiens issus de milieu défavorisés selon cette méthodologie. Plus de 80% des adolescents ont évoqué le bien-être comme un critère de bonne santé, et moins de la moitié des adolescents ont évoqué l'absence de problème de santé. Interrogés sur l'influence de leur quartier sur leur santé, ces adolescents sont unanimes sur l'impact négatif des nuisances environnementales et de la présence de consommateurs et de vendeurs de drogues et autres substances addictives[29].

Le peu de données connues concernant les adolescents placés concordent avec celles des adolescents issus de la population générale : ils ont tous une conception large de la santé, incluant la santé mentale et le bien-être en général[7,14,21]. L'influence des facteurs extérieurs sur leur conception de la santé et leur santé en général est également commune : ils mettent facilement en rapport leur santé avec leur situation familiale, la séparation pouvant avoir eu un impact négatif comme positif selon les situations[14], mais également leurs parcours en général et l'évolution de leur situation dans le temps, les relations et les amitiés, et le regard des autres et la sensation de stigmatisation qui peut en découler[7].

En ce qui concerne la santé perçue de ces adolescents placés, un enfant sur cinq à un enfant sur quatre considère son état de santé comme médiocre ou mauvais selon les études[8,17]. A

titre de comparaison, et bien que les objectifs des études et les méthodologies diffèrent, cela représentait seulement 4% des collégiens issus de quartiers défavorisés interrogés en 2012[29]. La réalité est peut-être différente, mais cet écart interroge.

De plus, la qualité de vie des adolescents placés, évaluée par l'échelle de Duke, montrait globalement une moins bonne santé ressentie qu'en population générale, le score diminuant avec l'avancée en âge. Cette différence était surtout marquée par une moins bonne santé mentale et une plus grande anxiété. La santé physique et la santé sociale étaient quant à elles comparables à celle de la population générale[8]. Cette anxiété semble concerner plus volontiers la situation familiale, la relation à l'autre et les préoccupations générales telles que les évènements pouvant se dérouler dans le monde[7].

3.2.3.3 Adulte jeune

Je n'ai pas trouvé d'éléments concernant la conception de la santé chez les jeunes issus de l'ASE. La relation entre représentations de la santé et milieu social est largement admise. Une étude réalisée auprès de femmes âgées au Canada retrouvait par exemple que les femmes issues du milieu populaire ramenaient plus facilement la santé au destin, à la chance ou au travail, tandis que celle issues de la classe moyenne l'associaient plus à une responsabilité et une volonté personnelle[30]. Cette impression de déterminisme social, voire de fatalité est-elle réellement liée au milieu défavorisé ? Est-elle observée également chez les individus ayant été placés ? N'étant a priori pas présent chez les enfants (nous l'avons vu, les enfants placés évoquant les habitudes de vie à avoir pour être en bonne santé), à quel âge et/ou dans quelles circonstances apparait-elle dans ce cas ? La transition adolescence – âge adulte et la sortie de placement pourraient-elles exercer une influence ?

Il existe très peu de données sur la santé perçue des jeunes issus de l'Aide Sociale à l'Enfance. En 2011, Dumaret et al. se considèrent comme les premiers à étudier la qualité de vie liée à la santé chez des adultes ayant été placés[31]. A l'aide de l'échelle de Duke, ils ont ainsi évalué la santé perçue de 103 adultes anciennement placés. Si, en dehors du score portant sur les incapacités, significativement plus élevé dans la population étudiée, la santé globale ne diffère pas de leur groupe témoin issu de la population générale, ils ont observé que la santé perçue, mentale et sociale, dépendait fortement de la situation professionnelle et du niveau de diplôme. Ainsi, comparativement à la population témoin dans les mêmes situations, ceux ayant un diplôme au moins équivalent au baccalauréat se considéraient en meilleure santé, tandis que ceux n'ayant pas d'emploi se considéraient en moins bonne santé.

Toutefois, le faible effectif de l'échantillon et l'absence d'autre étude sur ce sujet ne permettent pas d'évaluer précisément l'impact du parcours à l'ASE sur la santé perçue des adultes anciennement placés.

3.2.4 Représentation de la santé pour les titulaires de l'autorité parentale des enfants placés

Quelle place les parents des enfants placés donnent-ils à la santé de leur enfant ? Quelle place leur est-elle donnée dans le suivi de la santé ?

A l'entrée de l'enfant dans un établissement d'accueil ou chez un assistant familial, il est demandé aux parents de signer une autorisation de soins. Celle-ci concerne les soins usuels tels que les consultations de suivis ou pour problèmes de santé bénins. En cas de problème de santé plus importants tels qu'une opération ou une hospitalisation, et en cas d'acte non usuel tel que le choix d'une paire de lunettes par exemple, l'autorisation des parents, titulaires de l'autorité parentale, doit être recherchée. En pratique, nombreux sont les parents qui signent cette autorisation sans réellement savoir ce qu'elle contient[14,15].

La communication concernant la santé de leurs enfants est très aléatoire. Si les accueillants sont en théorie tenus d'informer la famille pour chaque acte médical, la pratique dépend des établissements, certains impliquant les parents, s'ils le souhaitent, dans chaque décision, d'autres informant les parents mais faisant eux-mêmes les démarches, d'autres les faisant avant d'informer, ou non, des actes réalisés. Nombreux semblent les parents, dans certaines études, qui apprennent les démarches réalisées pour leur enfant par la bouche de l'enfant lui-même. La communication semble parfois plus simple avec les assistants familiaux qu'avec les établissements.

Mais l'absence d'implication des parents n'est pas que le fait d'un manque de communication. En effet, le nombre de familles impliquées dans le suivi médical des enfants peut parfois sembler très faible[21].

La santé des enfants perçue par les parents est peu étudiée, mais dans l'étude réalisée en 2009 dans le Maine-et-Loire, les parents interrogés estimaient plus facilement leurs adolescents comme en très bonne santé que les jeunes eux-mêmes ne se considéraient. Malheureusement nous n'avons pas de données supplémentaires pour comparer à un échantillon plus grand ou à la population générale.

3.2.5 Représentation de la santé pour les éducateurs et les familles d'accueil

Les éducateurs et les assistants familiaux sont présents au quotidien aux côtés des enfants. Ils peuvent donc représenter, pour l'enfant, une référence sur laquelle s'appuyer pour se construire. Il est ainsi probable que les représentations de ces professionnels aient une influence sur les représentations de l'enfant lui-même. Etant en première ligne, c'est à eux que s'adressent les enfants lorsqu'ils ont une problématique en lien avec la santé. Ce sont également souvent eux qui conduisent les enfants chez le médecin pour des consultations autres que le suivi programmé pour lequel les parents sont sollicités. Un certain nombre d'assistants familiaux déclarent par ailleurs participer financièrement aux soins des jeunes accueillis devant des délais de réponse importants lors des demandes à l'ASE[14].

Les différentes études réalisées auprès de ces éducateurs et d'assistants familiaux au sujet de la santé des enfants accueillis constatent une représentation de la santé plus restreinte de la part des éducateurs comparativement aux assistants familiaux. Ils semblent plus fréquemment limiter la notion de santé aux affections somatiques et aux troubles psychologiques sans y intégrer la notion de bien-être. Les assistants familiaux quant à eux paraissent prêter plus d'attention à des détails dans le comportement de l'enfant pouvant traduire un mal-être, une peur, créant un obstacle au fait de prendre soin de soi[14,21].

Educateurs et assistants familiaux semblent considérer les enfants accueillis en famille d'accueil en meilleure santé que ceux en établissement[8,17]. Le suivi médical et l'évaluation de l'état de santé d'un enfant nécessitent dans tous les cas une connaissance particulière de l'individu, quotidienne, afin de repérer précocement des symptômes discrets, ce qui implique donc une certaine proximité, peut-être plus facilement obtenue en famille d'accueil qu'en établissement.

Concernant la perception de la santé de ces enfants par leurs accueillants, on remarque que s'ils estiment la majorité des enfants en bonne santé, ils émettent facilement des réserves, considérant bien souvent leur état de santé plus satisfaisant que très bon. L'évaluation de l'état de santé des adolescents semble assez aléatoire, les intervenants estimant les jeunes en meilleure ou en moins bonne santé que les jeunes eux-mêmes ne se considèrent selon les études. Ces différences traduisent une connaissance plus limitée du suivi des jeunes à l'adolescence que dans l'enfance. Pour exemple, les professionnels interrogés dans le cadre d'une étude réalisée à Paris ont répondu ne pas savoir pour un adolescent sur deux alors qu'ils ignoraient pour seulement 4% des enfants[17].

3.2.6 Suivi global de la santé de l'enfant

3.2.6.1 En population générale

Il est difficile d'évaluer le taux de suivi régulier que ce soit en population générale ou chez les enfants placés, car même les certificats obligatoires en théorie exhaustifs ne sont que peu remplis en pratique générale. En effet, les taux de couverture moyens nationaux pour les certificats du 8ème jour, du 9ème mois et du 24ème mois atteignent respectivement 60%, 30% et 30%[32], en sachant que le premier est bien souvent réalisé à la maternité donc protocolisé, tandis que les deux autres sont réalisés par le médecin s'occupant du suivi de l'enfant.

Lors de la réalisation de différentes thèses en 2004 et 2005, les 20 visites obligatoires (à réaliser avant 6 ans au moment des études) semblaient peu connues des médecins interrogés[7], la réalisation des courbes biométriques n'était faite que par la moitié d'entre eux.

En 2018, selon les certificats obligatoires des 24 mois, la couverture vaccinale était de plus de 95% pour le DTP (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite), qui était déjà obligatoire. Elle était également de plus de 95% pour la Coqueluche et l'Haemophilus influenzae (disponibles avec les 3 vaccins précédents dans un vaccin conjugué pentavalent). Elle dépassait 90% pour le pneumocoque et l'hépatite B, était de 83.4% pour le ROR (Rougeole – Oreillons – Rubéole) et de 78.6% pour le Méningocoque C qui n'étaient alors pas encore obligatoires[33].

La couverture vaccinale par le HPV était inférieure à 30% des jeunes filles en 2018, mais il est important de noter que le schéma vaccinal et les indications ont été modifiés depuis cette date, et qu'il est désormais recommandé à un âge plus jeune et quel que soit le sexe[34].

Malgré une augmentation importante des consultations dentaires des enfants suite à la mise en place du dispositif M'T dents, seuls 67% des parents connaissent l'existence de ces consultations[35].

3.2.6.2 Chez les enfants placés

Quel suivi médical existe chez les enfants placés ? Quels sont les intervenants médicaux et paramédicaux ? Une différence avec la population générale peut-elle être mise en évidence ?

Plusieurs études ont évalué la santé des enfants placés et leur suivi médical et paramédical. Elles sont toutes limitées géographiquement au maximum à un département.

Sur le plan de la prévention, l'ensemble des études retrouve un taux de vaccination satisfaisant, voire meilleur que dans la population générale en ce qui concerne les vaccinations obligatoires. Le taux de vaccination contre le BCG est semblable à celui de la population générale, tandis que la vaccination contre le papillomavirus réalisée à l'adolescence est moins prévalente que dans la population générale dans un des échantillons[8,11,17,21].

A l'inverse, les consultations de prévention en matière de santé bucco-dentaire sont moins importantes chez les enfants placés. D'une manière générale, on observe plus de problèmes dentaires non soignés et moins de consultations chez le dentiste lorsque le niveau socio-économique est bas. Ainsi, selon une étude réalisée en 2008, le taux de recours à un dentiste dans l'année précédente entre 5 et 15 ans varie de 60% chez les enfants d'ouvriers ou de parents sans activité, à 80% chez les enfants de cadres, et 23% des enfants d'ouvriers ont au moins une carie non soignée en maternelle contre seulement 4% des enfants de cadres[36]. Le recours à un dentiste dans le cadre du dispositif M'T dents est lui aussi très variable selon l'environnement social, les ménages aux plus faibles revenus y participant moins alors même que, paradoxalement, ce sont eux qui nécessitent le plus de soins[36]. Les enfants placés, pour la plupart, sont issus de ces milieux défavorisés[10,37]. Chez les enfants placés, le taux d'enfants ayant un suivi dentaire oscille aux alentours de 57-58% selon les départements, et le suivi diminue encore à l'adolescence[8,17]. Rappelons que la HAS recommande une visite chez le dentiste tous les ans pour les adultes comme pour les enfants, et ce dès l'apparition des dents de lait. En pratique, cela est difficilement réalisable du fait de la pénurie de dentistes actuelle, touchant pratiquement tous les départements, mais cela ne justifie pas les disparités entre les enfants placés et ceux issus de la population générale.

De même que pour les consultations de suivi du jeune enfant, il y a peu de données sur la réalisation de la première consultation contraception que ce soit en population générale ou chez les enfants placés, mais il est intéressant de noter que les jeunes de la protection de l'enfance ont une initiation sexuelle plus précoce[21] que la population générale, avec, pour une partie d'entre eux, une entrée dans la sexualité marquée par des violences et des abus. Cette population serait donc particulièrement concernée par une consultation de prévention en santé sexuelle.

Concernant les dépistages visuels et auditifs, les variations de réalisation selon les études sont grandes, probablement en partie liée aux critères choisis : a-t-il été fait dans l'année précédente, dans les deux ans, une fois au moins depuis la petite enfance ? Difficile donc

d'interpréter ces chiffres, d'autant plus que ceux de la population générale sont inconnus. En revanche, on remarque que le dépistage auditif est bien moins souvent réalisé que le dépistage visuel et que, quel que soit le dépistage, les adolescents sont, encore une fois, beaucoup moins concernés que les enfants[8,11,17].

Si, dans ces études, une grande majorité (plus de 90%) des enfants a bénéficié d'une consultation avec le médecin généraliste durant l'année écoulée, seulement 46.6% des enfants du Maine-et-Loire ont un suivi systématique, 75% des enfants de l'ASE de Paris, 65% des adolescents. Dans les deux études, seulement deux tiers des enfants ayant un suivi systématique sont vus tous les ans. De plus, la connaissance de ces enfants par les médecins généralistes est aléatoire, nombreux sont les points sur lesquels les médecins sont incapables de répondre, même pour des enfants suivis régulièrement, et plus particulièrement pour les adolescents, laissant supposer un suivi superficiel, limité aux pathologies aiguës des enfants.

Les suivis spécialisés sont nombreux. En effet, les enfants observés à l'ASE de Paris étaient pour un tiers d'entre eux suivis par un pédiatre, et la moitié des enfants étaient suivis par un autre spécialiste[17]. 30% des adolescentes avaient déjà vu un gynécologue. Parmi les suivis spécialisés, les suivis psychiatriques représentent également une part non négligeable, allant jusqu'à près d'un enfant sur cinq dans la population étudiée dans les Bouches-du-Rhône[11].

On observe globalement un nombre important de suivis paramédicaux par enfant. Parmi eux, le suivi psychologique est prépondérant, concernant selon les échantillons un enfant sur trois à trois sur quatre. Ces différences s'expliquent par les politiques de protection de l'enfance (consultation systématique ou non) mais aussi par l'offre de soins variable selon les territoires. Dans tous les cas, lorsqu'il existe des données pour la population générale, les suivis psychologiques sont toujours beaucoup plus importants chez les enfants placés[5,7,11,21,22]. Cela traduit la prévalence des troubles psychologiques et psychiatriques chez ces enfants au parcours souvent compliqué, teinté de ruptures et de maltraitances.

Les rééducations sont également souvent nécessaires pour ces enfants. Parmi elles, l'orthophonie est prépondérante. En effet, selon la revue de la littérature réalisée en 2017[5], 10 à 18% des enfants placés selon les départements étaient pris en charge en orthophonie. Dans les Bouches-du-Rhône en 2014, c'est un tiers des enfants placés qui étaient concernés (cf. tableau 2). Je n'ai pas d'étude comparable en population générale, mais en 2010, moins de 800 000 enfants ont été suivis pour une rééducation du langage écrit ou oral[38] tandis qu'à l'époque la population des moins de 18 ans dépassait les 15 millions. Autrement dit, en

extrapolant ces données, on peut estimer qu'environ 5% des moins de 18 ans bénéficiaient d'un suivi orthophonique pour ces motifs en 2010. Même en considérant les autres motifs de consultation (bien moins fréquents) et les tranches d'âge différentes selon les études compliquant la généralisation de ces données, on peut supposer que les résultats soient en faveur d'une plus grande prévalence de l'orthophonie chez les enfants placés.

Certains auteurs estiment que les suivis psychologiques, psychiatriques et orthophoniques sous-estiment le nombre d'enfants en ayant réellement besoin. En effet, ces suivis nécessitent l'aval des représentants légaux de ces enfants, parfois difficile à obtenir du fait de la distance mais aussi de l'image de la psychiatrie. Selon la revue de la littérature réalisée par Morgane Even, un enfant placé a 3.5 fois moins de chances d'avoir un suivi orthophonique qu'un enfant non placé pour des indications identiques[5].

Certaines études retrouvent une différence significative du nombre ou du type de suivi selon le lieu de placement (plus de suivis psychiatriques en foyer, plus de rééducation en famille d'accueil), mais on pourrait expliquer ces différences simplement par les différences d'âge des enfants selon le lieu d'accueil, les adolescents étant plus facilement placés en foyer tandis que les enfants jeunes seraient placés en famille d'accueil.

Prise en charge paramédicale	**Total**	**MECS**	**FA**
Psychologue	56%	57%	55%
Orthophonie	35%	37%	32%
Orthodontie	26%	30%	22%
Orthoptie	9%	7%	11%
Kinésithérapie et rééducation	7%	6%	9%
CMP ou CMPP	6%	5%	7%
Psychomotricien	2%	1%	2%
CAMSP	2%	0%	3%
Autres	1%	1%	1%

Tableau 3 : Prise en charge paramédicale selon le lieu de placement. Source : ASE Bouches-du-Rhône, 2014

3.2.7 Traçabilité des données médicales et accès par interlocuteur

Prépondérante dans l'exercice de la médecine générale, la traçabilité des données est d'autant plus importante chez ces enfants que nombreux sont ceux qui changent de lieu de vie au cours de leur parcours, et que les interlocuteurs sont multiples : les parents bien sûr, mais également les éducateurs, les assistants familiaux, le personnel de l'ASE…

Comme évoqué précédemment, le carnet de santé revêt alors une importance particulière. Généralisé en 1945 pour faire face à l'augmentation de la mortalité infantile, c'est un outil qui, bien utilisé, suit l'enfant dans ses différents lieux de vie et permet en théorie le recensement de l'ensemble des actes médicaux réalisés (consultations, prescriptions, courbes biométriques, vaccinations, imageries, hospitalisations, maladies infantiles…). En pratique, il existe de nombreux obstacles à une telle exhaustivité.

- La détention du carnet de santé par les accompagnateurs de l'enfant.

Pour être correctement rempli, encore faut-il qu'il existe et qu'il soit disponible le moment venu. Bien que les représentants légaux soient légalement les dépositaires du carnet de santé, et que la consultation de celui-ci soit soumise au secret médical donc à leur autorisation, la nécessité d'avoir cet outil à disposition en cas de consultation médicale semble justifier que le carnet de santé suive l'enfant dans ses déplacements. Idéalement donc, le carnet de santé devrait être à la disposition des intervenants sociaux lorsque l'enfant est accueilli, et le suivre lors de ses visites au domicile de ses parents. Pour plus de praticité, un grand nombre d'établissements demande ainsi que le carnet suive l'enfant lorsqu'il est au foyer et en droit de visite. En pratique, un certain nombre de parents peuvent avoir égaré le carnet, que ce soit avant le placement ou lors des déplacements de l'enfant, d'autres refusent de le confier, considérant cette demande comme un deuxième affront après le retrait de la garde de l'enfant[14]. Les difficultés de communication qui peuvent exister entre les accueillants et les parents peuvent également être un obstacle à la transmission régulière du document. Ainsi, certains lieux d'accueil, pour éviter la perte du carnet, choisissent de le conserver même lors des droits de visite, empêchant ainsi les parents d'y accéder[15].

- La présence du carnet de santé lors de la consultation.

Celle-ci découle en partie de la difficulté précédente. En effet, si le carnet est indisponible, il ne le sera pas moins lors des consultations. Mais il arrive également que le carnet de santé soit disponible mais oublié le jour de la consultation, que ce soit chez les enfants placés mais également en population générale.

Si l'ASE favorise la présence des parents lors d'une consultation médicale, ils ne sont en pratique pas systématiquement présents, que ce soit pour des questions d'indisponibilité, de distance, de manque d'implication…

Au total, dans les quelques études s'étant intéressées à la présence du carnet de santé lors des consultations d'enfants placés, un enfant sur cinq ne l'avait pas[11,21].

- Le remplissage du carnet de santé.

En population générale comme chez les enfants placés, le remplissage du carnet de santé n'est pas systématique. Bien qu'une majorité des médecins généralistes et pédiatres l'utilise, tous les items ne sont pas équitablement utilisés[39–41]. En effet, les vaccinations semblent être le plus souvent actualisées à chaque nouveau rappel, mais l'évaluation du développement moteur (âge de la station assise, de l'acquisition de la marche…) et du langage par exemple, ne sont pas systématiquement complétées.

Les courbes biométriques étaient, selon des thèses réalisées en 2004 et 2005, remplies à chaque consultation par moins de la moitié des médecins, et un médecin sur dix affirmait ne jamais les compléter[7]. Plus de la moitié des courbes était inexploitable. Une thèse plus récente réalisée par Morgane Le Camus en 2017 retrouve sur un échantillon de 193 enfants âgés de zéro à six ans un taux de remplissage de ces courbes plus satisfaisant, aux alentours de 75%. En 2018, une nouvelle étude réalisée sur 320 enfants en médecine générale, en cabinet de pédiatrie, en PMI et en consultations hospitalières non programmées retrouvait un taux de remplissage des courbes de poids de près de 91% mais notait que les courbes d'IMC n'étaient quant à elles tracées que pour 46% des enfants de plus de 2 ans[41]. Les différentes études observent par ailleurs une diminution de la conformité du remplissage du carnet de santé avec l'âge de l'enfant[40,41]. L'utilisation du carnet de santé par les médecins suivant les enfants semble donc s'améliorer mais n'est tout de même pas optimale.

Ces données sont toutes issues de la population générale, mais les constats sont les mêmes pour les enfants placés : un remplissage aléatoire tant par les médecins, généralistes ou spécialistes, que par les éducateurs qui ne consignent pas les incidents, favorisant les transmissions orales aux dépens de la traçabilité écrite, d'autant plus pénalisantes que les intervenants sont nombreux[14]…

La disponibilité du carnet lors des consultations médicales et le bon remplissage de celui-ci sont donc assez aléatoires[14,21] Par ailleurs, le carnet de santé, bien qu'important, ne regroupe pas l'ensemble des documents médicaux pouvant être utiles au suivi de l'enfant (comptes-rendus d'hospitalisation, résultats d'examen…).

Pour pallier ce problème, lors de l'étude réalisée en 2016 sur l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance[14], les intervenants ont évoqué la possibilité de création d'un « carnet de santé bis », retraçant les données médicales pendant le parcours à l'ASE de l'enfant, permettant d'éviter toutes problématiques liées à l'appartenance du carnet

aux parents. Au-delà du fait que cela ne résoudrait pas les problèmes liés au remplissage du carnet, on peut s'interroger sur la faisabilité d'un tel carnet qui, en quelque sorte, retirerait la possibilité aux parents d'exercer leur autorité parentale sur les données médicales de leur enfant, droit qu'ils conservent malgré le placement de leur enfant dans la majorité des situations.

Peut également se poser la question de l'utilité du DMP (Dossier Médical Partagé) dans ces situations. Il permettrait en effet, à l'aide d'un outil existant, d'améliorer le suivi médical de ces enfants en créant une base de données à la fois accessible par les professionnels suivant l'enfant et par les parents. Toutefois, cela nécessiterait encore une fois un remplissage assidu par les médecins. Or aujourd'hui, l'utilisation du DMP est loin d'être généralisée auprès des professionnels. En effet, selon ameli.fr, fin novembre 2019, 12.3% de la population disposait d'un DMP, 9.7% des patients l'alimentait et un médecin sur cinq l'alimentait également. Au-delà des obstacles techniques évoqués plus haut concernant la gestion d'un DMP au vu de la multiplicité des acteurs entourant l'enfant, la couverture semble donc pour le moment insuffisante.

3.3 Le médecin généraliste face à l'enfant placé

3.3.1 Etat des connaissances du médecin généraliste sur le domaine médico-judiciaire

3.3.1.1 Pendant les études

Quel enseignement existe sur le sujet tout au long des études de médecine ?

- La PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé)

Le programme de la première année est divisé en huit unités d'enseignement. L'UE 7 : « Santé, Société, Humanité » explore entre autres l'organisation du système de soins Français et son histoire, en comparaison avec les autres systèmes européens, et évoque quelques notions de droit (responsabilité médicale, secret médical…). Elle inclut des réflexions sur certains thèmes, par exemple l'exclusion et l'intégration, qui pourraient ainsi inclure la protection de l'enfance. Néanmoins en pratique, les cours et les concours sont propres à chaque université, impossible donc d'établir quelles notions sont nationalement enseignées dans le détail. D'autre part, l'organisation même de cette année, consistant en l'apprentissage d'un maximum de connaissances uniquement théoriques et leur restitution lors d'un concours ne favorise

probablement pas une mémorisation à long terme de ces connaissances. D'autant plus que l'enseignement étant très général cette année-là, préparant les étudiants pour des filières très différentes, un certain nombre de ces connaissances n'auront pas d'application pratique dans la suite des études.

Devant le nombre important d'étudiants refoulés après ce concours avec un bagage de connaissances ne leur permettant aucune passerelle dans un autre domaine, une réforme de cette première année a été mise en place pour l'année 2020-2021. Cette réforme supprime la PACES au profit de deux filières différentes :

- Le Parcours Accès Santé Spécifique (PASS), dont le programme est similaire à celui de la PACES en dehors d'une minorité d'enseignement généraliste pour favoriser la réorientation en cas de non-validation. L'enseignement spécifique sur le domaine médico-judiciaire est donc sensiblement le même, sinon moindre, dans cette voie.
- La Licence avec option Accès Santé (L.AS) qui est à l'inverse un enseignement généraliste en 3 ans mais avec une minorité d'enseignement spécifique à la Santé, permettant chaque année à une partie des étudiants un accès vers la deuxième année de Médecine – Maïeutique – Odontologie – Pharmacologie (MMOP). Le programme médical étant minoritaire dans cette voie, l'enseignement sur le domaine médico-judiciaire l'est également.

- DFGSM 2 et 3 (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales, deuxième et troisième année)

Là encore, bien que les UE soient les mêmes entre les différentes facultés, les enseignements sont dépendants de chaque université. Difficile donc de savoir quelles notions médico-judiciaires sont communément enseignées dans le cadre du module « Santé, Société, Humanité ».

- DFASM 1, 2 et 3 (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales, c'est l'externat)

Lors de l'externat, il y a une alternance entre cours et stages en hôpital. Ces trois années permettent de préparer l'ECN, Examen Classant National, qui permet de classer l'ensemble des étudiants français avant le choix de la spécialité et de la ville d'internat. Le programme est

donc national, la liste d'items est précise et disponible sur le site de la HAS. La troisième Unité d'Enseignement : *Maturation – Vulnérabilité – Santé mentale – Conduites addictives* inclut deux items sur le sujet dont les objectifs sont les suivants :

- Item 55 : « Maltraitance et enfants en danger : protection maternelle et infantile »
  - Repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.
  - Argumenter la démarche médicale et administrative nécessaire à la protection de la mère et de l'enfant.

- Item 57 : « Sujets en situation de précarité »
  - Connaître les facteurs de risque.
  - Évaluer la situation de précarité, définir les différents types et niveaux de précarité.
  - Connaître les morbidités les plus fréquemment rencontrées et leurs particularités.
  - Évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité.
  - Connaître les dispositifs médico-sociaux adaptés.

L'item 55 est développé dans le référentiel de pédiatrie. Il traite du repérage des situations de maltraitance et des possibilités d'information préoccupante et de signalement. Il détaille les informations à donner lors d'un signalement et les possibilités de suites données selon l'urgence de la situation (protection administrative, protection judiciaire, poursuites judiciaires).

L'item 57 est quant à lui traité dans le référentiel de psychiatrie. Les dispositifs législatifs et médico-sociaux y sont détaillés (PASS, RSA, AME, CMU-C, AAH…) et la place cruciale du médecin généraliste dans la prise en charge de ces populations y est réaffirmée.

Au terme de l'externat, l'ensemble des étudiants en médecine connait donc les démarches à effectuer face à un enfant en danger et les dispositifs existants pour ces patients, que ce soit pour le suivi médical ou pour les aides financières. Les étudiants savent donc effectuer un signalement pour envisager un éventuel placement, mais il n'y a aucun enseignement sur le

devenir de ces enfants : couverture sociale, conditions de suivi médical, réévaluation de la mesure, lieu de placement…

- DES de Médecine Générale 1, 2 et 3 : l'internat

Les stages lors de l'internat sont différents selon les universités et les étudiants, chacun ayant un parcours personnel selon ses choix, pondéré par le classement obtenu aux ECN qui conditionne l'ordre de choix pour les stages tout au long de l'internat. Il n'y a donc aucun enseignement commun sur le sujet, mais certains peuvent par exemple réaliser un stage en PMI, pouvant ainsi observer le fonctionnement de l'ASE et le partenariat, lorsqu'il existe, entre l'ASE et la PMI.

3.3.1.2 Pendant l'exercice

3.3.1.2.1 Ressources judiciaires locales

Sur le plan judiciaire, le principal potentiel interlocuteur des médecins dans le domaine de la Protection de l'Enfance est le parquet, plus précisément le procureur de la République. En effet, c'est à lui que doivent s'adresser les signalements en cas de danger immédiat pour un mineur. La Gendarmerie peut également être amenée à intervenir sur certaines situations de mineurs en danger, notamment via la Brigade de Protection des Familles (BPF), unité spécialisée dans les violences intra-familiales au niveau départemental, mais elle n'est alors pas en lien avec le médecin.

Tout au long de la prise en charge médicale des mineurs placés, seul le signalement initial semble justifier un échange entre le médecin et le système judiciaire. En effet, une fois l'enfant placé, les jugements réguliers de réévaluation de la situation sont indépendants du médecin et non signifiés à celui-ci. Seule une nouvelle situation de danger pour l'enfant pourrait donner lieu à un nouveau signalement ou une nouvelle IP.

Les médecins généralistes savent-ils donc à qui s'adresser lorsqu'ils sont face à un mineur en danger ? Connaissent-ils la procédure d'IP ou de signalement selon les situations ?

Une étude réalisée en Ille-et Villaine en 2013 apporte un élément de réponse à ces questions. 70% des médecins généralistes interrogés ignoraient la signification du terme IP, 77.2% des médecins ignoraient quel en était le destinataire et 79.5% ne connaissaient pas la différence entre IP et signalement[42].

Il est intéressant de noter que les médecins formés à l'IP observaient plus souvent des situations de mineurs en danger. On peut s'interroger sur la causalité de cette observation : s'étaient-ils formés parce qu'ils étaient régulièrement confrontés à de telles situations ou les repéraient-ils plus facilement parce qu'ils y étaient formés ?

Une étude semblable, réalisée plus récemment en 2018 en région PACA retrouvait des résultats similaires : 22.5% des médecins (généralistes et pédiatres) connaissaient le contenu de l'IP, 21.6% savaient à qui l'envoyer. Concernant le signalement, 60.1% des médecins le réalisaient face à une forte suspicion de maltraitance. Bien que la majorité (89.4%) sache à qui l'adresser, les méthodes de communications (fax, courrier électronique, téléphone) dépendaient de chacun, et seulement 32.6% envoyaient ce signalement par écrit tout en adressant simultanément un appel téléphonique au Procureur[43].

3.3.1.2.2 Ressources sociales locales

Il semble donc que les connaissances des médecins généralistes sur les procédures à engager face à un enfant en danger ou en risque de l'être soient insuffisantes. Mais savent-ils de qui s'entourer pour la prise en charge de ces enfants ?

Une thèse réalisée en Meurthe-et-Moselle en 2015 étudiait la collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux. Bien que les effectifs soient réduits, la plupart des médecins n'ayant pas donné suite aux sollicitations des réalisateurs de l'étude, ces relations semblent rares et ponctuelles. Seul l'un des focus group décrit une réelle collaboration, où les médecins connaissent les travailleurs sociaux et ont des contacts directs avec ceux-ci pour la prise en charge du patient. Ce constat est expliqué en partie par la méconnaissance du réseau social par les médecins. D'une part, ce réseau est complexe, il existe une multitude d'interlocuteurs différents selon la demande et différentes structures vers qui orienter le patient selon le problème rencontré. D'autre part, la formation des médecins sur le sujet est limitée, et n'a pas été considérée par ces mêmes médecins comme nécessaire lors de leur formation initiale[44]. Ils sont un certain nombre à évoquer l'idéal d'un interlocuteur unique qui se chargerait ensuite de contacter le travailleur social dont les compétences sont en rapport avec la demande.

Une autre thèse réalisée dans le même département en 2011, avec un effectif de médecins généralistes répondants plus important (398) confirme que 87.5% des médecins déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux de leur territoire (Figure 4). Seuls 8% des médecins se disent souvent en contact avec les structures sociales (Figure 5)[45].

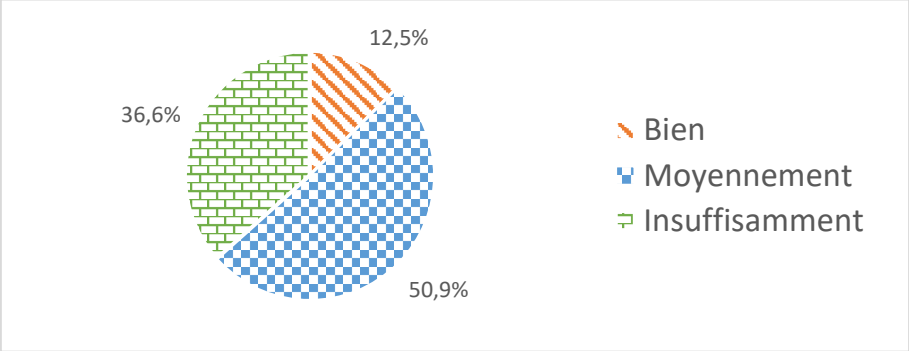


Figure 4 : Connaissance des dispositifs sociaux. Source : Matz Flye Sainte Marie, 2011

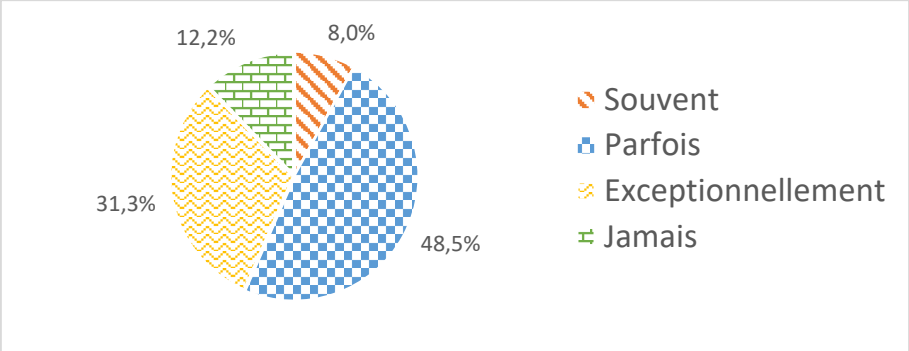


Figure 5 : Fréquence de contact avec les dispositifs sociaux. Source : Matz Flye Sainte Marie, 2011

La collaboration entre les différents travailleurs sociaux et les médecins généralistes semble donc elle aussi insuffisante pour assurer une bonne prise en charge sociale des patients, et ce en grande partie du fait de la méconnaissance des structures par les médecins.

3.3.1.2.3 Positionnement face au secret

L'article 226-14 du Code Pénal mentionne que le secret professionnel n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, (…) qui ont été infligées à un mineur ». Cela inclut donc le signalement comme l'IP. Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles, lors de la réalisation d'une IP, la personne exerçant l'autorité parentale doit être préalablement informée de cette démarche, sauf si cette information préalable est susceptible de mettre l'enfant en danger. En pratique, il est à noter sur la fiche d'Information Préoccupante si la famille est informée ou non du recueil de cette fiche.

Mais le rôle du médecin généraliste ne s'arrête pas au repérage des enfants en danger, c'est lui qui suit ensuite ces enfants placés, en partenariat avec les services sociaux qui les accueillent. Quel partage des informations médicales peut-il exister entre ces accueillants et le médecin ?

L'un des freins à la collaboration entre médecins généralistes et assistants sociaux dans les études de 2011 et 2015 citées précédemment était le secret médical. Il est intéressant de noter que l'article R1110-2 du Code de la Santé Publique a été modifié en 2016 par décret, donc après ces études. Cette modification a permis d'inclure dans les professionnels concernés par le secret partagé les assistants de service social.

Depuis 2016 donc, un médecin généraliste peut échanger des données médicales avec des travailleurs sociaux à condition que cela soit nécessaire à la bonne prise en charge du patient et surtout avec son accord.

3.3.1.2.4 Limites d'intervention

Nous l'avons vu, la formation des médecins sur les enfants placés est insuffisante et se limite bien souvent au repérage et au signalement de situations préoccupantes. Les études elles-mêmes sont peu nombreuses sur le sujet au-delà de ce repérage.

Plusieurs études ont été réalisées dans le cadre de thèses concernant les freins à la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement face à un enfant en danger[46–48].

Le premier frein, déjà évoqué, est celui de la connaissance du sujet. Elle concerne bien sûr la connaissance des procédures et des réseaux, que l'on a évoqué, mais également la connaissance de la définition de l'enfant en danger ou en risque de l'être qui n'est pas toujours complète pour tous les médecins généralistes.

Un autre frein important est celui du doute diagnostique. Contrairement à un certain nombre de diagnostics en médecine générale, il n'existe pas un score réalisable en consultation permettant de placer le patient en « à risque » ou « non à risque ». Ce diagnostic est évoqué devant différents indices, qu'il faut donc repérer. Un certain nombre des médecins interrogés évoquaient ainsi la peur de se tromper comme un véritable obstacle à la procédure.

Il existe également un certain nombre de facteurs limitant l'intervention du médecin. Ceux-ci peuvent être en lien avec l'enfant (mensonge de l'enfant pour se protéger ou pour protéger ses parents, présence du parent en consultation, peur des représailles, …), avec le parent (conflits entre parents divorcés, déni des parents, refus de l'examen clinique par les parents…), ou avec le médecin généraliste lui-même (ne pas penser à dépister et à rechercher la maltraitance, peur d'être confronté à une telle situation, temps à consacrer, difficultés à aborder le sujet, manque d'objectivité face à une relation médecin-patient installée de longue date, conséquences émotionnelles d'une telle situation sur le médecin…).

Les freins au dépistage et au signalement de la maltraitance infantile décrits par les médecins généralistes sont donc divers et nombreux, comme en témoigne la figure 6 issue de la thèse réalisée en 2017 par Camille Renzi auprès de, pourtant, seulement 13 médecins.

Si les difficultés sont si nombreuses pour un domaine pourtant étudié, on peut supposer que les connaissances des médecins pour la prise en charge de ces enfants une fois placés sont elles aussi défaillantes.

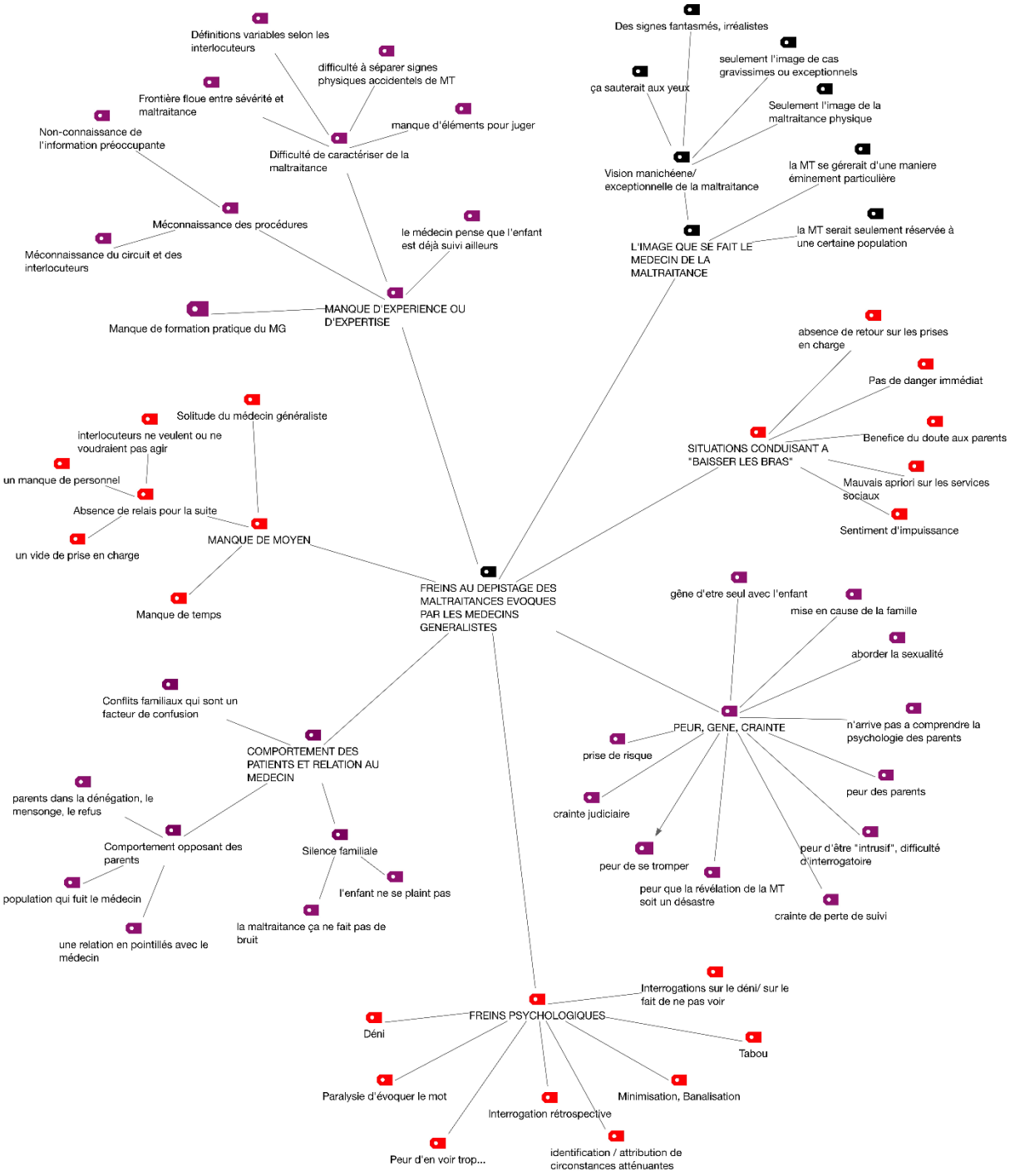


Figure 6 : Carte heuristique des « freins au dépistage » évoqués par les médecins généralistes. Source : Renzi Camille, 2017.

3.3.2 Représentations sociales de l'enfance confiée pour le médecin généraliste

Il existe quelques études, basées sur de très faibles échantillons, sur les représentations des médecins généralistes sur les enfants en danger. Elles sont peu nombreuses, et s'intéressent à la détection, l'évaluation et la prise en charge des situations de maltraitance chez les mineurs. Les études sur les représentations des enfants déjà confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance sont quant à elles encore plus rares.

D'après S. Euillet et J. Halifax, les spécificités des enfants confiés sont peu prises en compte par les médecins généralistes libéraux. L'aspect crucial du suivi systématique même en l'absence de problème aigu et du remplissage du carnet de santé à chaque consultation par exemple, semble être difficile à admettre et à mettre en place par les médecins interrogés dans l'étude qui invoquent le manque de temps lors des consultations et le suivi « de toutes façons » souvent ponctuel de ces enfants[14]. Or c'est justement le caractère ponctuel de ce suivi, symptomatique des parcours souvent chaotiques de ces enfants, qui justifie l'importance du remplissage du carnet de santé pour consigner une histoire médicale qui sinon va se perdre et, peut-être, pour donner la sensation à l'enfant d'être un tout et non une simple virose.

D'autre part, bien que cet aspect soit peu présent dans cette même étude, il existe des difficultés d'accès aux soins pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, les médecins craignant des difficultés à être rémunérés pour leurs actes. Ces réticences à recevoir des patients en situation de précarité ont souvent été étudiées et sont surtout observées chez les médecins non généralistes[49]. Néanmoins, elles existent également chez les médecins généralistes, dès la fin de leurs études[50], plus facilement chez ceux conventionnés secteur 2, et contribuent à une discrimination de ces populations.

3.3.3 Le parcours menant au placement : information nécessaire au médecin généraliste ?

La connaissance du parcours de l'enfant est-elle nécessaire à sa prise en charge médicale ? A-t-elle une influence ?

Pour tout patient pris en charge par un médecin, la première consultation inclut un temps de prise de contact et d'historique médical et général. De manière globale, la connaissance du vécu du patient semble importante car ses antécédents, tant médicaux que sociaux, peuvent avoir un impact sur son état de santé. Cela est d'autant plus valable que les jeunes placés à

l'aide sociale à l'enfance ont un parcours souvent traumatique impliquant par exemple, nous l'avons vu précédemment, une prévalence plus élevée des pathologies psychiatriques.

Néanmoins, connaître le parcours de l'enfant peut conduire à un évitement de la part du médecin traitant : face à un enfant ayant été sexuellement abusé par exemple, un médecin non formé spécifiquement à ces situations (c'est-à-dire, nous l'avons vu, la plupart des médecins généralistes), pourra par réflexe éviter d'aborder avec l'enfant les éventuelles questions qu'il pourrait se poser sur ses organes génitaux ou sa sexualité, de peur de réactiver des souvenirs traumatisants. Or en adoptant cette attitude, on utilise le même rapport au sujet que l'enfant a lui-même établi, le confortant dans ses questionnements, son traumatisme, l'aspect tabou de ses problématiques[14].

Pour pouvoir à la fois comprendre les éventuels problèmes de santé ou questionnements de l'enfant ayant subi des maltraitances et y répondre sans reproduire le rapport qu'il a à son propre traumatisme, une formation spécifique des médecins généralistes sur les aspects relationnels de l'enfant placé pourrait être utile. Elle pourrait permettre de savoir quand et comment évoquer ce sujet. Elle pourrait également aider à placer le curseur de ce qui est utile à savoir pour le suivi médical et ce qui ne l'est pas et devrait n'appartenir qu'à l'enfant lui-même ; autrement dit entre l'information et l'intrusion.

3.3.4 Pathologie somatique et prévention : un moyen d'entrer en communication

Les motifs de consultation des mineurs en médecine générale sont pour la grande majorité des motifs aigus de pathologies somatiques bénignes. La vaccination a également une certaine place dans ces motifs de consultation. Les examens systématiques de prévention constituent quant à eux moins de 5% des consultations, et les motifs de suivis psychologiques n'apparaissent pas du tout dans les motifs de consultation fréquents[51].

Comme dit précédemment, les suivis systématiques de ces enfants sont rares, les occasions de développer un lien médecin-patient efficient se limitent donc bien souvent à ces consultations pour motif aigu. Si certains médecins interrogés dans les études justifient leur faible connaissance de ces jeunes par des motifs de consultation uniquement aigus, ce sont justement ces consultations qui pourraient semble-t-il devenir le levier pour une prise en charge globale. En effet, la gestion médicale d'une virose étant de réalisation rapide, le temps

de consultation restant pourrait être mis à profit pour discuter avec le jeune de sujets plus globaux tels que sa situation, son vécu…

3.3.5 Suivi médical au long cours : un étayage supplémentaire pour l'enfant ?

Au-delà du caractère obligatoire des consultations prévues par l'Assurance Maladie jusqu'à seize ans, un suivi médical régulier permet des actions de prévention. Chez ces jeunes qui, nous l'avons vu, sont plus sujets à des troubles psychiques voire psychiatriques, aux addictions, et ont une initiation à la vie sexuelle plus précoce que dans la population générale, cette prévention revêt un caractère d'autant plus important.

Pour aborder des sujets aussi intimes, souvent au moins en partie liés à des traumatismes vécus tout au long de leur parcours, ces jeunes ont besoin d'une relation de confiance avec leur interlocuteur. Or, leur nomadisme médical, du fait de leur changement de lieu de vie, ou des consultations anecdotiques pour des problèmes aigus, peut être une entrave à l'établissement d'un lien suffisamment solide pour autoriser une libération de la parole sur de tels sujets.

Un suivi régulier, systématique, par un interlocuteur unique tout au long du parcours du jeune, de l'enfance jusqu'à la majorité, serait donc un cadre idéal, instaurant en plus un point fixe dans les parcours souvent chaotique de ces patients.

D'autre part, la facilité de communication dépend également du médecin lui-même et de sa pratique. S'il est à l'aise avec les sujets de sexualité et en parle sans détour ce sera plus simple pour le jeune de se confier. De même, une attitude traditionnelle, trop paternaliste, peut être un frein au dialogue sur certains sujets comme l'addiction, la dépression, ressentis par les patients comme honteux.

3.3.6 La demande d'accès du jeune à son dossier médical

D'après l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique, dans le cas d'un patient mineur, le droit d'accès au dossier médical est exercé par le titulaire de l'autorité parentale. En effet, le mineur étant juridiquement « incapable », il n'a pas lui-même la possibilité d'accéder à son dossier. Toutefois, s'il a bénéficié de soins qu'il veut conserver secrets (une IVG par exemple) il peut s'opposer à la transmission de ces informations. Il peut également demander que la consultation du dossier se fasse par l'intermédiaire du médecin de son choix.

Une fois majeur, le jeune peut demander par lettre recommandée l'accès à son dossier médical. Dans le cas d'une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte, la consultation peut être subordonnée à la présence d'un médecin.

Le délai de mise à disposition du dossier est de huit jours dans la plupart des situations. Il peut être allongé à deux mois si les dernières pièces ont plus de cinq ans ou si le patient a refusé la présence d'un médecin en cas de soins psychiatriques sous contrainte, auquel cas la commission départementale des soins psychiatriques doit être saisie.

3.4 Le passage à la majorité des enfants placés

Le passage à la majorité constitue pour les enfants placés un changement important. En effet, en population générale, plus de la moitié des jeunes âgés de 18 à 24 ans vivent encore chez leurs parents et 70% d'entre eux sont financièrement aidés par leurs parents[52]. L'âge moyen de départ du foyer parental en France en 2018 était de 23.7 ans (Eurostat, 2018). Les jeunes issus de l'ASE, quant à eux, doivent être indépendants dès leur majorité : ils ne dépendent plus de l'ASE, donc n'ont plus de lieu de vie, pas de revenu… Quelle préparation ont-ils à ce changement radical ? Quelle passerelle, sur le plan médical, permettrait une transition facilitée vers la majorité ?

3.4.1 Existence d'une « préparation » médico-socio-éducative spécifique ?

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance mentionne un protocole conclu entre le département, la région et l'Etat, avec l'aide des institutions pour « mieux accompagner l'accès à l'autonomie ». Ce protocole inclut les dimensions « éducative, culturelle, sociale, de santé, de logement, de formation, d'emploi et de ressources ».

Cette loi fait écho aux sorties dites « sèches » de l'ASE, des jeunes sortants sans logement stable, sans source de revenu, sans aucun suivi, sans préparation suffisante à l'autonomie.

Il existe un dispositif appelé « contrat jeune majeur » qui est financé par le département. Il permet le prolongement de l'accompagnement du jeune par l'ASE, au maximum jusqu'à ses vingt-et-un ans, en lui accordant par exemple un logement (en foyer, chez un assistant familial, en appartement…), le financement de ses études, des aides financières… En contrepartie, le jeune doit s'engager à ne pas abandonner sa formation professionnelle. En pratique, ces contrats sont donc mis en place par les départements et on observe une grande inégalité territoriale : certains départements choisissent de n'établir des contrats que de 3 mois renouvelables à la suite d'entretiens avec le référent ASE, ce qui entretient la précarité de la

situation de ces jeunes, d'autres n'accordent ces contrats qu'à certains jeunes (ceux qui ont un projet professionnel, ceux qui ont un logement), souvent les moins précaires. D'autres encore accordent le contrat mais il n'y a qu'une aide financière sans accompagnement vers l'autonomie, repoussant ainsi simplement la problématique de quelques mois ou années… Enfin, certains départements n'effectuent plus aucun contrat jeune majeur, quelles que soient les conditions.

D'autre part, si le jeune sortant de l'ASE, souvent en quête d'émancipation face aux institutions, refuse la mise en place d'un contrat jeune majeur lorsqu'il est proposé, sa décision est définitive et il ne pourra revenir dessus plus tard pour finalement bénéficier d'accompagnement s'il en ressent le besoin.

Ainsi, l'accompagnement n'est pas idéal, un quart des personnes sans domicile fixe nées en France est issu d'un parcours en protection de l'enfance, 15.8% des jeunes sortants de l'ASE n'ont plus de scolarité après seize ans[53].

Sur le plan de la santé, aucun accompagnement au passage à la majorité n'est effectué par 16.4% des ASE. Les préparations déclarées par les autres ASE sont variables, allant de la remise d'un support écrit précisant les démarches à un accompagnement physique par les éducateurs et/ou les assistants familiaux.

3.4.2 Place du somatique

Nous l'avons vu, la préparation à l'autonomie n'est pas optimale pour ces jeunes. Leurs parcours est souvent décousu, teinté de ruptures répétées, et la sortie de l'institution, du cadre que représente l'ASE est une rupture supplémentaire.

Pourtant la poursuite du suivi médical à l'âge adulte, à condition qu'il existe avant la majorité, pourrait être un des rares éléments fixes dans la vie de ces patients, le médecin représentant un interlocuteur qui ne change pas, accessible sans intermédiaire, connaissant le patient, non jugeant.

Le passage à l'autonomie implique également, sur le plan médical, non seulement de consulter seul, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à l'observance des éventuelles prescriptions, mais surtout, avant toute chose, d'être attentif à ses besoins, à ses troubles. Le jeune doit donc avoir le réflexe de consulter lorsqu'il est souffrant, il doit savoir à qui s'adresser et quelles démarches effectuer. Lors de son placement, c'est souvent pour des problèmes somatiques qu'on l'a emmené chez le médecin. Or il est toujours plus simple de prêter attention à une

souffrance physique, même si elle s'avère d'origine psychologique, qu'à une souffrance psychologique insidieuse.

3.4.3 Gestion et explications des droits à l'assurance maladie ?

De nos jours, nombreuses sont les démarches administratives à effectuer lorsque l'on atteint la majorité (sécurité sociale, mutuelle, impôts...). Pour les jeunes non placés, la famille, plus particulièrement les parents, est bien souvent l'étayage indispensable à la gestion de ces démarches mais aussi à l'explication de leur intérêt.

Pour les jeunes placés, cet étayage est inégal, souvent insuffisant, voire inexistant. L'ASE prépare-t-elle ces jeunes aux démarches de l'Assurance Maladie ?

Les jeunes interrogés dans l'étude de S. Euillet et J. Halifax ont une connaissance très approximative de leur couverture maladie[14]. Bien qu'ils aient globalement déjà entendu parler de la CMU, rares sont ceux qui maitrisent le sujet et savent s'ils ont leur propre carte vitale, leur propre couverture maladie, s'ils bénéficient de la CMU et à quoi elle sert réellement.

Si plus de la moitié des ASE déclare accompagner les jeunes dans ces démarches, il n'en demeure pas moins un certain nombre de problèmes d'affiliation à leur majorité[14]. En effet, la communication ASE-CPAM au moment de la majorité ne permet pas une continuité de la couverture. Du point de vue de l'ASE, le jeune n'est plus placé, donc sa couverture n'est plus gérée par le service. Du point de vue de la CPAM, le devenir du jeune n'est pas connu, impossible de savoir si le jeune est dans une nouvelle structure, retourné dans sa famille ou devenu autonome, c'est donc au jeune seul de s'affilier. Ainsi près de ¾ des CPAM affirment rencontrer des difficultés d'affiliation lors du passage à la majorité des enfants placés pouvant aller jusqu'à l'absence de couverture de ces jeunes.

Une absence de couverture signifie alors bien souvent une absence de soins, les patients n'ayant pas les moyens d'avancer les frais médicaux. C'est d'autant plus regrettable que la plupart de ces jeunes adultes, de par leur peu de moyens, peuvent bénéficier de la CSS (ex CMU-C et ACS) qui leur permettrait une absence totale d'avance des frais.

3.4.4 Notion de médecin traitant ?

Nous l'avons évoqué précédemment, un interlocuteur fixe tout au long du parcours de ces enfants, existant également à leur sortie de l'ASE, semblerait idéal pour un suivi médical efficient et une meilleure relation de confiance médecin-patient. Cette notion de médecin

effectuant un suivi régulier et ne changeant pas au cours du temps existe déjà, puisque c'est le médecin traitant dont la déclaration est obligatoire après 16 ans pour bénéficier d'un taux de remboursement plus important.

Bien que le remboursement n'en soit pas modifié, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. Nous pourrions donc envisager une désignation systématique d'un médecin traitant pour chaque enfant confié dès son placement.

La question qui se pose alors est : quel médecin choisir ? Ces jeunes étant régulièrement appelés à changer de lieu de vie, le souci est alors la distance du médecin traitant par rapport à son habitation. Faut-il faire appel au médecin de la famille de l'enfant ? Celui travaillant avec le lieu de vie lorsqu'il existe ? Celui de l'assistant familial ? Un médecin dédié travaillant avec le département ? Se pose également le problème de la formation de ces médecins généralistes aux problèmes spécifiques de la protection de l'enfance. Le poste de médecin de protection récemment créé implique la formation des professionnels libéraux sur ces problématiques, mais la mise en place du poste lui-même semble aléatoire pour le moment.

3.4.5 Orientation vers une consultation médicale annuelle avec le médecin habituel ?

Pour avoir un impact significatif sur le parcours de ces enfants puis jeunes adultes, le médecin doit donc les connaître, et une relation de confiance doit s'instaurer.

Comme dit précédemment, c'est donc un suivi médical tout au long du placement qu'il faudrait parvenir à mettre en place, avec un interlocuteur unique pour chaque enfant. Cela aiderait ainsi le jeune à se saisir de sa santé, à en devenir acteur, ce qui pourrait ainsi l'encourager à poursuivre un suivi annuel après sa sortie de l'ASE. Celui-ci permettrait d'atténuer la rupture induite par le passage à la majorité. Afin de mettre en place ce suivi plus aisément, une proposition de consultation pourrait par exemple être envoyée annuellement par la CPAM à ces jeunes, au moins pour les trois dernières années avant la fin du placement.

3.4.6 « Check-up » de sortie avec synthèse de l'état de santé global ?

La sortie de l'ASE à la majorité représente un changement important. Brutalement indépendants, ces jeunes peuvent alors aisément, nous l'avons vu, être perdus de vue par les institutions qui les prenaient auparavant en charge. Dans ce contexte, un bilan médical avant leur sortie pourrait leur être profitable. Ce « check up » permettrait d'une part la réalisation d'une synthèse du suivi médical et de la santé du jeune jusqu'à ses 18 ans, d'autant plus utile

que son autonomie nouvelle pourrait le conduire à un changement de médecin traitant, mais également le repérage de lacunes dans son parcours médical, que ce soit dans les dépistages, les suivis médicaux ou la prévention.

Ainsi, on pourrait imaginer une consultation complète incluant :

- Un point sur les antécédents médico-chirurgicaux notables, les antécédents familiaux pouvant exercer une influence sur la santé du jeune.
- Un point sur les vaccinations, les dépistages ophtalmologique / auditif / psychologiques réalisés.
- Une synthèse des suivis médicaux réalisés avec les dernières conclusions.
- Un examen clinique complet.
- Quelques informations sur l'entretien du capital santé (conseils sur l'hygiène, l'alimentation, l'activité physique…).
- Un repérage des conduites addictives et une information sur la disponibilité d'aides au sevrage.
- Un repérage de conduites sexuelles à risque, une information sur la contraception et les dépistages des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).
- La prescription d'un bilan biologique global avec Numération Formule Sanguine, fonctions rénale et hépatique, TSH, Glycémie, dépistage des IST.
- Une information sur les lieux ressource en matière de santé : CeGIDD (Centre gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage), Centres Hospitaliers, CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale) …

La réalisation d'une telle consultation parait chronophage, irréalisable sur un temps de consultation habituel de 15-20 minutes surtout si le médecin qui la réalise ne connait pas le patient initialement. Afin d'optimiser le temps, un support papier ou numérique avec l'ensemble des items devant être abordés pendant la consultation pourrait donc être intéressant.

D'autre part, en vue d'éviter une résistance des médecins devant le temps à consacrer à ce bilan, peut-être faudrait-il envisager une revalorisation d'une telle consultation à l'image de certaines consultations dites « complexes », ou à défaut une réalisation en deux consultations distinctes, séparant la partie discussion / administrative de l'examen clinique par exemple.

On pourrait également envisager l'aide d'une Infirmière de Santé Publique Asalée pour réaliser une partie de cette consultation.

3.4.7 Evaluation indication de dossier MDPH dans la 17ème année ?

Les études s'intéressant aux enfants en situation de handicap confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance font toutes le même constat : ces jeunes « doublement vulnérables » ne bénéficient aucunement d'un accompagnement adapté[54]. Le cloisonnement des institutions, l'absence de communication ASE/MDPH, rend ces jeunes « invisibles » car ils ne sont pas identifiés.

Pourtant, la prévalence de jeunes bénéficiaires d'une orientation MDPH à l'ASE est bien plus élevée qu'en population générale (7 fois supérieure selon une étude réalisée en 2015 dans les Bouches-du-Rhône, 13 fois supérieure selon un rapport sénatorial de juin 2014[54]). La part de handicap sensoriel, moteur ou physique est faible, la grande majorité de ces jeunes présente en effet un handicap psychique. Il existe également une part non négligeable de jeunes non reconnus par la MDPH et présentant pourtant d'importants troubles du comportement pouvant, pour certains, justifier d'une reconnaissance à la MDPH au titre du handicap psychique.

Le parcours de ces jeunes est donc morcelé, partagé entre différentes institutions et différents lieux (famille d'accueil ou foyer, IME, SESSAD), chaque secteur (médico-social, soin, ASE) se renvoyant la balle et rejetant les manques sur le suivant[55].

En plus de l'instabilité du lieu de placement pouvant déjà être observée de manière générale chez les enfants placés, ces jeunes pourtant d'autant plus vulnérables sont alors ballotés de service en service, entre établissements médico-sociaux, structures de soins psychiatriques et lieux de vie sans réelle coordination, alors même qu'ils nécessiteraient une prise en charge coordonnée.

Quel rôle pourrait alors avoir le médecin traitant ?

Il pourrait tout d'abord, avant la sortie de l'ASE, évaluer l'indication d'un éventuel dossier MDPH afin de « rattraper » les jeunes éligibles n'en ayant pas bénéficié, et évaluer l'intérêt d'une mise sous protection. D'autre part, il pourrait avoir un statut de coordinateur dans ces parcours compliqués en tentant d'orienter les patients vers le ou les professionnels pouvant leur venir en aide afin d'éviter institutionnalisation sur institutionnalisation et déstructuration du parcours.

3.4.8 Les cinq engagements contractualisés en 2019 contre les sorties « sèches » de l'ASE

En février 2019, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'Etat a proposé aux départements cinq engagements pour mettre fin aux sorties sèches des jeunes pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance[56].

- Le premier axe concerne la conservation d'un lien via la désignation d'une personne ressource ou l'accès à un réseau de soutien pour chaque jeune. Ces réseaux, déjà mis en place par certains départements, incluent des professionnels du secteur social, et des anciens jeunes placés. L'Etat s'est ainsi engagé à favoriser le développement de ces réseaux par un investissement financier.
- Le deuxième engagement est de faciliter l'accès aux logements de ces jeunes via le partenariat avec le SIAO et la CNAF.
- Le troisième point est celui de la situation financière de ces jeunes. L'Etat demande ainsi la mise en place de rendez-vous pour informer et aider les jeunes à faire valoir leurs droits (obtention d'une bourse d'études, d'un salaire d'apprenti, d'allocations diverses).
- Le quatrième engagement concerne la construction d'un parcours professionnel et la proposition obligatoire aux jeunes n'ayant pas de solution prévue d'un accompagnement par les missions locales et de la désignation d'un référent pour accompagner le jeune dans sa formation.
- Enfin, le dernier engagement concerne la santé. Il met l'accent sur la couverture sociale de ces jeunes, avec la mise en place automatique par l'Assurance Maladie avant la majorité d'une couverture par la CMU-C pour douze mois pour l'ensemble de ces jeunes puis la mise en place, pendant cette année, d'un rendez-vous d'accompagnement dans les démarches de demande de couverture sociale.

Ce dernier point, une fois effectif, empêcherait ainsi le phénomène décrit précédemment de perte de vue de certains jeunes à leur majorité, lié à une mauvaise coordination ASE / CPAM. Cependant, s'il permet un accès simplifié au suivi médical, il n'en garantit pas pour autant un suivi effectif. Celui-ci dépendant de la volonté du jeune de consulter, il sous-entend une éducation du jeune à son état de santé, donc une prise en charge en amont de ses 18 ans.

Un projet de loi est par ailleurs actuellement à l'étude pour appuyer ces engagements.

3.5 La santé des jeunes adultes issus de l'ASE

3.5.1 Quels indicateurs ?

Si les études sur la santé des enfants placés à l'ASE sont peu nombreuses, celles sur la santé des jeunes majeurs issus de l'ASE le sont encore moins. C'est d'autant plus difficile d'évaluer l'impact qu'aurait une prise en charge médicale régulière de ces enfants à long terme, puisque nous n'avons que très peu de données sur leur état de santé actuel.

Néanmoins, les quelques études existantes ont noté une forte prévalence des troubles psychologiques et psychiatriques. Ce constat n'est pas surprenant, on notait déjà une forte prévalence de suivis psychologiques et psychiatriques chez les jeunes placés, il est donc logique que ces troubles perdurent à la majorité. Les chiffres varient selon les études, mais toutes s'accordent à dire que la prévalence de ces troubles est plus importante que dans la population générale[22,57]. Ils observent ainsi une corrélation entre troubles psychiques / comportements déviants et insertion sociale à l'âge adulte, et soulignent l'importance d'un suivi psychologique pendant le placement[57].

Frechon, quant à lui, dans sa thèse sur l'insertion sociale et familiale de jeunes femmes anciennement placées, montre qu'un tel suivi permet une familiarisation des jeunes avec ce type d'aide. Il note également des passages répétés en hôpital psychiatrique à la sortie du foyer.

Les autres aspects de la santé semblent quant à eux encore moins étudiés. Pourtant, on peut penser que certains aspects de la santé de ces jeunes soient également impactés par leur parcours entrecoupés de ruptures, soit via un moins bon suivi médical (moins de prévention concernant la contraception impliquant IST, grossesses non désirées ; moins de dépistage et de prévention de pathologies chroniques telles que l'hypertension, le diabète, l'obésité…) soit via une corrélation avec les troubles psychiatriques telles que les pathologies en lien avec différentes addictions (pathologies liées à l'alcool, au tabac, aux drogues…).

3.5.2 Droit à l'oubli et stigmatisation

A l'heure actuelle, en France, les enfants issus de l'ASE sont perçus négativement par l'opinion générale. La stigmatisation de ces enfants tout au long de leur parcours, tant par les jeunes de leur âge que par les adultes (professeurs, éducateurs, personnel médical), ne favorise pas leur inclusion à l'âge adulte dans la population générale. En novembre 2019, un jeune placé de 16 ans nommé Tony Quillardet a d'ailleurs créé une page Facebook nommée

« Déstigmatiser les enfants placés » Il y recueille des témoignages d'enfants placés, d'assistants familiaux, de professionnels de la Protection de l'Enfance. Il a récemment créé un podcast « Parlons d'eux » qui diffuse chaque mois ces témoignages. Sa page est à l'heure actuelle suivie par plus de 6000 abonnés.

Pour autant peut-on se dispenser d'évoquer le passé de ces jeunes d'un point de vue médical ? En effet, on a vu précédemment un certain nombre de conséquences du parcours à l'ASE sur la santé de ces jeunes et les spécificités induites par ce parcours.

D'autre part, les antécédents familiaux sont importants à connaître pour une bonne prise en charge en médecine générale. Ceci est d'autant plus vrai que les pathologies psychiatriques, parfois héréditaires, sont prépondérantes chez les parents de ces jeunes et que les sévices vécus par ces enfants les prédisposent à la reproduction de violences. En effet, il a été démontré que les pathologies psychiatriques telles que les troubles bipolaires et la schizophrénie par exemple étaient liées à des facteurs à la fois environnementaux mais aussi génétiques[58].

Il parait donc difficile d'omettre cet aspect de leur vie, mais la diminution du nombre d'interlocuteurs, via un médecin traitant stable, permettrait d'éviter les répétitions de ces évocations douloureuses.

3.5.3 Quelles portes d'entrées vers le soin ?

Chez ces jeunes adultes qui n'ont pas construit de relation de confiance avec un médecin généraliste, voire qui n'ont pas été habitués à prendre soin d'eux, on peut imaginer que leur entrée dans le soin se fasse plus fréquemment à l'occasion de consultations obligatoires ou indispensables, telles que des consultations systématiques de médecine du travail ou des consultations en lien avec la grossesse et/ou la contraception. En effet, les enfants ex-placés se mettent en couple plus précocement que la population générale[57], favorisant également une procréation plus précoce. Murphy décrit même un syndrome de l'ex-enfant placé incluant un désir de parentalité compulsif, favorisant ainsi les grossesses précoces.

Il est intéressant de noter que dans une étude réalisée entre 2004 et 2006 auprès d'anciens placés en village d'enfants, plusieurs hommes, en particulier les plus âgés, mentionnaient le service militaire comme ayant été stabilisateur dans leur parcours[59]. Ce service national instauré en 1798 et suspendu en 1997, d'une durée variable selon les modifications d'un à cinq ans entre 20 et 25 ans, incluait une visite médicale complète avec examen clinique,

biologique, vérification des vaccinations, entretien psychologique. Il constituait alors également une porte d'entrée vers le soin.

3.5.4 Voie d'accès aux soins

Une autre question que l'on peut se poser, c'est celle du lieu d'accès aux soins. Ces jeunes consultent-ils plus facilement un médecin généraliste ou bien directement dans un service de soins non programmés ? Encore une fois, les données sur cette population sont peu nombreuses. Il existe des études sur les populations consultant aux urgences, comparant leurs origines socio-professionnelles, leur couverture sociale ou la présence d'une complémentaire santé, mais pas les antécédents ou non de placement dans l'enfance. En effet, cette donnée (contrairement aux précédentes), ne figure pas automatiquement dans le dossier administratif rempli à l'entrée aux urgences, et son étude nécessite donc une démarche de recherche spécifique de ces informations.

On peut tout de même remarquer que l'ensemble des études sur les patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale observe une fréquentation plus marquée sans avis médical préalable chez les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant. La proportion de patients n'ayant pas de médecin traitant, lorsqu'elle est étudiée, semble être la même qu'en population générale, mais ils consultent plus facilement aux urgences en premier recours. Cette population, selon ces mêmes études, semble être une population plutôt jeune, sans couverture mutuelle[60–62].

Bien qu'il soit impossible de transposer le résultat de ces études sur la population des anciens placés, puisqu'ils ne sont pas étudiés, on pourrait ainsi supposer que leur recours aux urgences soit facilité par leur absence de couverture mutuelle induit par l'absence d'accompagnement dans ces démarches décrite plus haut, et par l'absence de médecin traitant déclaré, soulignant, une fois encore, l'importance de cet interlocuteur dans le suivi de ces jeunes.

3.5.5 Des états de santé différents sont-ils notés selon :

3.5.5.1 La durée de placement

Toutes les études s'accordent à le dire : moins ces jeunes adultes ont été exposés à la violence dans leur enfance, plus ils sont en bonne santé. Les jeunes ayant été placés plus longtemps se décrivent ainsi en meilleure santé, tant physique que perçue. Mais plus encore que la durée du placement, l'importance de l'âge au moment de celui-ci a été démontrée à la fois par les

études françaises mais également par des études étrangères : plus la séparation du milieu familial néfaste est précoce, moins les troubles mentaux sont prévalents. Un placement avant l'âge d'un an, voire avant 6 mois serait protecteur, tant par la moindre exposition au contexte familial compliqué que par la possibilité d'un attachement plus sécurisé lors du placement lorsque l'enfant est jeune[5,31,63].

3.5.5.2 La stabilité du lieu

Comme on peut l'imaginer, la stabilité du placement a un impact sur la santé, notamment mentale, des jeunes, même à l'âge adulte. En effet, des changements répétés du lieu de vie impliquent des séparations et ruptures supplémentaires pour des enfants ayant déjà un parcours difficile, favorisant ainsi les troubles de l'attachement. Cette observation a été faite à la fois en France, mais également à l'international, et certaines études se sont alors demandé si l'instabilité du placement était la cause, ou bien la conséquence des troubles psychiatriques et/ou psychologiques. En effet, les troubles du comportement favorisent un épuisement des accompagnants donc un changement de lieu de vie. Néanmoins, il a été observé que chez des jeunes sans antécédent, la prévalence des troubles du comportement augmentait si le placement était instable.

Donc idéalement chaque enfant placé à l'Aide Sociale à l'Enfance devrait pouvoir bénéficier d'un placement stable afin d'améliorer son état de santé. Néanmoins, ce principe est aisément mis à mal par les places disponibles souvent limitées obligeant au placement en urgence dans une structure provisoire. D'autre part, toutes les structures ne sont pas adaptées pour l'accueil de tous les âges, et les assistants familiaux ne sont pas assez nombreux pour accueillir l'ensemble de ces jeunes.

3.5.5.3 Le type d'hébergement : famille d'accueil ou foyer

D'après les données précédentes, un assistant familial semble être le cadre le plus adapté pour la santé du jeune, puisqu'il est en mesure de l'accueillir tout au long de sa croissance. Mais la santé de ceux anciennement accueillis en foyer est-elle différente de ceux en famille d'accueil ?

Plus que le lieu d'accueil, c'est sa taille, et notamment le nombre d'enfants accueillis qui semble impacter négativement la santé des jeunes placés.[5,31] En effet, une prise en charge individualisée, beaucoup plus difficile à mettre en place dans des structures accueillant un

grand nombre de jeunes, permettrait un meilleur épanouissement du jeune et une meilleure insertion dans la population générale à l'âge adulte.

4. Situations cliniques

4.1 Protocoles de suivi médical existants

L'ASE est une institution gérée départementalement. Il n'existe pas de directive nationale concernant un éventuel protocole de suivi médical pour les enfants placés.

Dans l'étude menée en 2016 par S. Euillet et J. Halifax[14], 35% des départements réalisaient un bilan systématique à l'admission, la moitié des ASE réalisait un bilan selon certains critères (en majorité la situation de l'enfant et l'âge), et 13,6% n'en réalisaient pas. Les bilans en cours de placement étaient encore plus rares puisque 44% des ASE déclaraient n'en réaliser aucun, et seulement 28% affirmaient en réaliser de façon systématique.

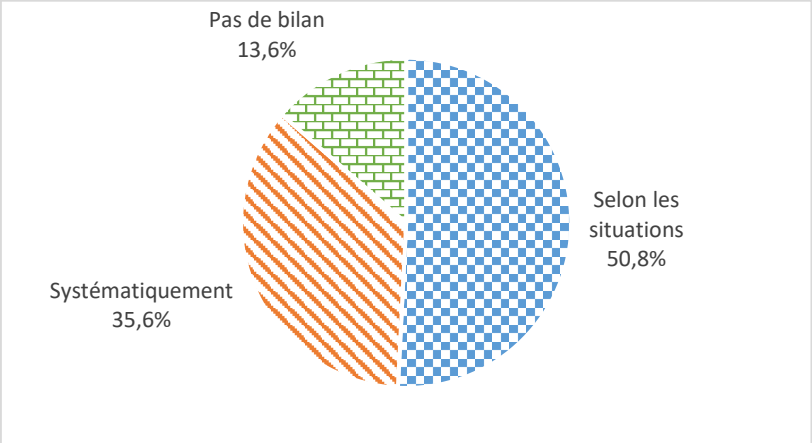


Figure 7 : Réalisation d'un bilan de santé au moment du placement. Source : S. Euillet et J. Halifax, 2016

Les délais pour la réalisation de ces bilans étaient variables (tout de même réalisés pour la grande majorité dans les trois premiers mois), de même que le lieu de réalisation, mais l'on remarque alors l'importance du médecin généraliste dans ce suivi (figure 8), qui apparait presque aussi souvent que la PMI (logiquement en tête puisqu'en relation directe avec l'ASE et au fait des spécificités de ces enfants).

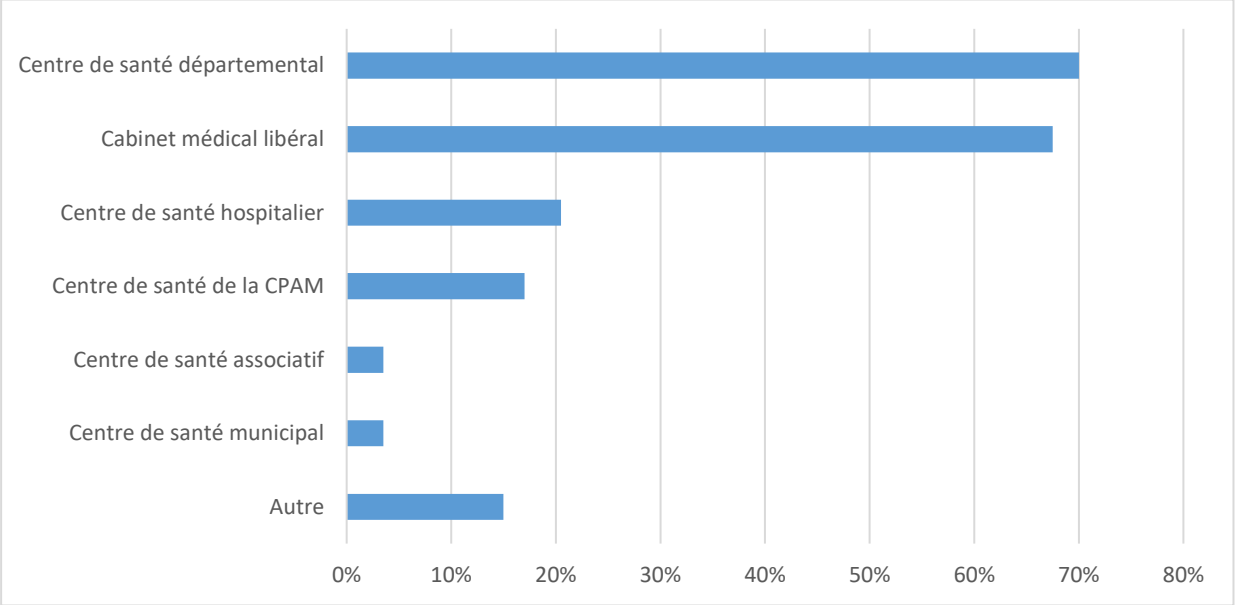


Figure 8 : Lieu de réalisation des bilans de santé. Source : S. Euillet et J. Halifax, 2016

4.1.1 L'exemple du département de la Vienne

Dans le département de la Vienne, depuis le mois de janvier 2020, est mis en place un protocole de suivi médical pour les enfants de 0 à 6 ans placés à l'ASE. Il se doit d'être global, systématique et intégré au PPE, et a pour objectifs :

- « Assurer un suivi médical de qualité des enfants confiés et garantir la continuité du parcours de soins en lien avec le référent éducatif ;
- Dépister précocement le handicap et les troubles psychiques et repérer précocement les enfants à difficultés multiples et ainsi favoriser les orientations précoces de soin ;
- Favoriser la participation des parents dans la prise en charge de la santé de leur enfant et ainsi soutenir la parentalité. »

Ce protocole consiste en partie en un suivi médical réalisé par l'équipe PMI du lieu de résidence des détenteurs de l'autorité parentale afin de faciliter leur implication. En cas d'absence des parents lors de ces consultations, un accompagnement est proposé. S'il est impossible, les consultations se font par l'équipe PMI du lieu de résidence de l'accueillant. La première consultation est réalisée dans les trois mois suivant le début de l'accueil de l'enfant, puis le rythme des consultations est adapté à l'état de santé de l'enfant et aux recommandations générales, au minimum deux fois par an. En cas d'absence des parents, un compte rendu de la consultation leur est envoyé par courrier. Il est demandé aux assistants familiaux de faire parvenir au service PMI une copie de tout courrier médical concernant le

suivi de l'enfant, et un courrier est envoyé au médecin traitant éventuel afin de faciliter la coordination des soins en communiquant les résultats de chacune des consultations.

Un rendez-vous est également réalisé aux six ans de l'enfant ou à sa sortie de placement si elle a lieu avant ses six ans afin de réaliser une synthèse du suivi médical et d'organiser le relais avec un médecin référent ASE ou un médecin traitant.

Une attestation parentale est signée par les parents à l'admission, autorisant l'ASE et les établissements d'accueil à réaliser les actes usuels du suivi médical, mais indiquant que leur autorisation spécifique sera demandée en cas d'hospitalisation ou d'opération.

Instauré très récemment, le protocole prévoit également des critères d'évaluation de sa mise en place, incluant le nombre d'enfants vus dans le cadre d'un bilan d'admission ou d'un suivi comparativement au nombre d'enfants placés de moins de six ans, mais également la présence des parents à ces consultations, les orientations médicales spécialisées et le nombre moyen de consultations par an et par enfant.

L'intégralité du protocole est en annexe (§8.1).

Au-delà de six ans, il n'y a pas de protocole départemental mis en place pour le suivi médical de ces enfants, que ce soit à l'admission si elle survient après cet âge ou au cours du placement. Le suivi est donc assuré à la discrétion de la famille d'accueil ou du foyer.

Le poste de Médecin Référent en Protection de l'Enfance n'est pas pourvu dans la Vienne.

4.1.2 L'exemple du département du Loiret

A l'ASE du Loiret, en théorie, les enfants de moins de 6 ans sont placés en famille d'accueil, les foyers étant réservés pour les adolescents ou les enfants au comportement inadapté à la vie en famille. Les fratries sont placées au même endroit ou géographiquement proches afin de faciliter les contacts. En pratique, tous ces principes sont fortement limités par le manque de place, et les placements se font en fonction des possibilités…

Tous les enfants de moins de 6 ans bénéficient d'une consultation PMI dans les 4 mois suivant leur placement, dans la Maison du Département dont ils dépendent, avec l'accord des parents et leur présence s'ils le souhaitent (et que leurs droits le leur permettent). L'enfant est amené par sa famille d'accueil ou l'éducateur du foyer. Le compte-rendu de cette consultation est envoyé par le médecin de PMI à la responsable enfance famille de l'ASE et au référent de

l'enfant, un exemplaire est consigné dans le dossier. Un exemple de compte-rendu est en annexe (§8.2).

Le suivi médical est ensuite à la charge de la famille d'accueil ou de l'établissement dans lequel l'enfant a été placé.

La maison de l'enfance d'Orléans par exemple, impose un RDV médical et une consultation par un psychologue dans les 15 jours suivant le placement pour tous les enfants.

Chaque établissement a un médecin référent. Les enfants placés en famille d'accueil sont souvent suivis par le médecin traitant de la famille, ou par la PMI pour les plus jeunes.

Chaque enfant a un travailleur social référent.

Les maisons du département ont chacune un psychologue référent pouvant, à la demande du travailleur social, réaliser une évaluation psychologique de l'enfant voire débuter un suivi provisoire en attendant l'organisation d'un suivi par le CMP, le CMPP ou un praticien privé. Ce n'est cependant pas systématique.

En dehors de cas particuliers de placements provisoires ou de parents présents permettant de conserver l'assurance médicale familiale, l'ASE réalise, pour chaque enfant placé, une demande de couverture CMU. Elle réalise également les demandes de renouvellement et la suspension lors du départ de l'enfant.

Lorsqu'un enfant atteint la majorité, la prise en charge par l'ASE se poursuit jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. Le jeune adulte sort ensuite du processus. Il n'existe pas de suivi obligatoire, de transmission obligatoire de dossier médical, de liaison obligatoire pour une poursuite d'un éventuel suivi spécialisé somatique ou psychiatrique.

Si une mesure de protection semble nécessaire, elle est demandée par l'ASE dans les 6 mois avant la majorité (durée de validité du certificat médical) de façon à ce qu'elle soit effective au moment de la sortie de l'ASE.

Une convention entre le conseil départemental et la CPAM est actuellement mise en place. Elle consiste en :

- l'affiliation CPAM systématique uniquement des enfants sans autorité parentale en procédure de délaissement parental ou pupilles
- un travail avec les parents pour les enfants en assistance éducative avant d'avoir recours à l'attribution d'une carte vitale

- l'ouverture d'un droit à la CMU-C uniquement en l'absence de complémentaire santé des détenteurs de l'autorité parentale
- l'accompagnement des parents lors des temps forts de prévention en matière de santé mis en place par la CPAM tel M'T dents.
- l'organisation d'un bilan de santé pour l'ensemble des mineurs pris en charge par le département (DAPAD inclus) dans les 6 mois suivant leur admission à l'ASE pour les plus de 6 ans (moins de 6 ans déjà réalisé par la PMI) et dans les 6 mois qui précèdent le 17ème anniversaire.

4.1.3 L'exemple du département de la Loire-Atlantique

La Loire-Atlantique a mis en place au sein de l'ASE une Unité Médicale chargée de s'assurer du suivi médical des enfants. Elle constitue un véritable dossier médical contenant un certificat annuel (constitué par le service et envoyé à l'établissement au début de chaque année scolaire) recommandant, entre autres, un suivi dentaire semestriel et un avis ophtalmologique au moindre doute dès la grande section ; mais également les courriers et comptes rendus des spécialistes pour les suivis spécifiques, les déclarations d'accident et les comptes rendus d'hospitalisation.

Les données du certificat sont en deux parties, l'une à remplir par l'éducateur ou l'assistant familial, contenant des données administratives mais également la liste des spécialistes suivant l'enfant et des données sur sa scolarité et ses loisirs, l'autre destinée au médecin examinant l'enfant qui doit ainsi indiquer les antécédents, les vaccinations et un examen clinique complet avec de nombreux critères pour lesquels il doit renseigner un éventuel traitement en cours ou la nécessité d'une consultation et le nom du spécialiste éventuel, l'examen est détaillé comme suit :

- Croissance (poids, taille, indice de masse corporelle)
- Examen ophtalmologique (acuité visuelle avec et sans correction, pathologies)
- Examen ORL (acuité auditive, appareillage, pathologies)
- Examen bucco-dentaire (hygiène, caries, troubles orthodontiques)
- Examen de l'appareil locomoteur (scoliose, troubles orthopédiques)
- Examen cardiologique (tension, souffle, cardiopathie congénitale)
- Examen urologique (pathologies et malformations rénales, infections urinaires récidivantes, ectopie testiculaire)

- Examen neurologique (comitialité, migraine, convulsions hyperthermiques)
- Examen pulmonaire (mucoviscidose, surinfections bronchiques à répétition, asthme)
- Examen dermatologique
- Allergies
- Examens digestif, endocrinien et hématologique
- Examen neuropsychique (sommeil, conduites alimentaires, contrôle sphinctérien, langage, apprentissages, attention, conduites, mouvements stéréotypés, anxiété, dépression, conduites addictives, retard mental, troubles du développement)

Le certificat inclut également un autre volet précisant les traumatismes survenus dans l'année et les changements constatés, ainsi que les retentissements des problèmes de santé physique et/ou psychologique et une éventuelle ALD ou orientation MDPH.

Ce fonctionnement est ancien, il a été instauré dans le milieu des années 80 puis adapté et semble très structuré, mais les résultats en pratique sont plus mitigés. D'après une étude réalisée en 2012, près de 30% des certificats ne sont pas retournés, notamment à l'adolescence et, lorsqu'ils le sont, les résultats parfois fantaisistes évoquent un remplissage très superficiel du certificat, motivé uniquement par le problème aigu pour lequel l'enfant consulte, et/ou une faible connaissance des enfants de la part des médecins[7].

Depuis 2019, un projet nommé Santé Protégée, porté par le Dr Vabres, pédiatre coordinatrice de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger du CHU de Nantes et par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) a pour objectifs de « prévenir, soigner, et structurer un suivi médical régulier, s'assurer que les soins et suivis spécialisés préconisés sont effectués, et permettre une prise en charge précoce de toute pathologie ou situation de handicap » pour les enfants concernés par une mesure de protection, qu'elle soit à domicile ou en placement, administrative ou judiciaire. Ce projet est en partie financé par la Sécurité Sociale à raison d'un forfait de 430 euros par enfant et par an.

Pour atteindre ces objectifs, ce projet s'appuie sur des médecins volontaires qui sont ensuite formés annuellement aux spécificités des jeunes concernés et s'engagent à utiliser des outils communs permettant des examens structurés, reproductibles. Ces consultations font par ailleurs l'objet d'un complément de rémunération en consultation très complexe à 60€ pour la première consultation à l'entrée à l'ASE puis en consultation complexe à 46€ pour les bilans annuels. Les médecins généralistes ne sont pas les seuls concernés, tout professionnel médical ou paramédical étant amené à prendre en charge ces enfants peut devenir référent, ce qui

permet un accès plus facile à ces professionnels (dentistes, ophtalmologues, psychologues…). Les flyers de présentation de ce projet sont en annexe (§8.3). Une page y est également dédiée sur le site du CHU de Nantes[64].

4.2 Cas cliniques

4.2.1 Premier cas : Mme D.

4.2.1.1 Parcours de vie

Patiente née prématurée à 7 mois de grossesse, grossesse et accouchement vécus seule par la mère à 20 ans. La patiente ne connait pas son père. A 2 demi-sœurs et 2 demi-frères issus de la deuxième union de sa mère. Placée avant l'âge de 1 an initialement chez sa grand-mère suite à un signalement hospitalier pour passages répétés aux urgences, elle passe ensuite dans 11 familles d'accueil et 1 foyer avant l'âge de 16 ans. Une tentative de réintégration dans le foyer maternel est réalisée à l'âge de 15 ans mais échoue. La patiente présente un déficit intellectuel léger.

4.2.1.2 Situation de rencontre

Je rencontre la patiente lors de mon stage en tant que FFI en tant que médecin somaticien dans un service de psychiatrie adulte. La patiente, alors âgée de 17 ans, est hospitalisée pour la deuxième fois de l'année dans le service. Les éléments du parcours de vie (âge de placement, composition familiale, parcours en familles d'accueil…) sont rapportés verbalement par la patiente. Les données qui suivent sont issues de son dossier de psychiatrie adulte.

4.2.1.3 Analyse du dossier

- Avant la première hospitalisation

Mme D. prend contact pour la première fois avec les psychiatres du service peu avant son seizième anniversaire via les urgences et le psychiatre de liaison. Elle est alors amenée par les gendarmes, accompagnée de la directrice de son foyer à la suite d'une fugue, et retourne à domicile sans hospitalisation après un changement de traitement. A noter qu'elle est pourtant

suivie par un psychiatre pour adolescents dans un autre centre. Elle consulte une nouvelle fois quelques mois plus tard, toujours accompagnée par les gendarmes dans le même contexte et est alors orientée vers une hospitalisation en unité adolescents.

La troisième consultation du psychiatre de liaison via les urgences a lieu après un changement de lieu de vie, dans un contexte de crise clastique. Elle est alors âgée de plus de 16 ans et 3 mois et relève alors d'un suivi en psychiatrie adulte, débuté par l'un des psychiatres du service.

Il n'y a aucune trace de son dossier de psychiatrie adolescents dans le dossier de psychiatrie adulte.

D'après les observations des psychiatres, la patiente a changé de médecin traitant lors du changement de lieu de vie. Le nom du nouveau médecin traitant est donc enregistré dans le dossier.

- Lors de la première hospitalisation

Il s'agit donc de sa première hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte., qui va durer un mois. Elle est âgée alors de 16 ans et 9 mois.

Cette hospitalisation a pour motif une fugue avec agitation et hétéro-agressivité au sein de la famille d'accueil dans laquelle elle est arrivée 48h plus tôt. Elle est de nouveau amenée par les services de gendarmerie.

La fiche d'intervention précise les coordonnées de la cadre d'astreinte de l'ASE ainsi que les conditions de l'intervention. Le dossier d'admission renseigne comme coordonnées supplémentaires celles de la famille d'accueil, de son éducatrice référente, ainsi que de son petit ami. Il n'y est indiqué ni les coordonnées de son représentant légal, ni le nom de son médecin traitant. L'autorisation de soins est fournie par la cadre de l'ASE à la demande de l'infirmière des urgences.

A son arrivée dans le service, il existe une agitation psychomotrice avec agressivité et intolérance à la frustration, partiellement calmée par la sédation donnée aux urgences. Ses constantes (Poids, pouls, TA, T°, SpO2, GAJ) ont été prises aux urgences mais l'examen clinique n'a été réalisé que sur point d'appel, centré sur une douleur de la cheville, sans notion d'examen cardiovasculaire, respiratoire ou abdominale malgré une fébricule à 38.1°C et de multiples plaintes. Un examen clinique complet ainsi qu'un examen gynécologique sur point d'appel est réalisé dans le service à 48h de son admission par le médecin somaticien et

consigné dans le dossier informatique puis imprimé pour intégration dans le dossier papier. Un bilan biologique est alors prescrit.

Il n'y a pas d'élément indiquant que le patiente aurait consulté son médecin traitant avant son hospitalisation. En revanche, elle a été adressée en consultation de gynécologie quelques semaines avant son hospitalisation par le médecin de l'IME. Le compte-rendu de consultation de gynécologie a été adressé à la fois au médecin de l'IME et au psychiatre référent, mais pas au médecin traitant. Les résultats en lien avec cette consultation sont faxés au service après demande au laboratoire.

Lors de l'hospitalisation, des contacts répétés entre l'ASE et le psychiatre référent ont été pris pour organiser le projet d'accueil de la patiente. Tous ces contacts ont été faits oralement, par téléphone ou en entretien, retranscrits dans les observations quotidiennes manuscrites du psychiatre ou de l'équipe soignante. Un compte-rendu de l'un des entretiens a été dactylographié par une infirmière du service puis intégré dans le dossier papier. Il n'y a pas de courrier réalisé à l'ASE. Il n'y a aucune trace de prise de contact éventuelle ni avec la représentante légale de la patiente ni avec le médecin traitant tout au long du séjour dans le service.

Le courrier de sortie réalisé est adressé au médecin traitant renseigné dans le dossier lors de la consultation précédente. Il contient quelques éléments somatiques uniquement tirés de la consultation de gynécologie réalisée bien avant l'hospitalisation. Il n'y a aucun élément de prise en charge somatique lors de l'hospitalisation (examens cliniques, complémentaires, passage aux urgences pendant l'hospitalisation pour fièvre avec déshydratation). Les résultats d'examens complémentaires ne sont pas adressés au médecin traitant.

Après l'hospitalisation, un suivi est organisé toutes les deux semaines par le psychiatre.

- Lors de la deuxième hospitalisation

Je rencontre donc la patiente lors de cette deuxième hospitalisation d'une durée de plus de 2 mois. Elle est âgée de tout juste 17 ans.

De même que pour la première hospitalisation, celle-ci survient 48h après un nouveau changement de famille d'accueil après une crise clastique avec agressivité et menaces suicidaires. Elle arrive aux urgences via le SMUR.

La fiche d'intervention du SMUR ne précise que le motif d'intervention : « crise de nerf ». Elle ne contient ni coordonnées de personne à prévenir, ni élément médical lors de la prise en charge. Le compte-rendu des urgences mentionne les coordonnées de la mère de la patiente ainsi que celles de la nouvelle famille d'accueil. La feuille d'admission en hospitalisation contient celles de l'éducatrice, de l'IME, du petit ami de la patiente ainsi que de sa mère. Aucun médecin traitant n'est renseigné sur l'ensemble de ces documents. L'autorisation d'hospitalisation est faxée par la cadre ASE d'astreinte.

A son arrivée dans le service, Mme D. est calme et coopérante, il n'y a pas d'agitation, pas de trouble de l'humeur et elle est adhérente aux soins et aux traitements. Sur le plan somatique, un examen a été réalisé aux urgences sans particularité retrouvée (il n'y a pas de précision sur la teneur de l'examen clinique). Un examen clinique sur point d'appel urinaire a été réalisé lors de l'hospitalisation, mais consigné dans le dossier informatique uniquement. De même, plusieurs examens complémentaires ont été prescrits durant le séjour dans le service (ECBU, prolactine, radiographie de cheville), les observations et motifs n'ayant été consignées qu'informatiquement ne sont pas disponibles dans le dossier papier.

Il n'y a pas d'élément indiquant que le patiente aurait consulté son médecin traitant entre les deux hospitalisations. Le dossier hospitalier étant commun aux services, on retrouve cependant une consultation aux urgences peu avant son hospitalisation pour suspicion de grossesse mais le compte-rendu n'a pas été adressé au MT ni au psychiatre. La patiente a par ailleurs rapporté avoir une infection urinaire lors d'une consultation au CMP sans examen biologique ni courrier à ce sujet présent dans son dossier.

Tout au long de l'hospitalisation il existe une communication entre l'ASE, l'IME et le service afin d'organiser le projet de la patiente. Le premier entretien avec l'ASE a lieu 6 jours après l'admission. Des journées à l'IME sont organisées pendant l'hospitalisation, ainsi qu'un stage de coupure en danse. Néanmoins, il existe un important problème d'hébergement puisque la famille d'accueil refuse le retour à domicile, qu'il n'y a pas de lieu de vie possible, malgré des activités au CMP 4 jours par semaine et 1 jour par semaine à l'IME. Mme D. reste donc en hospitalisation pendant 2 mois et demi sans réel problème de soins identifié par le psychiatre. La patiente sort d'hospitalisation à la suite d'une ordonnance du juge autorisant un hébergement chez son petit ami. La mère de la patiente a été contactée pour lui demander une autorisation d'hospitalisation et de soins après 1 mois et demi d'hospitalisation, ses droits

de visite ont été suspendus par le juge durant l'hospitalisation. Aucun contact n'a été pris avec le médecin traitant.

Il n'y a aucun courrier de sortie réalisé. En revanche, une fiche de liaison pour le CDJ a été rédigée mentionnant l'évolution psychiatrique durant l'hospitalisation et les modifications de traitement. La prise en charge somatique n'y est pas évoquée. Il n'y a pas de courrier adressé au médecin traitant.

Un suivi mensuel au CMP est organisé à sa sortie.

- Lors de la troisième hospitalisation

Mme D. est de nouveau hospitalisée 3 mois et demi plus tard après avoir fugué du domicile de sa famille d'accueil, chez qui elle était nouvellement accueillie depuis une semaine. Ramenée au domicile par la gendarmerie, elle est hospitalisée sans passer par les urgences via l'intervention du SMUR. L'hospitalisation dure 3 jours.

La fiche d'intervention du SMUR détaille les circonstances de l'intervention ainsi que les coordonnées de la famille d'accueil. La fiche d'admission dans le service précise quant à elle, en plus des coordonnées de la famille d'accueil, celles des services de l'ASE, de la référente ainsi que du petit ami de la patiente. Les autorisations d'hospitalisation sont transmises par mail par la mère de la patiente et la cadre d'astreinte de l'ASE. Le médecin traitant n'est pas renseigné.

A son arrivée dans le service, la patiente est directement placée en CPF, après administration de neuroleptiques injectables par le SMUR. Aucun examen clinique n'a été réalisé par le SMUR. Il n'y a pas de trace d'examen clinique lors de l'hospitalisation dans le dossier papier.

Entre les deux hospitalisations, Mme D. a été hospitalisée en HGE au CHU pour ingestion de produit caustique, puis transférée en HGE dans l'hôpital de secteur. Le compte-rendu de l'hospitalisation au CHU a été adressé au psychiatre mais pas au médecin traitant. Le compte-rendu du service HGE de secteur a été adressé à la fois au psychiatre et au médecin traitant indiqué dans le dossier informatique de la patiente. Mme D. a par ailleurs consulté aux urgences de l'hôpital quelques jours avant son hospitalisation pour des douleurs lombaires et est ressortie sans attendre les résultats de ses examens. Ayant dit aux urgences qu'elle n'avait pas de médecin traitant, les résultats n'ont été adressé à personne.

La famille d'accueil annonce à 48h de l'admission son refus de reprendre la patiente en hébergement. Le référent de l'ASE explique au psychiatre n'avoir aucune solution

d'hébergement. La sortie est donc décidée, soit chez le petit ami, soit en famille d'accueil d'urgence, afin d'éviter une nouvelle pérennisation de la situation avec une hospitalisation uniquement à visée d'hébergement. Le médecin traitant n'a pas été contacté durant l'hospitalisation.

Le courrier de sortie réalisé mentionne les modalités d'arrivée, indique qu'il n'existe pas de motif d'hospitalisation psychiatrique et que l'ASE a été contactée à ce sujet. Il est adressé au médecin traitant présent dans le dossier informatique avant l'hospitalisation. Aucun élément somatique n'y est mentionné.

- Après la troisième hospitalisation

Un suivi mensuel est organisé au CMP. Une demande d'AAH et un dossier MDPH sont réalisés après consultation d'un psychiatre expert en vue du dix-huitième anniversaire, ainsi que la mise en place d'une curatelle renforcée. Les rendez-vous non honorés deviennent fréquents aux alentours de la majorité.

Le compte-rendu des trois hospitalisations est adressé à un nouveau médecin traitant après l'atteinte de la majorité.

Le médecin somaticien du service est sollicité lors d'une consultation au CMP car Mme D. affirme avoir réalisé une IVG dans un autre département, mais n'a ni prescription ni compte-rendu pouvant attester de la véracité ou de l'avancement de l'éventuelle grossesse.

La patiente arrête son traitement devant une grossesse. Il y a alors une rupture de suivi de plusieurs mois puis une reprise à sa demande.

Finalement, la patiente déménage hors département à l'âge de 19 ans. Il n'y a pas de trace de courrier adressé par le psychiatre à un nouveau psychiatre traitant ou à un nouveau médecin traitant. En revanche, le service de gynécologie de l'hôpital a adressé un courrier au futur gynécologue dans ce nouveau département. Ce courrier précise des antécédents de malformation pulmonaire et des hanches qui n'ont jamais été mentionnés dans les courriers et comptes-rendus de psychiatrie.

- Synthèse

Responsable de la prise en charge somatique globale de la patiente lors de son hospitalisation en psychiatrie, le médecin somaticien a donc pour seule source d'informations dans cette situation la patiente elle-même. Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques ainsi que le mode de vie de la patiente ne sont issus que de ses propres dires qui, au vu des éléments issus bien souvent d'autres services de l'hôpital, sont incomplets. Il n'y a ni transmission de dossier médical par l'ASE à l'admission, ni par la famille d'accueil, ni même de dossier papier ou de carnet de santé en possession de la patiente.

La prise en charge somatique pendant l'hospitalisation est très peu mentionnée dans le dossier (mais les données informatiques ne sont pas toutes inclues dans le dossier papier donc il existe un biais) et sont très rarement mentionnées dans le courrier de sortie de la patiente.

D'autre part, le médecin traitant n'est que très peu, voire pas du tout impliqué. En effet, celui-ci change peu avant la première hospitalisation à la suite d'un changement de lieu de vie. Par la suite, le nom du médecin traitant reste mentionné dans le dossier, mais la patiente affirme ne pas avoir de médecin généraliste. Il est donc probable bien que les courriers, lorsqu'ils lui sont adressés, soient envoyés toujours au même médecin, qu'il ne soit en fait plus son médecin traitant, d'autant plus que la patiente a changé de lieu de vie à de multiples reprises durant son suivi et qu'il n'y a aucune trace de consultation de ce médecin par la patiente avant ou après les hospitalisations. D'autre-part, aucun contact n'a été pris avec ce médecin durant les hospitalisations, et les courriers ne lui sont pas toujours adressés.

Après la majorité, on remarque un changement dans le suivi : la patiente est moins souvent hospitalisée (le problème principal lors de ces hospitalisations étant l'hébergement, on le comprend aisément), elle choisit un médecin traitant. Néanmoins, la stabilité semble fragile puisqu'elle déménage peu de temps après sans notion d'un nouveau médecin traitant, alors même qu'elle est enceinte.

4.2.2 Second cas : M. B.

4.2.2.1 Parcours de vie

M. B., patient issu d'une fratrie de 3, une grande et une petite sœur. Il souffre de carences affectives et éducatives d'une déficience intellectuelle modérée, orienté vers le SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) en CP. En CE1, il est scolarisé en CLIS (Classe pour l'Inclusion, désormais appelée ULIS Ecole), puis en ULIS en 5ème (Unité Localisée

pour l'Inclusion Scolaire, désormais ULIS Collège). Ses nombreux troubles du comportement sont à l'origine de plusieurs exclusions. Son placement est initialement administratif à l'âge de 14 ans, puis rapidement judiciaire, devant des actes hétéro-agressifs et une impulsivité. Il passe ensuite dans de nombreuses familles d'accueil et dans plusieurs foyers. Ses parents se séparent lorsqu'il a 15 ans, sa mère est alors rejetante, son père est alcoolique et refuse les soins pour son fils, ne lui donne pas les traitements lorsqu'il l'héberge. Il va ensuite à l'IME une fois par semaine, mais en est exclu à la suite d'un important conflit à l'âge de 16 ans.

4.2.2.2 Situation de rencontre

Je rencontre pour ma part M. B. lors de mon stage en psychiatrie, je suis alors FFI en tant que médecin somaticien. Il est âgé de 17 ans, et est hospitalisé pour la troisième fois dans le service, sur quatre hospitalisations dans les 7 derniers mois. Toutes les données biographiques et les informations qui suivent sont issues de son dossier de psychiatrie adulte.

4.2.2.3 Analyse du dossier

- Avant sa première hospitalisation dans le service

M. D est hospitalisé en unité adolescents de psychiatrie à cinq reprises entre 14 et 16 ans. Toutes ces hospitalisations ont pour motif une crise clastique ou un passage à l'acte hétéroagressif. Les comptes-rendus de ces hospitalisations, présents dans le dossier car demandés par le psychiatre du service à l'occasion d'une hospitalisation, ne mentionne jamais de prise en charge ou d'antécédent somatique. Ils sont tous signés par le psychiatre traitant du patient, présent dans le service d'hospitalisation, et adressés au même médecin traitant. Il est à noter que la demande d'ALD faite pour retard mental a été réalisée non pas par le médecin traitant mais par le psychiatre, et uniquement à l'âge de 16 ans.

- Lors de la première hospitalisation

Le premier contact avec le service de psychiatrie adulte a donc lieu peu après son dix-septième anniversaire. L'hospitalisation dure alors près d'un mois, et la seule trace présente dans le dossier est le compte-rendu adressé au médecin traitant. Il précise que le motif d'hospitalisation est une exacerbation des troubles du comportement dans un contexte de recrudescence anxio-délirante. Les modalités d'arrivée en hospitalisation ne sont pas mentionnées, mais le patient présente alors une agitation psychomotrice, une auto et hétéro-agressivité ainsi que des hallucinations acousticoverbales. Aucune donnée somatique n'est précisée. Il n'y a aucun autre document en lien avec cette hospitalisation dans le dossier

papier, notamment pas de trace de contact avec le psychiatre référent, le service d'hospitalisation adolescente ou les référents au sein de l'ASE.

- Lors de la deuxième hospitalisation

Trois mois après sa sortie du service, M. B. est amené aux urgences par les services de gendarmerie devant une agitation avec agressivité déclenchée par une altercation entre le patient et son père.

Il entre dans le service avec pour seul document le compte-rendu des urgences. Celui-ci contient les coordonnées de nombreux référents : la famille d'accueil qui héberge actuellement le patient, le responsable ainsi que l'astreinte du foyer dans lequel M. B. est en accueil de jour, son médecin traitant, son père, sa mère, et sa grande sœur.

Son état psychiatrique à son arrivée dans le service n'est pas mentionné. Un examen clinique a été fait aux urgences mais n'est pas détaillé en dehors de la description d'un hématome de la main droite lié à un coup donné dans un mur. Ses constantes ont été prises aux urgences, un ECG et une radio de la main ont été réalisés. Il n'y a pas de trace d'un examen clinique par la suite.

Aucune donnée indiquant une éventuelle consultation avec son médecin généraliste entre les deux hospitalisations n'est retrouvée. En revanche, un compte-rendu d'hospitalisation en psychiatrie adolescente a été adressé au psychiatre du service et au médecin traitant. En effet, M. B. a été hospitalisé deux semaines plus tôt en unité adolescente, à la demande du psychiatre du service adulte car le père du patient refusait une hospitalisation adulte. Ce compte-rendu ne mentionne que l'évolution psychiatrique du patient lors de son séjour.

Il n'a pas été consigné dans le dossier d'éventuel contact avec un référent ASE ou avec les parents ou la famille du patient, ni même avec son psychiatre ou son médecin traitant durant les deux semaines d'hospitalisation.

Le compte-rendu d'hospitalisation, adressé au médecin traitant, rapporte très brièvement l'évolution psychiatrique lors de l'hospitalisation, informe du traitement de sortie et de l'organisation d'une consultation de suivi. Aucune mention n'est faire de la prise en charge somatique réalisée aux urgences ou dans le service.

- Lors de la troisième hospitalisation

Deux mois plus tard, M.B. arrive aux urgences accompagné de la directrice du foyer devant des troubles du comportement avec agressivité envers deux autres enfants accueillis. Le

patient refuse de retourner dans sa famille d'accueil et demande une hospitalisation. C'est lors de cette hospitalisation que je le rencontre.

Le compte-rendu des urgences contient les coordonnées du médecin traitant, de la famille d'accueil, du foyer d'accueil de jour et du père du patient.

La présentation psychiatrique du patient à son admission n'est pas précisée. Un examen clinique complet a été réalisé et est détaillé dans le compte-rendu des urgences, incluant les constantes, un examen cardiopulmonaire, abdominal et neurologique.

Une nouvelle fois, aucun contact ne semble avoir été pris avec les référents ASE, les parents ou le médecin traitant, que ce soit au début de l'hospitalisation ou en prévision de la sortie.

Le compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant et ne mentionne que l'aspect psychiatrique de l'hospitalisation, aucune donnée somatique n'est évoquée durant ces deux semaines d'hospitalisation.

- Lors de la quatrième hospitalisation

Trois semaines après sa sortie, il est accompagné aux urgences par un éducateur pour une crise clastique lors d'un entretien pour son orientation en présence de son père, M. B. a donné un coup de poing dans un mur. Il existe alors une notion de rupture thérapeutique car son père refuserait de lui donner ses traitements à visée psychiatrique.

De même que lors de la précédente hospitalisation, les coordonnées des référents (médecin traitant, famille d'accueil, foyer, éducateur, père) ne sont présentes que sur le compte-rendu des urgences.

L'état psychiatrique lors de son admission n'est pas mentionné, un examen clinique est détaillé dans le compte-rendu des urgences, une biologie et une radiologie y ont été réalisées.

Aucun contact n'a été pris lors de l'hospitalisation. Néanmoins, les urgentistes l'ayant pris en charge ont tenté de joindre le psychiatre traitant du patient afin de l'avertir de cette nouvelle hospitalisation, sans succès.

Le compte-rendu réalisé à sa sortie, vingt-quatre heures après son admission, est adressé au médecin traitant et ne contient que la prise en charge psychiatrique.

- Lors de la cinquième hospitalisation

M. B. revient dans le service 7 mois et-demi plus tard. Il a atteint la majorité 3 mois plus tôt et vit désormais chez son père. Il arrive à l'hôpital accompagné des pompiers, après intervention

de la gendarmerie pour troubles à l'ordre public, et est hospitalisé en SPDRE à la demande du maire de sa ville de résidence. Son père l'a exclu de son domicile depuis 24h.

Il n'y a ni fiche d'intervention, ni compte-rendu des urgences dans le dossier. Aucune coordonnée de référent n'est renseignée.

A son arrivée dans le service, le patient est en rupture de traitement per os depuis 48h et a une semaine de retard pour son traitement injectable. Il est néanmoins calme, de bon contact, cohérent et coopératif.

Le psychiatre mentionne dans ses notes le nom de l'urgentiste ayant reçu le patient, et les résultats d'une biologie sont présents dans le dossier, mais il n'y a pas d'examen clinique décrit. Par ailleurs, on retrouve dans le dossier plusieurs éléments somatiques au cours de l'hospitalisation. Une ordonnance émane des urgences de l'hôpital deux semaines après son admission, contenant des antibiotiques, des antalgiques et des pansements, sans motif retrouvé dans les observations. Puis un ECBU est réalisé, ainsi qu'une radio de doigt. Il est impossible de connaître le prescripteur de ces examens. Un entretien infirmier réalisé au cours de l'hospitalisation mentionne une prise en charge en chirurgie de la main pour un corps étranger du doigt, avec au décours des points de suture, des antalgiques et des soins locaux à réaliser.

Durant l'hospitalisation, plusieurs entretiens ont été réalisés avec le père du patient concernant l'orientation à la sortie d'hospitalisation. Une rencontre avec les deux parents a également eu lieu. Il a alors été évoqué la possibilité d'une famille d'accueil thérapeutique, initialement sérieusement envisagée puis finalement refusée par le père du patient. Le psychiatre du service a également contacté le psychiatre traitant, qui l'a informé de la demande d'AAH réalisée par l'IME, et d'une mise sous protection envisagée mais pas encore demandée. La sortie d'hospitalisation est repoussée à deux reprises devant une dégradation de l'état psychiatrique la veille de la date prévue. Une agitation est d'ailleurs de nouveau rapportée la veille de la sortie. Il sort finalement après deux mois d'hospitalisation.

Le compte-rendu, adressé au médecin et au psychiatre traitant, évoque les difficultés liées à l'hébergement de M. B. et la possibilité de famille d'accueil thérapeutique. En revanche, il ne mentionne pas du tout le passage en chirurgie de la main ni les soins locaux à réaliser à domicile à la sortie d'hospitalisation contrairement à la fiche de liaison envoyée au CMP.

A la suite de cette hospitalisation, un accueil quotidien en HDJ est organisé, ainsi que la réalisation d'un pilulier hebdomadaire.

- Lors de la sixième hospitalisation

Quatre jours plus tard, la décision est prise d'arrêter l'accueil en HDJ devant une attitude systématiquement provocatrice.

Il est amené le jour même par les pompiers directement dans le service après avoir fugué du domicile de son père à la suite d'une altercation. Il est hospitalisé en SPDT, le premier certificat étant signé par le médecin du SMUR. Ce document n'est pas présent dans le dossier, et il n'y a pas non plus de fiche d'intervention du SMUR.

C'est lors de cette sixième hospitalisation que le dossier de pédopsychiatrie est demandé par le psychiatre et transmis au service. Un contact est également pris avec l'IME et l'association prenant en charge le patient.

A son arrivée dans le service, M. B. est calme et cohérent, mais intolérant à la frustration. Il n'y a pas d'examen clinique consigné dans le dossier papier, mais un ECG et une biologie sont réalisés une semaine après l'hospitalisation. Une consultation de contrôle en orthopédie est réalisée pendant l'hospitalisation. Le compte-rendu est présent dans le dossier car est interne à l'hôpital.

Une rencontre avec le père du patient est organisée pendant l'hospitalisation pour décider de la sortie. M.B. est resté hospitalisé trois semaines.

- Lors de la septième hospitalisation

Le patient est de nouveau amené par le SMUR 48h après sa sortie pour hétéroagressivité après une altercation avec son père qui aurait refusé de lui donner ses traitements.

Le certificat médical d'admission en SPDTU est présent dans le dossier, signé par le médecin du SMUR. Le compte-rendu des urgences est également disponible.

Les coordonnées des référents ne sont indiquées que sur ce dernier compte-rendu, et n'ont probablement pas été mises à jour à l'occasion de son hospitalisation puisqu'elles contiennent encore le contact des éducateurs et de l'astreinte du foyer, alors même que le patient n'y va plus depuis sa majorité.

A son arrivée, le patient est sédaté car du tercian lui a été administré par le SMUR.

Il n'y a pas d'examen clinique consigné dans le dossier papier au cours de l'hospitalisation.

Le compte-rendu est adressé au médecin traitant, et questionne sur le lieu de vie et la prise en charge sociale devant l'absence de décompensation psychiatrique justifiant l'hospitalisation.

La sortie est organisée au bout de quatre jours, en accord avec le père, avec un suivi hebdomadaire alterné entre psychiatre et psychologue.

- Lors de la huitième hospitalisation

Deux mois plus tard, M.B. est amené aux urgences par les pompiers à la demande de l'assistante sociale. En rupture de traitement depuis plusieurs jours, le patient a voulu sauter du balcon de son domicile à la suite de l'alcoolisation de son père, qu'il accuse d'attouchements sexuels.

Il est initialement évalué par l'infirmière de secteur psychiatrique aux urgences. Les documents présents dans son dossier au moment de l'admission sont le certificat d'admission en SPDTU signé par le médecin urgentiste, le compte-rendu des urgences, et la fiche d'évaluation de l'infirmière.

Les coordonnées notifiées sur le compte-rendu des urgences sont identiques à l'hospitalisation précédente, incluant l'éducateur et l'astreinte du foyer, donc il est probable qu'elles soient sauvegardées depuis les précédentes hospitalisations et non mises à jour. La fiche de l'infirmière mentionne quant à elle les coordonnées du médecin et du psychiatre traitants, et le numéro de téléphone des deux parents. L'urgentiste a pris contact avec le psychiatre traitant.

A son arrivée, le patient est encore une fois complètement sédaté. Il est calme et coopérant à son réveil le lendemain.

Un examen clinique complet est détaillé dans le compte-rendu des urgences. Un ECG et une biologie y sont également mentionnées. Il n'y a pas de trace d'un examen clinique pendant l'hospitalisation dans le dossier papier.

Aucun élément n'indique que le patient ait consulté son médecin traitant entre les deux hospitalisations. Aucun contact avec celui-ci n'est pris pendant son séjour.

Seul le compte-rendu provisoire de l'hospitalisation est présent dans le dossier. Il est adressé au médecin traitant et ne contient qu'une phrase : « crise caractérielle à la frustration ». L'hospitalisation a duré quatre jours.

- Lors de la neuvième hospitalisation

M. B. est de nouveau hospitalisé six jours plus tard, en SPDRE à la demande du maire de sa ville de résidence, pour troubles du comportement sur la voie publique, après intervention des gendarmes et du SMUR. M. B. rapporte un conflit avec son père et la nouvelle compagne de celui-ci. Il accuse cette femme d'attouchements sexuels lors d'alcoolisations

La fiche d'intervention du SMUR n'est pas présente dans le dossier, il n'a aucun document avec lui. Aucune coordonnée n'est mentionnée dans le dossier.

A son arrivée, il est calme mais opposant, aucune élaboration du discours n'est possible. Il dit avoir consommé trois bouteilles de vodka mais son alcoolémie, réalisée par les gendarmes lors de leur intervention, est négative.

Une biologie a été réalisée le jour de son admission. Le prescripteur et les motifs de prescription ne sont pas retrouvés. Il existe alors une polynucléose et une hypokaliémie. Il n'y a pas de notion de traitement pendant l'hospitalisation, mais une nouvelle biologie réalisée avant sa sortie montre une normalisation des résultats.

Il n'y a pas de compte-rendu d'hospitalisation, pas de courrier de sortie. Il ne reste hospitalisé que cinq jours.

- Lors de la dixième hospitalisation

Deux jours après sa sortie d'hospitalisation, le patient est amené à sa demande par les pompiers. Il demande un hébergement car il a eu une altercation avec son père. Devant les réticences des urgentistes à l'hospitaliser, il se scarifie.

Dans le service il présente des troubles caractériels sans élément de décompensation psychiatrique.

Encore une fois il n'y a pas de compte-rendu d'hospitalisation ni de courrier de sortie. Il ressort au bout de vingt-quatre heures.

- Lors de la onzième hospitalisation

M. B. revient aux urgences après avoir appelé le 15 quatre jours plus tard, à la suite d'un conflit familial.

Le compte-rendu des urgences et la fiche d'évaluation des urgences psychiatriques sont présents dans le dossier.

Les coordonnées mentionnées sur le compte-rendu des urgences n'ont pas été modifiées depuis les dernières hospitalisations. La fiche d'évaluation psychiatrique contient quant à elle les noms du médecin et du psychiatre traitant.

A son arrivée, le patient est de bon contact et ne présente pas de signe de décompensation.

Devant les multiples hospitalisations, systématiquement espacées de seulement quelques jours, des entretiens sont réalisés avec les deux parents, puis avec le père du patient. Le certificat de SPDT est signé par la mère du patient. Le père refuse d'accueillir son fils de nouveau, et se montre agressif envers les équipes par téléphone à l'occasion d'une alcoolisation. Une assistante sociale est alors sollicitée afin de trouver une solution à ce problème d'hébergement. Un contact est alors pris avec une éventuelle famille d'accueil. A noter que la demande de protection juridique semble toujours en cours, un mandataire à la protection des majeurs est désigné pour en évaluer le besoin peu avant le dix-neuvième anniversaire du patient.

Il n'y a pas d'examen clinique dans le dossier papier en dehors de celui réalisé à son arrivée aux urgences, qui n'est pas détaillé. Néanmoins, une ordonnance réalisée par les urgences pendant l'hospitalisation comporte une prescription d'hydratation IV et d'antibiothérapie par Oflocet. Le motif de cette prescription n'est pas retrouvé.

Le compte-rendu provisoire, adressé au médecin traitant, détaille les motifs de l'hospitalisation, l'évolution psychiatrique et le traitement de sortie. Aucune mention n'est faite du traitement par Oflocet ni de sa justification. Une fiche de liaison est envoyée au CMP avec le même contenu.

Le patient sort après presque trois mois d'hospitalisation, dans une nouvelle famille d'accueil. Un rendez-vous hebdomadaire est organisé avec l'infirmière.

- Lors de la douzième hospitalisation

Un mois et demi après sa sortie, à la suite de l'anniversaire de son père, M. B. présente une agitation avec violence et est hospitalisé via les urgences.

Le seul élément présent de son arrivée est la fiche d'évaluation par l'infirmier de psychiatrie, qui précise les coordonnées de la famille d'accueil ainsi que le nom du médecin traitant. Le mandataire à la protection des majeurs est également mentionné dans le dossier. Il est à noter que la personne de confiance désignée est la famille d'accueil.

Aucun élément ne laisse penser que le patient ait consulté son médecin traitant entre les deux hospitalisations, en revanche il est évoqué dans les entretiens réalisés au CMP une consultation aux urgences pour traumatisme de la main après avoir donné un coup de poing dans un mur. Il n'y a aucun courrier ou compte-rendu à ce sujet.

Initialement dans la démonstration et dans la provocation dans le but d'être hospitalisé, il reste dans le service durant deux mois. Plusieurs entretiens en présence de la famille d'accueil ont lieu afin de remettre le cadre en place et d'organiser des permissions. Le père du patient vient le chercher durant l'hospitalisation sans avis médical en affirmant que le traitement le sédate, il est finalement ramené par la suite par sa famille d'accueil.

La fiche de liaison réalisée à sa sortie et destinée au CMP est brève et ne mentionne que le motif d'hospitalisation et l'état psychiatrique (habituel) du patient. Il n'y a pas de courrier de sortie. Un entretien est organisé tous les quinze jours en alternance avec le psychiatre et le psychologue.

- Lors de la treizième hospitalisation

M. B. reste ensuite sept mois sans être hospitalisé. En sortant d'un bar, il refuse de retourner avec sa famille d'accueil et appelle les pompiers. C'est dans ces conditions qu'il consulte aux urgences pour troubles du comportement.

Le compte-rendu des urgences contient toujours les mêmes coordonnées, dépassées. Celles du médecin traitant et de la famille d'accueil sont automatiquement présentes dans le dossier car ont été renseignées lors de son séjour précédent.

Aucun examen clinique n'a été rapporté ni dans le dossier du service ni dans le compte-rendu des urgences dans lequel il est simplement inscrit « pas de plainte somatique ».

Il est calme à son admission, et reste à l'hôpital pendant neuf jours. Aucune observation n'est retranscrite dans le dossier papier durant l'hospitalisation.

Le compte-rendu, adressé au médecin traitant un mois après la sortie du patient, détaille le motif d'hospitalisation ainsi que l'évaluation uniquement psychiatrique dans le service.

- Lors de la quatorzième hospitalisation

Le patient est réhospitalisé à sa demande un mois et demi plus tard à la suite d'un week-end chez son père avec alcool et toxiques qui l'ont perturbé. Aucune prise en charge qu'elle soit psychiatrique ou somatique, n'est présente dans le dossier papier pour ce séjour de quatre jours dans le service.

Un courrier de sortie très bref est adressé au médecin traitant.

- Depuis la dernière hospitalisation

M. B. vit toujours dans la même famille d'accueil, il a un suivi régulier au CMP. Son renouvellement d'AAH a été réalisé par son psychiatre traitant. Deux passages aux urgences ont été consignés dans son dossier à quelques mois d'intervalle, avec à chaque fois pour motif une altercation avec son père. Il n'a pas été réhospitalisé entre sa dernière sortie et l'étude du dossier, soit une période de plus d'un an et demi.

- Synthèse

Du point de vue du médecin somaticien exerçant dans le service accueillant le patient, les données concernant celui-ci sont peu nombreuses. En effet, les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques ne sont connus que par le biais du patient lui-même. Il n'a pas de fiche médicale ou de dossier avec lui, pas de carnet de santé. Aucune donnée médicale n'est fournie par l'ASE. Les antécédents pédopsychiatriques ne sont demandés et obtenus que lors de la sixième hospitalisation dans le service. Les examens cliniques sont peu nombreux, mais un biais est encore une fois à prendre en compte puisque les données informatisées n'ont pas été inclues au dossier papier.

Du point de vue du médecin traitant, qui est resté inchangé tout le long du suivi du patient, on remarque que la quasi-totalité des comptes-rendus d'hospitalisation lui sont adressés. En revanche, ceux-ci sont concis et n'évoquent jamais aucun élément somatique malgré les différents évènements survenus lors des hospitalisations. Aucun contact téléphonique n'a jamais été évoqué avec le médecin traitant, et aucun élément ne permet d'affirmer que ce dernier ait déjà vu le patient en consultation. Les démarches administratives telles que les demandes MDPH, AAH, tutelle, ALD… ont toutes été réalisées soit par l'IME soit par le psychiatre traitant, sans implication du médecin généraliste, et ce malgré les volets somatiques présents dans les demandes.

A la différence de la patiente précédente, on remarque une majoration de l'instabilité à la majorité. Les hospitalisations se multiplient et sont de plus en plus rapprochées, souvent séparées de seulement quelques jours. La grande majorité, si ce n'est la totalité des hospitalisations, ont pour origine un conflit familial et une relation pathologique du patient avec son père, chez qui il retourne vivre à sa majorité. Cela montre également le paradoxe du

retour au domicile familial chez ces enfants placés justement dans l'objectif de les séparer d'un cadre familial néfaste. Les séjours à l'hôpital diminuent d'ailleurs une fois une solution d'hébergement stable et encadrante trouvée, même s'il persiste, toujours en rapport avec le père, des épisodes de troubles du comportement motivant parfois une consultation aux urgences.

5. Discussion

La revue de la littérature effectuée n'est pas exhaustive. De plus, les études réalisées sont bien souvent faites avec de faibles effectifs, avec des objectifs différents, des méthodes différentes rendant la généralisation et l'extrapolation des résultats difficiles voire inexactes. On remarque en effet des résultats différents selon les études, parfois contradictoires sur certaines questions. Ce manque de données implique des questions sans réponse tranchée, ne laissant parfois que de simples suppositions. Le domaine de la santé des jeunes placés à l'ASE mériterait ainsi une étude de plus grande ampleur, mettant en comparaison les enfants placés à la population générale du même âge. Les études sur les jeunes adultes anciennement placés sont encore plus rares. Les changements qu'impliquent le passage à la majorité dans la santé et le suivi de ces individus sont méconnus, ne nous laissant là encore que des suppositions.

Concernant le placement en lui-même, on remarque que chaque parcours d'enfant placé est différent. Les motifs de placements, les durées, les lieux, sont multiples, certains parcours sont plutôt stables, quand d'autres sont plus chaotiques, allant d'hébergement en hébergement. Les intervenants présents dans leur parcours, qu'il s'agisse des représentants légaux, des médecins ou des professionnels du milieu social, sont propres à chacun et dépendent à la fois de leur parcours mais également des circonstances et des motifs de placement. On pourrait ainsi se demander si l'extrapolation des données étudiées à l'ensemble de la population des enfants placés est pertinente.

Au fil des années, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin d'optimiser le suivi médical des enfants en population générale : les consultations obligatoires, les certificats obligatoires du huitième jour, du neuvième mois et du vingt-quatrième mois donnant lieu à des cotations spécifiques à plus haute rémunération. Pourtant, ces certificats sont loin d'être systématiquement réalisés, questionnant donc cette méthode. Est-ce par manque de temps, d'effectif, d'information sur le sujet, de rémunération ? En effet, si l'on souhaite envisager la mise en place d'une consultation de suivi pour les enfants placés à l'aide d'une cotation et

d'une rémunération spécifique, peut-être faudrait-il appréhender les freins à la réalisation de ces certificats par les médecins généralistes.

L'état de santé des enfants placés est, nous l'avons vu, complexe à déterminer. La taille et le nombre des effectifs limitent l'extrapolation des résultats des différentes études. Néanmoins, il semble que l'état de santé global de ces jeunes soit inférieur à celui de la population générale, notamment en ce qui concerne les problèmes psychologiques et psychiatriques, le handicap et les maladies chroniques. Les enfants eux-mêmes se considèrent bien souvent en moins bonne santé.

Le système des études de médecine, notamment de l'internat, induit une grande diversité dans la formation des différents médecins généralistes. Chaque jeune médecin a derrière lui un parcours différent, dépendant des différents stages réalisés lors de l'externat et surtout lors des trois années d'internat. Chacun est donc plus ou moins « exposé » aux problématiques de ces jeunes placés selon le lieu de stage, aboutissant à une formation hétérogène sur le sujet, encore une fois difficile à généraliser. Une formation spécifique, réalisée conjointement avec les éducateurs, les assistants familiaux, la PMI… pourrait ainsi être envisagée.

Le passage à la majorité représente une charnière importante : l'autonomie est souvent brutale, insuffisamment préparée. Il représente un nouveau changement de lieu de vie avec parfois un retour chez une famille pouvant être maltraitante, et peut être, à l'occasion d'un rejet complet de l'autorité chez certains jeunes, une rupture brutale avec l'ensemble des intervenants. On remarque que peu à peu l'Etat prend des mesures afin d'améliorer la prise en charge médicale des enfants confiés à l'ASE et diminuer les sorties sèches : la mise en place du PPE en 2007, la création du poste de médecin référent en protection de l'enfance en 2016, les engagements de 2019 sur les sorties de l'ASE, la loi de février 2022 mettant en place le droit au retour. On observe que la fréquence de ces lois s'accélère, néanmoins ces mesures tardent à se mettre réellement en place.

Enfin, les jeunes adultes sortant de l'ASE pourraient avoir leur mot à dire sur leur suivi médical et la continuité de celui-ci à leur sortie de placement. En effet, les données concernant les motifs et les voies d'accès aux soins de cette population sont quasi-inexistantes, et leur recueil directement auprès des principaux intéressés serait opportun. Cela permettrait à la fois de connaître leur état de santé et leurs représentations, mais également d'échanger sur leurs attentes, s'ils en ont, et leurs éventuelles réserves à ce sujet.

Concernant les situations cliniques, les protocoles de suivi départementaux étudiés ne sont pas représentatifs de l'intégralité du territoire. Il ne s'agit que d'un échantillon arbitraire de trois départements sur les quatre-vingt-seize départements de France métropolitaine. Ils nous permettent de mettre en évidence les disparités existantes tant dans leur contenu, que dans leur ancienneté et leur mise en place, mais ne préjugent pas de l'existence d'un protocole plus efficace dans un autre département.

Les dossiers étudiés, quant à eux, ne sont qu'au nombre de deux, et ne peuvent à eux seuls être représentatifs de l'ensemble des jeunes issus de l'ASE. De plus, il existe un biais de sélection puisqu'il s'agit des dossiers hospitaliers de deux jeunes que j'ai personnellement rencontrés au cours de mon parcours et non de jeunes sélectionnés au hasard. Ceux-ci ont donc été obligatoirement hospitalisés en psychiatrie, donc présentent des pathologies psychiatriques qui, bien que prépondérantes dans la population des enfants placés, ne sont pas systématiquement rencontrées chez ces jeunes.

D'autre part, ces dossiers sont des dossiers hospitaliers, limités dans leur contenu par l'adressage des courriers au service. Il ne s'agit pas de dossiers médicaux détenus par des médecins généralistes. Toutefois, au vu des études des dossiers, il est très probable que les dossiers détenus par les médecins traitants de ces patients ne soient pas plus renseignés que les dossiers en notre possession.

6. Conclusion

Il semble donc que la santé des jeunes majeurs issus de l'ASE soit globalement moins bonne que dans la population générale. Les pathologies psychiatriques et le handicap (souvent en lien avec des troubles psychologiques, du langage ou de la cognition) sont plus fréquents. Néanmoins, cette prévalence de pathologies psychiatriques tend à effacer les problématiques somatiques de ces jeunes, tant dans leur suivi médical que dans les recherches les étudiant. Cela s'observe également dans les deux études de dossiers réalisées, dans lesquels les pathologies et problématiques non psychiatriques sont seulement, et rarement, évoquées.

Un suivi médical général réalisé régulièrement et précocement a un impact positif sur la santé globale des individus. Il permet en effet le suivi des pathologies existantes, mais également le dépistage d'autres troubles et la prévention et l'éducation à la santé du patient. Celui-ci apprend ainsi à « prendre soin » de lui, mais également à reconnaître les situations nécessitant le recours au corps médical. Cette éducation est d'autant plus cruciale chez ces

jeunes placés car ils accèdent, à leur majorité, à une autonomie brutale, souvent peu ou pas préparée.

Ces sorties dites « sèches » de l'ASE ont conduit à un constat alarmant : près de 16% des jeunes placés n'ont plus de scolarité après seize ans, ¼ des SDF nés en France ont eu un parcours ASE dans l'enfance. Devant ces chiffres, l'Etat a contractualisé en 2019 avec les conseils départementaux des engagements pour en finir avec les sorties sèches. Le volet sanitaire y est développé, mais la mise en place de ces dispositions est encore assez aléatoire sur le territoire. Une nouvelle loi promulguée en février 2022 met en place un droit au retour pour les jeunes de 18 à 21 ans ayant préalablement refusé l'accompagnement, et les rend prioritaires pour l'accès à un logement social.

Afin d'encadrer ce suivi médical et de contrer les difficultés rencontrées, certains protocoles ont été mis en place par les départements. Malheureusement, ces protocoles sont seulement départementaux, il n'y a pas de protocole national et ils sont inégaux : certains sont limités à la période de la petite enfance, tandis que d'autres incluent les enfants jusqu'à leur majorité. Leur mise en pratique semble difficile malgré, parfois, les années écoulées depuis leur création.

Pour mettre en place ce suivi malgré la possible instabilité du logement de ces jeunes, le médecin généraliste pourrait devenir un pilier, un interlocuteur unique et stable dans leur parcours souvent chaotique. Cela s'inscrit dans le rôle de proximité, de premier recours et de coordination du médecin généraliste. Le remplissage systématique du carnet de santé est également indispensable pour cette coordination dont la mise en place semble difficile. « Mon espace santé », ayant récemment le DMP en y ajoutant quelques fonctionnalités, pourrait faciliter la transmission des données médicales malgré les différents lieux de vie. Néanmoins, l'espace doit être créé, pour un mineur, par son représentant légal qui peut ensuite donner l'accès à un second représentant légal, ce qui pourrait grandement limiter l'utilisation dans ce contexte.

Quelles perspectives de soins en médecine générale ?

On pourrait envisager, dans un premier temps, de renforcer la formation des médecins généralistes sur le sujet de la protection de l'enfance et des spécificités des jeunes placés. Cette formation pourrait être commune à différents corps de métiers : médecins généralistes, médecins de PMI, infirmiers de santé publique, éducateurs, assistants familiaux… ce qui permettrait également de mettre en place des échanges autour des problématiques

rencontrées par chacun. Cette formation devrait porter à la fois sur l'aspect médical (problèmes de santé spécifiques ou plus fréquemment rencontrés) et sur l'aspect relationnel (évocation des traumatismes, du placement, du passé…).

D'autre part, il faudrait pouvoir faire le point sur la santé de ces jeunes.

Sur le plan individuel, la mise en place d'une consultation systématique avant la majorité, donc la sortie de l'ASE, serait intéressante. Il s'agirait d'une consultation dédiée (détaillée paragraphe 3.4.6) permettant de faire une synthèse sur l'état de santé du jeune, mais également une éducation à sa santé et lui donner une opportunité d'ouverture vers les soins en général. Cette consultation, complexe et chronophage, devrait donner lieu à une cotation spécifique, et pourrait être réalisée avec l'aide d'une infirmière Asalée.

Sur le plan de la santé publique, nous avons vu que le sujet manquait cruellement d'une étude de grande ampleur. Un suivi sur une période de 10 ans pourrait être réalisé, étudiant d'une part l'effectivité de la mise en place de cette consultation de pré-sortie, et d'autre part l'état de santé global de ces jeunes, via par exemple un entretien téléphonique annuel. Un entretien semi-dirigé pourrait ainsi permettre d'évaluer le suivi médical (suivi régulier, médecin traitant déclaré, voies d'accès aux soins), la santé « physique » (maladies chroniques, traitements habituels, grossesses, hospitalisations) et la santé perçue de ces individus.

A l'image de Tony Quillardet et de son podcast « Parlons d'Eux », il semble important de libérer la parole de ces enfant placés ou anciennement placés ainsi que de leurs proches. Cela permettrait ainsi de leur proposer des soins en accord avec leurs besoins et leurs demandes, en accord avec qui ils sont et ce qu'ils ont vécu.

7. Bibliographie

1. DREES. 341000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017. *Etudes et Résultats*. 2018;1090.

2. Aide sociale à l'enfance − Action sociale départementale | Insee. Accessed July 6, 2020. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382589?sommaire=2382915

3. DREES. Les mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'aide sociale à l'enfance. *L'aide et l'action sociales en France*. 2017;(17).

4. ONPE. *Enfants En (Risque de) Danger, Enfants Protégés : Quelles Données Chiffrées ?*; 2016.

5. Even M. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. :96.

6. ONPE. Synthèse du rapport sur la situation des pupilles de l'Etat au 31 décembre 2017. Published online July 2019.

7. Bacro F. La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Altlantique. Published online 2013 2012.

8. CAREPS. *Etude Sur Les Enfants Confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire*.; 2009.

9. Rousseau D., Parot E., Siriot P., Cateland L-N. *Etude Réalisée Auprès Des Enfants Placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de Leurs Parents. Département Du Maine-et-Loire.*; 2006.

10. Insee. *Etude Sur Les Parcours Des Bénéficiaires de l'aide Sociale à l'enfance Dans Le Pas-de-Calais*.; 2013.

11. Martin A, Jego-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique*. 2017;29(5):665. doi:10.3917/spub.175.0665

12. DREES. Aide sociale à l'enfance : 55000 enfants et adolescents hébergés en établissements. *Etudes et Résultats*. 2016;0974.

13. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Published online 2018.

14. Euillet S, Halifax J. 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. Published online March 2016:201.

15. ODEV. *Les Parents de Mineurs Accueillis En Établissement : Quelles Modalités d'implication Dans Les Décisions Afférentes à Leur Enfant Durant Le Placement ?*; 2005.

16. Michel M. *Suivi Régulier de l'enfant de 0 à 6 Ans En Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre Ou PMI ?* 2013.

17. Ferley DJP, Rouviere F, Gulian T, Charrel M. Etude sur l'état de santé général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris. Published online August 2003:204.

18. E. Keravel, L. Jamet. *Le PPE : État Des Lieux, Enjeux Organisationnels et Pratiques*. ONPE; 2016.

19. ONED. *Le Projet Pour l'Enfant : Etat Des Lieux Dans 35 Départements Au Premier Semestre 2009*.; 2009.

20. Mainaud T. Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance. :6.

21. CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Published online October 2012.

22. Tanguy M, Rousseau D, Roze M, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière sociale. *Archives de Pédiatrie*. 2015;22(11):1129-1139. doi:10.1016/j.arcped.2015.07.016

23. de Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, et al. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. *Archives de Pédiatrie*. 2015;22(9):932-942. doi:10.1016/j.arcped.2015.06.018

24. Vitte L, Belloncle V, Gérardin P. Adolescents hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte : une étude descriptive à la lumière des problématiques relevant de la protection de l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2017;65(6):360-367. doi:10.1016/j.neurenf.2017.08.001

25. Wendland J, Lebert A, de Oliveira C, Boujut E. Liens entre maltraitance pendant l'enfance ou l'adolescence et consommations de substances à risque chez les jeunes adultes. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017;82(2):383-393. doi:10.1016/j.evopsy.2016.06.011

26. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2009;Numéro 82(2):73. doi:10.3917/cips.082.0073

27. Jutras S, Bisson J. La conception de la santé chez des enfans de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé. *Sciences Sociales et Santé*. 1994;XII(2):5-37.

28. Normandeau S, Wins I, Jutras S, Hanigan D. A description of 5- to 12-year oldchildren's conception of health within the context of their daily life. *Psychology & Health*. 1998;13(5):883-896.

29. Duchateau G. Les conceptions de la santé chez des collégiens issus de quartiers défavorisés. *Staps*. 2012;n°96-97(2):85-101.

30. Provencher Y. Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick. *ss*. 2003;50(1):231-262. doi:https://doi.org/10.7202/008507ar

31. Dumaret AC, Guerry E, Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2011;59(5):289-298. doi:10.1016/j.neurenf.2011.01.003

32. DREES. Les certificats de santé aux 8e jour, 9e mois et 24e mois - Ministère des Solidarités et de la Santé. Published October 17, 2014. Accessed July 7, 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois

33. Santé Publique France. Vaccination. Accessed May 6, 2021. https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees/#tabs

34. Fonteneau L. ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE DU VACCIN CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS EN FRANCE – 2008-2018 / EVOLUTION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINATION COVERAGE IN FRANCE – 2008-2018. :7.

35. M'T dents : quels enjeux d'une consultation régulière dès le plus jeune âge | L'Assurance Maladie. Accessed May 6, 2021. https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-02-04-cp-mt-dents-enjeux-consultation-reguliere-jeunes

36. Calvet L, Moisy M, Chardon O. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. :6.

37. Qui sont les enfants confiés à l'aide sociale ? Centre d'observation de la société. Accessed July 7, 2020. http://www.observationsociete.fr/ages/enfance/qui-sont-les-enfants-confies-a-laide-sociale.html

38. ONDPS. Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Published online 2011.

39. Cotasson É. *Evaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens*. Paris Diderot-Paris 7; 2010.

40. Le Camus M. *Evaluation Du Remplissage Du Carnet de Santé Des Enfants de 0 à 6 Ans*. Faculté de Médecine de Nantes; 2017.

41. Favier M. *Le carnet de santé est-il informatif ?* Aix-Marseille; 2018.

42. Amalia A, Balençon M, Berlinguer JM, et al. SFP CO-46 - Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes (MG). *Archives de Pédiatrie*. 2014;21(5):697. doi:10.1016/S0929-693X(14)71957-8

43. Simeon S. Enfants en danger: questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA. Published online 2018:82.

44. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux: déterminants d'une collaboration réussie: étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015. :109.

45. Id H. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. :231.

46. Mardieux, Jennifer. Obstacle au dépistage de la maltraitance chez les enfants en Médecine Générale. Published online 2012:275.

47. Verrier, Mathilde. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. Published online September 29, 2015:90.

48. Renzi, Camille. *Dépistage Des Maltraitances Infantiles En Médecine Générale : Les Freins Au Dépistage, Les Aides Possibles*. 2017.

49. C D. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(1):33. doi:10.3917/pos.411.0033

50. Petitcollot L, Denantes M, Ibanez G, Lazimi G, de Beco I, Magnier AM. Patients bénéficiaires de la CMU complémentaire : perceptions des étudiants en médecine et facteurs influençant ces perceptions. *La Presse Médicale*. 2012;41(6):e257-e264. doi:10.1016/j.lpm.2011.09.033

51. Franc LV, Rosman PF. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. :56.

52. Insee. Les principales ressources des 18-24 ans. *Insee Première*. 2016;(1603).

53. ONPE. Document de référence : accompagner les sorties de l'Aide Sociale à l'Enfance. Published online February 2019.

54. Defenseur des droits. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. :132.

55. ASE et handicap : se centrer sur l'intérêt de l'enfant pour surmonter les rivalités. Published November 19, 2018. Accessed January 25, 2021. https://www.editions-legislatives.fr/actualite/ase-et-handicap-se-centrer-sur-l'interet-de-l'enfant-pour-surmonter-les-rivalites

56. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. Dossier de presse : Aide Sociale à l'enfance : pour en finir avec les sorties sèches. Published online February 14, 2019.

57. Frechon I, Dumaret AC. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2008;56(3):135-147. doi:10.1016/j.neurenf.2008.01.015

58. Geoffroy PA, Guetta M, Étain B. La genetique en psychiatrie : aspects fondamentaux. 2016;92:12.

59. Dumaret AC. Entrée dans la vie adulte d'anciens placés en village d'enfants : Fin des prises en charge et parcours d'accès à l'autonomie. Published online 2009:29.

60. Minost, Jérôme. *Quel Est l'impact de l'absence de Médecin Traitant Sur Les Recours Aux Urgences ?* Paris Diderot-Paris 7; 2009.

61. Bouniort, Lisa. *Venues Spontanées Aux Urgences Du Centre Hospitaliser d'Angoulème Durant Les Heures d'ouverture Des Cabinets de Médecine Générale : Déterminants, Pertinence et Orientation*. Poitiers; 2012.

62. Morcant, Fanny. *Etat Des Lieux Des Consultants Aux Urgences Du Centre Hospitaliser d'Abbeville Relevant de La Médecine Générale*. Jules Vernes, Amiens; 2015.

63. Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance: *Revue française des affaires sociales*. 2016;(1):343-374. doi:10.3917/rfas.161.0343

64. COUX DD. Santé Protégée 44. CHU de Nantes. Accessed May 20, 2021. https://www.chu-nantes.fr/sante-protegee-44

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : Protocole de suivi médical – ASE Vienne

Le 02/10/2022

SUIVI MEDICAL DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS CONFIES A L'ASE

- Protocole
- Annexe 1 : Courrier envoyé aux parents
- Annexes 2 et 2 bis : Autorisations parentales relatives au suivi médical
- Annexe 3 : Courrier bilan médical annuel
- Annexe 4 : Courrier Assistant familial
- Annexe 5 : Courrier envoyé aux parents non venus
- Annexe 6 : Courrier envoyé au médecin traitant

1

2

Protocole du suivi médical des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE

Préambule :

Ce présent protocole a pour objet d'assurer un suivi médical coordonné et continu des enfants de 0 à 6 ans confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance chez les assistants familiaux et dans les lieux de vie de la Vienne et d'harmoniser les pratiques.

Il sera ultérieurement complété par les protocoles concernant le suivi des enfants en établissements d'accueil ainsi que celui des enfants de plus de 6 ans.

Contexte :

La prise en charge de la santé est un droit pour l'enfant, inscrit dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant du 20 Novembre 1989 ratifiée par la France en 1990, et renforcée par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui définit et complète des mesures destinées à protéger, entre autre, la santé de l'enfant et son développement physique, affectif, intellectuel et social, notamment sur le plan préventif.

Un certain nombre d'études montre que les enfants confiés à l'ASE ont plus de problèmes de santé que la population générale[1], en particulier des troubles sensoriels, du langage, des caries dentaires, des troubles psychiques. La prise en charge de la santé de ces enfants apparait donc comme une nécessité, notamment « au regard de l'impact des problèmes de santé mentale sur l'insertion socioprofessionnelle et la vie relationnelle à moyen et long terme ». (Art. L2112-2 du CSP, art. 375 du CC, art. L112-4 du CASF, art L221-1 alinéa 4 du CASF).

[1] Dr C. Jouvensal et Dr C. Sauviat. Les enfants confiés à l'ASE de Seine et Marne, enquête santé. Mai 1992.

La loi de Mars 2016 renforce l'attention à porter à la santé de l'enfant accueilli et insiste sur le volet préventif :

L'étude réalisée par le Défenseur des Droits en Mars 2016 « L'accès à la Santé des enfants pris en charge au titre de la Protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin » montre :

- le Projet pour l'Enfant inclut insuffisamment la dimension de la santé et de la promotion de la santé ;
- des actions de prévention peu accessibles aux enfants confiés ;
- une absence réelle de coordination entre les multiples acteurs intervenants sur la santé des enfants qui entraine des ruptures du parcours de santé ;
- un manque d'appréhension des problématiques médicales spécifiques des enfants relevant de la protection de l'Enfance par les professionnels de santé et les équipes éducatives.

Le Défenseur des Droits a émis des recommandations en 2017 suite à ce rapport et préconise notamment la réalisation systématique de bilan de santé dans le cadre de protocole impliquant les services de PMI le plus précocement possible.

L'étude « Enfants placés à l'ASE ayant une orientation MDPH » menée en 2016 par le service des établissements et budget du département montrait notamment :

- un suivi médical morcelé au gré des placements ;
- une articulation difficile entre PPE et projet de soin ;
- des repérages tardifs du handicap et des démarches faites auprès de la MDPH le plus souvent après les 6 ans de l'enfant.

I- Les principes de bases du suivi médical préventifs sont :

- le respect de l'intérêt des droits de l'enfant ;
- le respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale. Ils doivent notamment être informés de la prise en charge de l'enfant accueilli et des échanges d'informations sur sa santé entre professionnels ;
- le respect du secret professionnel et du secret médical ;
- le libre choix du médecin traitant ;
- l'utilisation du dispositif de droit commun en matière de prise en charge des soins ;
- l'accès à l'éducation pour la santé.

II- Cadre légal :

Exercice de l'autorité parentale :

✓ Définition :

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon l'âge et son degré de maturité » (art. 371-1 du CC) ».

✓ Principes :

L'autorité parentale appartient en totalité aux parents, y compris dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative :

- « les pères et mères de l'enfant bénéficiant d'une mesure éducative, continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure » (art 375-7 alinéa 1 du CC) ;
- « les pères et mères exercent en commun l'autorité parentale » (art 372 du CC).

Dans certains cas l'autorité parentale peut être exercée totalement ou partiellement par d'autres personnes que les parents, notamment : une personne physique, le Président du Département ou encore le Préfet. Cette attribution peut se faire :

- par délégation de l'autorité parentale totale (art. 377 et suivants du CC) ;
- par délégation d'autorité parentale partielle (art. 377 et suivants du CC) ;
- dans le cadre d'une curatelle ;
- lorsqu'un mineur est pupille de l'Etat.

« **Lorsque l'enfant est confié à un tiers**, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et son éducation » (art 373-4 alinéa 1 du CC) :

- **les décisions relatives à la santé du mineur relèvent des représentants légaux (choix d'un traitement, admission de l'enfant à l'hôpital, consentement concernant une intervention chirurgicale, et plus généralement toute décision relative aux soins à donner à l'enfant). Les parents sont donc systématiquement associés à ce suivi médical sauf contre-indication particulière.**

- **en cas de refus des parents, les motivations de ce refus doivent être travaillées et tout doit être mis en place pour les associer à ces démarches mais ce refus ne fait pas obstacle au suivi et aux actes de prévention car les actes relatifs aux examens médicaux, préventifs et diagnostiques sont des actes usuels relatifs à la surveillance et à l'éducation des enfants confiés, au sens de l'article 373-4 CC. (Cf. Guide des actes usuels). A ce titre, ils peuvent être décidés par le service ASE – service gardien, et confiés au service de PMI.**

Cas particuliers permettant au médecin d'agir, pour la santé de l'enfant, sans l'accord du ou des détenteurs de l'autorité parentale :

- « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

  Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ;
- « sans préjudice de l'article 373-4 et des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure. » (art 375-7 du CC) ;
- lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. » ;
- « dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. » (art. L 1111-4 alinéa 6 du CSP) ;

- « en cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent. » (art. L. 1112-35 du CSP).

Accès au dossier médical :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels de santé […] sous réserve de l'opposition prévue par l'Art. L 1111-5 dans le cadre de la personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin » (Art. L 5134-1 du CSP).

Partage des informations médicales :

Selon le CASF, et le CSP, sont soumis au secret professionnel les assistants de service social, les personnes participant aux missions de l'ASE et de la PMI ainsi que les médecins, les infirmiers et les sages-femmes.

L'article L.226-2-2 CASF prévoit que « les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L ; 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Les agents du département mettant en œuvre la politique de protection de l'enfance et soumis au secret professionnel sont donc autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret. Ce partage doit avoir pour but l'évaluation des situations individuelles ainsi que la détermination et la mise en œuvre des actions d'aide et de protection et doit être limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement des missions de protection de l'enfance.
Sauf intérêt contraire de l'enfant, il convient également d'informer (de manière écrite afin d'en conserver une trace) les personnes exerçant l'autorité parentale de ce partage d'informations à des fins de suivi et de prise en charge. »

III- Objet du présent protocole :

✓ Définition :

Le suivi médical PMI des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE revêt les actes suivants :

- prévention ;
- dépistage ;
- éducation à la santé.

Le médecin de PMI est garant du suivi médical de l'enfant confié de moins de 6 ans et fait lien avec le référent éducatif et le psychologue ASE pour l'articulation des prises en charge. Les lieux d'accueil des enfants sont responsables de la mise en œuvre de ces suivis et signalent les éventuelles difficultés. Ensemble, ils veillent à la continuité du suivi.

➢ **Le suivi médical doit être :**

- **global** : préventif et curatif ;
- **systématique** et identique pour chaque enfant ;
- **intégré au PPE** (**Article L.223-1-1 CASF Loi du 14 Mars 2016 :** « Il est établi pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance un document unique intitulé « projet pour l'enfant » qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif intellectuel et social. Il comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document. Le Président du Conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale) ».

➢ **Pour :**

- assurer un suivi médical de qualité des enfants confiés et garantir la continuité du parcours de soins en lien avec le référent éducatif ;
- dépister précocement le handicap et les troubles psychiques et repérer précocement les enfants à difficultés multiples et ainsi favoriser les orientations précoces de soin ;
- favoriser la participation des parents dans la prise en charge de la santé de leur enfant et ainsi soutenir leur parentalité.

Organisation :

Il est établi que le suivi médical est effectué par l'équipe PMI du lieu de résidence des détenteurs de l'autorité parentale pour faciliter leur participation dans ces prises en charge.

Ce suivi fait partie intégrante et incontournable des accompagnements assurés par les lieux d'accueil des enfants et le service Aide Sociale à l'Enfance.

Si les parents ne se mobilisent pas sur ces temps de consultations il sera important de travailler cet accompagnement avec le référent éducatif.

Suite à trois rendez-vous manqués et un accompagnement impossible, le suivi médical se fera sur le lieu de résidence de l'assistante familiale. Cette décision sera prise collégialement (RPE et médecin PMI).

- **Le pôle administratif du Pôle Enfance informe :**

L'équipe PMI de la date du rendez-vous d'admission et du lieu de placement de l'enfant par la copie de la décision de placement (présence facultative du médecin ou de la puéricultrice lors de ce rendez-vous) et le nom et l'adresse de la famille d'accueil ou du LDV.

- **Lors du rendez-vous d'admission à l'ASE :**

  - les parents sont informés du suivi médical PMI et de la réalisation des actes usuels de prévention ;
  - leur sont remis une lettre d'information expliquant le suivi médical (cf. annexe 1 intégrée à Iodas), leur adhésion est recherchée et intégrée au PPE ;
  - Si l'enfant est scolarisé, le référent éducatif, l'AF ou le LDV sont informés du possible bilan scolaire et du caractère incontournable de celui-ci.
  - il leur est signifié que les informations nécessaires au bon développement de l'enfant peuvent être échangées entre les professionnels des services PMI et ASE ;
  - le carnet de santé est confié par les parents au lieu d'accueil. Si cela n'est pas possible, il conviendra de travailler ce point avec les parents et une copie pourra être faite et donnée au lieu d'accueil.
  - L'AF ou le LDV est invité ce jour à prendre le premier rendez-vous médical auprès du secrétariat MDS ou MDSP en concertation avec les parents pour la date. Le courrier de confirmation sera envoyé aux parents, à l'AF et communiqué au référent éducatif par le secrétariat qui donne le rendez-vous.

- **Organisation des consultations :**

  - la consultation se fera soit sur un temps unique avec l'assistante familiale et les parents soit en deux temps, à l'appréciation du service PMI ;
  - à l'issue de la consultation le médecin fait systématiquement parvenir aux parents s'ils ne sont pas présents, ses conclusions et les suites éventuelles à donner (cf. annexe 5). Une copie est donnée au référent éducatif.
  - le médecin envoie un courrier au médecin traitant qui verra l'enfant régulièrement (cf. annexe 6).
  - Le médecin envoie les dates de CN au référent éducatif.

Rythme :

Dans tous les cas, une consultation médicale sera réalisée dans les 3 mois suivant le début de l'accueil de l'enfant afin d'établir avec les parents le projet pour l'enfant concernant sa santé (dans le cadre du PPE).

Le rythme de consultation sera à l'appréciation du médecin selon les recommandations pédiatriques générales et l'état de santé de l'enfant (deux consultations minimum par an).

Il sera possible d'envisager une consultation conjointe avec la psychologue PMI (à la discrétion du médecin ou sur demande des parents).

L'enfant sera systématiquement vu en bilan scolaire à l'école, accompagné de l'assistante familiale, du lieu de vie et/ou des parents.

Un rendez-vous médical de synthèse sera organisé à la sortie de placement de l'enfant ou à ses 6 ans pour organiser le relais du suivi médical (avec médecin référent ASE ou médecin traitant).

Supports :

1/ Le **carnet de santé** est l'outil qui centralise les informations médicales et suit l'enfant dans son parcours d'accueil. Les consultations médicales et préconisations sont consignées dans celui-ci. Dans le cas où les parents sont réticents à le transmettre, il conviendra d'accompagner ceux-ci pour leur faire comprendre l'intérêt de l'enfant de garder ce carnet. En cas d'impossibilité une copie sera faite pour le lieu d'accueil :

- **dossier Horus** : les informations médicales de la consultation y sont consignées ;
- **autorisations parentales :** (cf. doc 2) figurent dans le dossier administratif ASE, dont une copie est transmise au médecin de PMI référent pour être inséré au dossier médical de l'enfant.

2/ Le **PPE** qui présente : « les éléments synthétiques d'évaluation actualisée, et notamment ceux de l'évaluation médicale et psychologique prévue à l'article L. 223-1-1 pour le domaine de vie relatif au développement, à la santé physique et psychique de l'enfant » (Article D223-15).

En cours d'accompagnement :

L'assistant familial transmet les informations médicales nécessaires au référent éducatif ASE et au médecin de PMI. Il doit être présent lors du bilan scolaire.

Des éléments concernant la santé et le développement psycho moteur de l'enfant seront communiqués au référent éducatif par l'équipe PMI en vue du passage de la situation

de l'enfant à la commission d'examen des statuts. Le pôle administratif transmet le planning et l'ordre du jour de la commission au médecin.

Les synthèses permettent de tenir l'ensemble des professionnels informés de la prise en charge globale de l'enfant et sa famille et notamment sa santé et les prises en charge en cours ou à réaliser.

Le médecin de PMI est systématiquement informé et invité aux synthèses et bilans. A défaut de présence, un retour préalable à la synthèse est fait par l'équipe PMI auprès du référent éducatif. Ce dernier fera retour des conclusions et préconisations de la synthèse.

Les échanges ponctuels sur la situation peuvent se faire au cours des commissions de coordination ou si besoin au cours des points de situations ASE.

Les échanges sur les situations entre les deux services doivent se faire dans les synthèses ou les bilans, les points de situations, les commissions de coordination et autres instances…

- **Les orientations :**

Dans le cadre de l'élaboration du PPE, l'évaluation psychologique de l'enfant réalisée sera articulée avec le bilan médical et permettra de dégager les besoins de l'enfant et les orientations préconisées du point de vue de sa santé physique et psychique.

Le médecin coordonne ces suivis. Le lieu d'accueil et le référent éducatif s'assurent de leur mise en œuvre et interpelle le référent éducatif et/ou le médecin en cas de difficulté. Ensemble (lieu d'accueil, référent éducatif et médecin), ils veillent à la bonne transmission des informations nécessaires et à la prise en charge adéquate des soins.

Si besoin, en cours d'accompagnement, le médecin fait des orientations vers des services spécialisés extérieurs **avec l'autorisation parentale** et informe les professionnels accompagnant le placement.

En cas d'orientation vers un service de pédo-psychiatrie, psychologue libérale ou psycho motricité, la psychologue ASE est systématiquement associée en tant que personne ressource et interlocutrice des partenaires extérieurs ainsi que le référent éducatif. Le RPE est informé pour la prise en charge financière.

- **L'accompagnement du volet Santé à domicile ou en permanence de puériculture :**

La puéricultrice PMI qui dépend du territoire de résidence de l'AF peut être amenée à proposer une visite au domicile de l'assistant familial (en concertation avec le service ASE) à la demande de celui-ci ou si elle constate lors de la consultation de suivi de l'enfant des besoins spécifiques dans la prise en charge autour de la santé (au sens global du terme) du

jeune enfant ou du bébé. La puéricultrice se mettra en lien avec la collègue qui voit l'enfant en consultation si nécessaire.

Fin d'accompagnement :

Si retour de l'enfant dans sa famille : Bilan du suivi médical avec les parents et relais vers le médecin traitant. Selon l'âge le suivi médical peut perdurer en PMI si les parents le souhaitent.

Aux 6 ans de l'enfant si l'accueil se poursuit : bilan du suivi médical avec les parents et relais auprès du médecin de protection.

La synthèse du suivi médical (dossier Horus) est mise sous pli confidentiel dans le dossier administratif ASE de l'enfant.

Bilan scolaire :

Au même titre que tous les enfants de l'école, l'enfant accueilli chez une assistante familiale ou LDV est convoqué par le service PMI lors du bilan scolaire.

Cette invitation sera envoyée chez l'assistante familiale ou le LDV via l'école. Il conviendra pour l'équipe PMI du bilan de se mettre en lien si nécessaire avec l'équipe PMI qui voit l'enfant en consultation. Le référent éducatif est informé de la date de rendez-vous.

Ce bilan réalisé sur le territoire du domicile de l'assistant familial ou du lieu de vie est incontournable et l'assistant familial ou le référent du LDV doit être présent. En cas d'impossibilité, il le signale au service PMI et prend rendez-vous auprès de celui-ci pour que les dépistages sensoriels soient bien réalisés.

IV- Evaluation du protocole :

- **Nombre d'enfants de moins de 6 ans confiés sur l'année sur chaque territoire (pôle administratif) :**

- **Statistiques réalisées par le service PMI en central à partir du logiciel Horus :**

  - Nombre d'enfants vus dans le cadre d'une visite d'admission, dans le cadre d'un suivi ;
  - Nombre d'orientations médicales spécialisées ;
  - Nombre moyen de consultations par enfant par an

Annexe n°1

DIRECTION ENFANCE-FAMILLE
SERVICE DE PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE

Madame, Monsieur,

Votre enfant est confié au Service de l'Aide sociale à l'Enfance et bénéficiera de bilans préventifs réguliers effectués par le médecin de Protection Maternelle et Infantile. Ces consultations auront pour objet de faire le point sur la santé et la vaccination de votre enfant, ainsi que d'envisager les éventuelles orientations et prises en charge médicales nécessaires.

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, les professionnels de santé assurant la prise en charge et les professionnels de la Maison Départementale des Solidarités de référence, peuvent être amenés à partager les informations de santé, strictement nécessaire à la continuité des soins.

Vous serez informés de la date de ces bilans et nous vous invitons à y participer.

Le médecin de PMI fera le lien avec le médecin traitant de votre enfant.

Si vous n'êtes pas présents, le médecin de PMI vous en transmettra les conclusions et vous pourrez le rencontrer si vous le souhaitez.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Médecin de Protection Maternelle et Infantile

13

14

Annexe n°2

Autorisation de soins signée par les titulaires de l'autorité parentale

Nom du mineur : Prénom :
Date de naissance :

Mère :
Nom : Prénom :
Adresse :

Tél portable Tél fixe
Signature :

Père :
Nom : Prénom :
Adresse :
Tél portable : Tél fixe :
Signature :

Tuteur
Nom……Prénom :……
Adresse :……
……
Tél portable …… Tél fixe ……
Signature :

15

16

Annexe n°2 bis

Autorisation de soins usuels et d'hospitalisation signée par le service gardien (ASE)

Je soussigné : NOM Prénom fonction

Représentant le service ASE gardien du mineur autorise l'hospitalisation et les soins, vaccinations, examens sans anesthésie générale pour le mineur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

TEL :

Pendant la durée de son placement à l'Aide Sociale à l'Enfance

Fait à ……..

Le ……

17

18

Annexe n°3

DIRECTION ENFANCE-FAMILLE
SERVICE DE PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE

Dossier suivi par
Tél. : 05
Courriel :

Poitiers, le

……

à

……

Objet : Bilan de santé

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des bilans de santé préventif réguliers, nous vous informons que votre enfant :

- Nom, prénom ……...sera reçu en consultation :
  - le …….. à ……..……..

par le médecin de Protection Maternelle et Infantile à l'adresse suivante :

- ……...

Nous vous invitons à y être présent.

En cas d'absence, nous vous ferons parvenir les conclusions de cette consultation.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Médecin de PMI

20

Annexe n°4

DIRECTION ENFANCE-FAMILLE
SERVICE DE PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE

Dossier suivi par
Tél. : 05
Courriel :

Poitiers, le

……

à

……

Objet : Bilan de santé

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des bilans de santé préventif organisés pour les enfants confiés au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, je procéderai au bilan médical d'admission de l'enfant que vous accueillez :

- nom / prénom de l'enfant ……..…

Je vous serai reconnaissante de bien vouloir accompagner l'enfant à cette consultation avec son carnet de santé, s'il est en votre possession :

- le …….. à …….

à l'adresse suivante : ……..

Si cette date ne vous convenait pas, je vous invite à contacter le secrétariat au numéro de téléphone ci-dessus, afin que nous puissions, ensemble, fixer une autre date.

Par ailleurs, je vous demande de veiller à me faire adresser un double de tout courrier médical concernant le suivi de l'enfant.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Médecin de PMI

22

Annexe n°5

DIRECTION ENFANCE-FAMILLE
SERVICE DE PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE

Dossier suivi par
Tél. : 05
Courriel :

Poitiers, le

……

à

……

Objet : Bilan de santé

Madame, Monsieur,

Ainsi que vous en avez été informé, votre enfant :

- Nom / prénom ……

a bénéficié d'un bilan de santé dans le cadre de sa prise en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Suite à cet examen qui a eu lieu le ……, je vous informe que……..

Je reste à votre disposition pour vous rencontrer si vous le souhaitez.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Médecin de PMI

24

Annexe n°6

DIRECTION ENFANCE-FAMILLE
SERVICE DE PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE

Dossier suivi par
Tél. : 05
Courriel :

Poitiers, le

……

à

……

Objet : Bilan de santé

Cher(e) confrère (consœur),

Votre patient, l'enfant :

- nom / prénom…….. né le ……..

vient d'être confié au Conseil Départemental de la Vienne, service de l'Aide Sociale à l'Enfance et est accueilli chez un(e) assistant(e), Mr (Mme) :

- nom/prénom……

habitant……

Dans ce contexte, le service de l'Aide Sociale à l'Enfance a établi un protocole d'accueil de l'enfant qui comprend un volet « suivi de la santé et du parcours du soin », et qui prévoit de confier cette mission au médecin de PMI de secteur pendant la durée du placement, en collaboration étroite avec le médecin traitant de l'enfant, et après information des parents.

Je vous tiendrai informé(e) des éléments importants concernant la santé de ce jeune patient et renseignerai son carnet de santé à chaque consultation afin d'éviter des pertes d'informations qui pourraient lui être préjudiciables, et vous remercie par avance de bien vouloir faire de même.

Bien confraternellement,

Le Médecin de PMI

26

8.2 Annexe 2 : Compte-rendu de bilan d'entrée – ASE Loiret

J'ai pu voir le 28 octobre 2019 dans le cadre de la consultation ASE-PMI l'enfant [redacted] âgée de 4ans et 2 mois en présence de M [redacted] son assistant familial qui l'accueille depuis aout 2019.

Antécédents personnels
Aucuns

Une sœur [redacted] accueillie dans la même famille.
Vaccinations à jour

Évolution depuis son accueil à l'ASE
[redacted] s'est bien adapté à son lieu d'accueil et son comportement est tout à fait adapté.
Il ne voit pas ses parents mais en parle sans qu'on puisse noter une tristesse particulière.

Il fréquente l'école maternelle (Moyenne section) et mange à la cantine.

Examen Clinique
Poids 19,9 Kg pour une taille de1,08m ce qui donne un IMC à 17.
Examen somatique normal.
Enfant calme qui se concentre sur les activités proposées.
Test Pigassou pour la vision montre une baisse de l'acuité visuelle de l'oeil droit.
Test ERTL4 (pour le langage) rouge avec nécessité de réaliser un bilan orthophonique
Bon appétit et varié.
Graphisme satisfaisant (bonhomme tétard)
Bon sommeil.

Conclusion

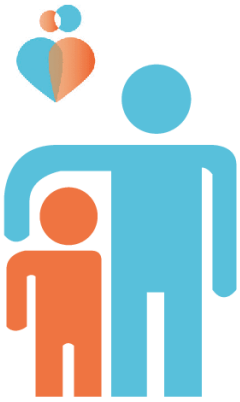
- Bilan ophtalmo
- Bilan orthophonique
- Bonne adaptation au placement
- Prévoir 2 ampoules UVEDOSE pour l'hiver (ordonnance remise).

Cordialement,

8.3 Annexe 3 : Flyers de présentation Santé Protégée – ASE Loire-Atlantique

Santé Protégée

PARENTS, VOUS ÊTES ATTENTIFS À LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT



SANTÉ PROTEGÉE 44 EST À VOS COTÉS POUR PRENDRE SOIN DE VOTRE ENFANT

Votre enfant est concerné par une mesure de protection de l'enfance. Nous vous proposons de l'accompagner **pour sa santé.**

Un bilan de santé et de prévention est obligatoire à l'entrée dans la mesure de protection puis une fois par an.

En Loire-Atlantique, ce bilan de santé annuel est coordonné par Santé Protégée 44.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Loire Atlantique

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

UN BILAN DE SANTÉ ANNUEL COMPLET

Pendant toute la durée de la mesure, Santé Protégée 44 permet de bénéficier d'un bilan médical annuel complet chez **un médecin référent.**

Le médecin référent peut suivre votre enfant, et prévoir avec Santé Protégée 44, les examens et avis spécialisés nécessaires pour l'aider à bien grandir.

UNE CHANCE POUR VOTRE ENFANT

Santé Protégée 44 permet **un accès plus facile** aux professionnels nécessaires aux besoins de santé des enfants et des adolescents : dentaire, ORL, ophtalmo....

Ensemble, nous nous donnons toutes les chances de bien suivre votre enfant pour prévenir et réagir au plus vite et de manière adaptée, selon ses besoins de santé.

DES SOINS REMBOURSÉS EN PLUS

Si c'est nécessaire pour votre enfant, Santé Protégée 44 permet une prise en charge financière de soins habituellement non remboursés : en psychologie, en psychomotricité ou en ergothérapie.

Bien grandir c'est aussi apprendre à prendre soin de soi donc de sa santé.

Vous pouvez contacter :

Responsable ASE, Téléphone, Mail

Santé protégée 44 est portée par le CHU de Nantes : son rôle est de faciliter l'accès aux soins des enfants et adolescents suivis dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance, et de coordonner les professionnels de santé qui interviennent auprès d'eux : sante-protegee@chu-nantes.fr

Santé Protégée

LA SANTÉ, C'EST IMPORTANT !

SANTÉ PROTÉGÉE 44 ACCOMPAGNE LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

qui sont concernés par une mesure de protection de l'enfance, pour mieux s'occuper de leur santé.

Un bilan de santé et de prévention est obligatoire à l'entrée dans la mesure de protection puis une fois par an.

En Loire-Atlantique, ce bilan de santé annuel est coordonné par Santé Protégée 44.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Loire Atlantique

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

UN BILAN DE SANTÉ ANNUEL COMPLET

Pendant toute la durée de la mesure, Santé Protégée 44 permet de bénéficier d'un bilan médical annuel complet chez **un médecin référent.**

Le médecin référent peut recevoir l'enfant ou l'adolescent pour son bilan annuel et peut le suivre pendant toute la mesure.

Le médecin référent peut aussi prévoir avec Santé Protégée 44 les examens et consultations spécialisées nécessaires pour l'aider à bien grandir.

UNE CHANCE POUR BIEN GRANDIR

Santé Protégée 44 permet **un accès plus facile** aux professionnels nécessaires aux besoins de santé des enfants et des adolescents : dentaire, ORL, ophtalmo....

Ensemble, nous nous donnons toutes les chances de bien les accompagner pour prévenir et réagir au plus vite et de manière adaptée, selon les besoins de santé.

DES SOINS REMBOURSÉS EN PLUS

Si c'est nécessaire, Santé Protégée 44 permet une prise en charge financière de soins habituellement non remboursés : en psychologie, en psychomotricité ou en ergothérapie.

Bien grandir c'est aussi apprendre à prendre soin de soi donc de sa santé.

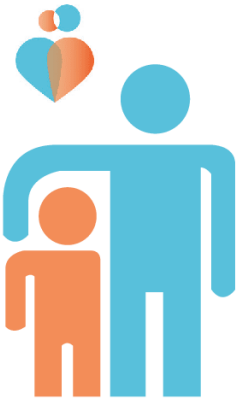
Vous pouvez contacter :

Responsable ASE, Téléphone, Mail

Santé protégée 44 est portée par le CHU de Nantes : son rôle est de faciliter l'accès aux soins des enfants et adolescents suivis dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance, et de coordonner les professionnels de santé qui interviennent auprès d'eux : sante-protegee@chu-nantes.fr

Santé Protégée

DEVENIR PROFESSIONNELS RÉFÉRENTS DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PROTÉGÉS



Les mineurs en protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Leur santé peut être impactée tout au long de la vie par les négligences, violences, et expériences négatives subies pendant l'enfance. Plusieurs travaux montrent des carences graves dans la prise en compte de leurs besoins en santé. Les situations de handicap sont surreprésentées.

LA MISE EN PLACE D'UN PARCOURS DE SOIN COORDONNÉ

Santé protégée est une expérimentation dans le cadre des dispositions de l'article 51 de la LFSS 2018, pour accompagner les enfants et les adolescents concernés par une mesure de protection de l'enfance, administrative ou judiciaire, à domicile ou confiés (chez un(e) assistant(e) familial(e), en établissement...).

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Loire Atlantique

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Santé protégée 44 est une structure de coordination portée par le CHU de Nantes en partenariat avec le Conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé : l'objectif est d'améliorer la santé globale de ces enfants et adolescents en facilitant leur accès aux soins, leur suivi et sa coordination, et en permettant leur traçabilité.

Ce parcours de soin s'articule autour du bilan de santé et de prévention obligatoire à l'entrée dans la mesure de protection puis de son actualisation annuelle, pour structurer un suivi médical régulier : prévenir, soigner, s'assurer que les soins et suivis spécialisées préconisés sont effectués, et permettre une prise en charge précoce de toute pathologie ou situation de handicap.

Un forfait de 430 euros par enfant et par an versé par la Sécurité sociale à la structure de coordination, permet de :

• Revaloriser le bilan annuel réalisé par **des médecins généralistes ou pédiatres**, par un complément de rémunération, versé par la structure de coordination.

• Orienter le mineur auprès de **psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes libéraux** en l'absence ou dans l'attente d'une prise en charge dans le droit commun, pour garantir l'accès à une prise en charge précoce, que la structure de coordination rémunérera sur une base forfaitaire.

Afin de constituer un collectif de professionnels référents pour l'accompagnement de ces enfants et adolescents, nous recherchons des professionnels volontaires.

Ces professionnels seront signataires d'un contrat d'engagement avec Santé Protégée 44. Ils bénéficieront d'un complément de rémunération, d'une formation et d'un accompagnement spécifique.

Vous souhaitez participer au dispositif ?

Vous êtes médecin généraliste ou pédiatre, psychologue, psychothérapeute ou ergothérapeute et ce projet vous intéresse, vous pouvez contacter : sante-protegee@chu-nantes.fr

Résumé

Les enfants placés par l'Aide Sociale à l'Enfance ont un état de santé globalement moins bon que la population générale du même âge. Certaines pathologies, somatiques, psychologiques et psychiatriques s'y avèrent surreprésentées, et ce malgré les faibles effectifs des études, peu nombreuses, réalisées à ce sujet.

Au sein des parcours de ces jeunes, on remarque que l'atteinte de la majorité est une période charnière, représentant une rupture brutale et obligatoire avec les intervenants habituellement présents autour de ces adolescents, si bien qu'un quart des sans-abris nés en France sont issus d'un parcours à l'ASE. La préparation à cette période, notamment sur le plan de la santé, est très aléatoire selon les ASE, aucun protocole national de suivi médical n'étant mis en place.

Afin de coordonner ce suivi médical et de mettre en place une éducation à la santé de ces enfants, adolescents et jeunes adultes, le médecin généraliste pourrait être un interlocuteur stable et régulier dans leurs parcours souvent teintés de rupture et de changements de lieux de vie. Pour cela, une formation spécifique des médecins généralistes amenés à prendre en charge ces patients est indispensable. En effet, la formation actuelle n'évoque que très peu l'enfance placée et les spécificités des jeunes concernés.

Une fois cette formation actualisée, une consultation de médecine générale systématique pourrait être réalisée auprès de ces jeunes avant leur dix-huitième anniversaire. Une étude de grande ampleur serait dans ce cas mise en place afin d'en mesurer les effets sur la santé des jeunes issus de l'ASE, par exemple à un, cinq et dix ans.

Mots-clés

Aide Sociale à l'Enfance – Santé – Enfant placé – Majorité – Médecine générale

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘

Résumé

Les enfants placés par l'Aide Sociale à l'Enfance ont un état de santé globalement moins bon que la population générale du même âge. Certaines pathologies, somatiques, psychologiques et psychiatriques s'y avèrent surreprésentées, et ce malgré les faibles effectifs des études, peu nombreuses, réalisées à ce sujet.

Au sein des parcours de ces jeunes, on remarque que l'atteinte de la majorité est une période charnière, représentant une rupture brutale et obligatoire avec les intervenants habituellement présents autour de ces adolescents, si bien qu'un quart des sans-abris nés en France sont issus d'un parcours à l'ASE. La préparation à cette période, notamment sur le plan de la santé, est très aléatoire selon les ASE, aucun protocole national de suivi médical n'étant mis en place.

Afin de coordonner ce suivi médical et de mettre en place une éducation à la santé de ces enfants, adolescents et jeunes adultes, le médecin généraliste pourrait être un interlocuteur stable et régulier dans leurs parcours souvent teintés de rupture et de changements de lieux de vie. Pour cela, une formation spécifique des médecins généralistes amenés à prendre en charge ces patients est indispensable. En effet, la formation actuelle n'évoque que très peu l'enfance placée et les spécificités des jeunes concernés.

Une fois cette formation actualisée, une consultation de médecine générale systématique pourrait être réalisée auprès de ces jeunes avant leur dix-huitième anniversaire. Une étude de grande ampleur serait dans ce cas mise en place afin d'en mesurer les effets sur la santé des jeunes issus de l'ASE, par exemple à un, cinq et dix ans.

Mots-clés

Aide Sociale à l'Enfance – Santé – Enfant placé – Majorité – Médecine générale