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

RAPPORT FINAL

Mars 2016

Recherche réalisée par :

Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac

Recherche financée par le Défenseur des droits et le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Sommaire

Introduction ***1***

CHAPITRE 1 : La santé des enfants protégés, état de la question .. ***2***

1 La situation administrative des enfants protégés au carrefour des références sanitaires et sociales **2**

1.1 Éléments contextuels sur les mineurs concernés par la protection de l'enfance 2

1.1.1 L'aide sociale à l'enfance 2

1.1.2 La protection judiciaire de la jeunesse 4

1.1.3 Les différentes affiliations des enfants protégés 4

1.2 Connaissances actuelles sur les bénéficiaires de la CMU-C 6

1.3 Les enfants relevant de la protection de l'enfance au cœur des inégalités sociales de santé 8

2 La santé des enfants protégés : des enjeux socio-éducatifs complexes **9**

2.1 La santé : une préoccupation historique et en cours d'évolution 9

2.2 Acteurs multiples concernés par la santé de l'enfant accueilli 11

2.2.1 Quelle articulation avec les détenteurs de l'autorité parentale ? 11

2.2.2 Au niveau institutionnel 13

2.3 La santé des enfants placés : un domaine peu exploré 13

2.3.1 Un suivi sanitaire qui s'améliore ? 13

2.3.2 Des thématiques de santé spécifiques à la population des enfants placés ? 14

2.3.3 Une perception différenciée de la santé des enfants protégés par les professionnels 16

3 Problématique de la recherche **17**

CHAPITRE 2 : Méthodologie de la recherche menée ***20***

1 Les dimensions interrogées **20**

1.1. Les relations interinstitutionnelles 20

1.2. La prise en charge de la santé par le dispositif de protection de l'enfance : jeu des acteurs et pratiques professionnelles 21

1.3. Le sens du soin, du point de vue des enfants protégés 22

2. Les institutions concernées par la démarche **23**

2.1. L'aide sociale à l'enfance 23

2.2. La Protection Judiciaire de la Jeunesse 24

2.3. Les CPAM 25

3. Une phase quantitative par questionnaires **25**

3.1. La méthodologie choisie autour des questionnaires 25
3.2. Passation du questionnaire et taux de retour 26
3.3. Les enseignements de la passation des questionnaires 29
4. La phase qualitative par entretiens 29
4.1. Le choix des territoires d'études 29
4.2. Les personnes interviewées 33
4.3. Modélisation générale des entretiens 34
4.3.1. Architecture générale de l'entretien pour les acteurs de la protection de l'enfance 34
4.3.2. Architecture générale de l'entretien pour les professionnels de santé 35
4.3.3. Récapitulatif des guides d'entretiens 37
CHAPITRE 3 : Analyse thématique des données selon les dimensions investiguées 38
1 L'analyse des relations interinstitutionnelles autour du soin des enfants protégés 38
1.1. Les différentes politiques d'affiliation 38
1.1.1. La couverture santé des enfants à leur arrivée dans le dispositif de protection 39
1.1.2. Politique d'affiliation santé des mineurs pris en charge 41
1.1.3. Des procédures d'affiliation simples et simplifiées par la CPAM 42
1.1.4. Organisation des demandes d'affiliation 43
1.1.5. L'affiliation des enfants placés révélatrice d'une conception de la protection de l'enfance 45
1.1.6. Les jeunes rencontrés ont une connaissance approximative de leur couverture maladie 48
1.2. Les difficultés d'affiliation et de couverture santé 51
1.2.1. Des difficultés gestionnaires et administratives rares 51
1.2.2. Préparation administrative du passage à la majorité du mineur protégé 55
1.2.3. Un problème minoré soulevé par les CPAM : la fin de placement 56
1.2.4. Les renouvellements des mesures de protection et le prolongement des droits 57
1.2.5. La spécificité des enfants pris en charge par deux départements 58
1.3. Conventions et partenariats 60
1.3.1. État des conventions et des partenariats établis, notamment sous forme de protocole .. 60
1.3.2. À l'échelle des entretiens : des accords plus que des protocoles ou des partenariats 64
1.3.3. Les accords avec d'autres services/institutions du champ de la santé 65
1.3.4. Le partenariat entre l'ASE et la PMI 66
1.3.5. Les difficultés de recourir à des ressources territorialisées pour la PJJ 67
1.3.6. La difficile collaboration avec le soin psychique 68

1.3.7. Les bons exemples de réseau 70
1.4. Les outils/supports construits pour accompagner la santé des mineurs protégés 73
1.4.1. Réalisation des bilans de santé 73
1.4.2. Les bilans de santé à l'ASE : révélateurs d'un fonctionnement organisationnel 77
1.4.3. Le Projet Pour l'Enfant et la place accordée à la santé 81
1.4.4. Le Recueil Information Santé : entre renseignement et acceptation 85
1.4.5. La « PJJ promotrice santé » : apports et partenariats 87
1.4.6. Les soignants face à la perte d'information sur les parcours de soin des enfants placés 89
1.4.7. Différents niveaux d'actions de prévention en direction des jeunes protégés 90
2. Jeu des acteurs et pratiques professionnelles 94
2.1. Freins et difficultés d'accès aux soins 94
2.1.1. Principales difficultés et jeunes concernés 94
2.1.2. Les difficultés et refus des soignants de ville face aux jeunes placés 97
2.1.3. Accompagner les difficultés financières 98
2.2. Accompagnement éducatif à la santé : un enjeu autour du prendre soin de soi 102
2.2.1. Travailler la santé avec les jeunes PJJ 102
2.2.2. La santé : révélatrice d'une relation de confiance avec un adulte d'après les jeunes 103
2.2.3. L'accès à l'histoire des soins : la récupération du carnet de santé 105
2.2.4. Le rapport des professionnels PJJ à la santé des enfants 107
2.2.5. Le soin : une dimension secondaire du suivi éducatif sur le terrain ? 108
2.3. Les pratiques professionnelles variables selon les lieux d'accueil du mineur 113
2.3.1. L'absence de préparation des professionnels de l'éducatif aux questions de santé 113
2.3.2. Le traitement médical des affections éducatives a des effets éducatifs 114
2.3.3. Une nécessaire expertise 115
2.3.4. Le travail sur la santé dans les lieux collectifs 116
2.3.5. Le travail avec les familles d'accueil autour de la santé 118
2.3.6. Des propositions d'amélioration du suivi de la santé énoncées par les assistants familiaux 120
2.4. Le passage à la majorité : un enjeu de taille pour chacun des acteurs 124
2.4.1. Quelle préparation des jeunes au niveau institutionnel ? 124
2.4.2. Anticipation de l'avenir et prise d'autonomie autour de la santé pour les jeunes 125
2.4.3. La préparation au passage à la majorité d'après les cadres de l'ASE 126
2.5. La place des parents dans la santé de leur enfant protégé 129
2.5.1. La place et le rôle des parents d'après les jeunes 129
2.5.2. Les parents en attente d'informations sur la santé de l'enfant pendant l'accueil 130
2.5.3. Le travail avec les parents d'après les soignants 130

2.5.4. Les rapports aux parents des professionnels PJJ 131
2.5.5. Le travail avec les familles autour de la santé d'après les cadres ASE 133
2.5.6. Les relations avec les parents d'après les éducateurs ASE 135
2.5.7. Le travail avec les parents du point de vue des assistants familiaux 137
3. Le sens donné au soin et au prendre soin 141
3.1. Ce que disent les jeunes rencontrés 141
3.1.1. Une conception sociale et concernée de la santé 141
3.1.2. Absence de refus de soin 142
3.1.3. Le vécu de la séparation d'avec les parents : diminution ou augmentation des symptômes 143
3.1.4. Participation à des actions de prévention 143
3.2. Ce que disent les parents 145
3.2.1. L'enfant est le principal informateur des parents sur sa santé 145
3.2.2. Observation d'écarts importants de pratique selon les lieux d'accueil 145
3.2.3. CMU et autorisation de soins vont de pairs 146
3.3. L'état de santé des jeunes d'après les professionnels 147
CHAPITRE 4 : Analyse territoriale 156
1 Un continuum de politiques départementales d'affiliation 156
1.1. Au-delà des protocoles, la clarté des procédures 156
1.2. Une logique descendante entre politique départementale et pratiques professionnelles . 158
2. Les différents maillages partenariaux 160
2.1. Les modalités d'articulation entre l'ASE et la PMI 160
2.2. Pour la PJJ : entre déterritorialisation et partenariats à consolider 161
3. Les risques associés à la taille du territoire 162
Chapitre 5 : Éléments saillants et perspectives 164

Références bibliographiques 169
Index des sigles 173
Annexes 176

Remerciements

Nos remerciements vont vers le Défenseur des droits et le Fonds de Financement de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire pour le soutien financier apporté à cette recherche, mais aussi logistique et organisationnel. Nous tenons également à remercier l'ensemble des membres du Comité de Pilotage pour leur regard aguerri et précieux sur les différentes étapes de cette recherche. Nous remercions les instances nationales ayant relayé l'information de notre recherche : la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (anciennement Observatoire National de l'Enfance en Danger).

Nous remercions également l'ensemble des acteurs des CPAM, des DTPJJ et des services de l'ASE ayant répondu aux questionnaires, ainsi que les départements concernés par la phase qualitative pour leur implication et leur disponibilité pour mener à bien cette recherche : les départements de la Nièvre, de la Haute-Saône, des Hauts-de-Seine, du Nord et de la Gironde.

Un profond merci aux professionnels, parents et enfants qui ont pris de leur temps pour échanger avec nous, avec beaucoup de sincérité sur cette question délicate et cruciale.

Résumé

Comment est pensée la santé des mineurs placés au titre de la protection de l'enfance ? La question est entière au regard du peu de travaux dont on dispose pour y répondre, mais aussi complexe et vaste par les nombreuses conceptions, applications, politiques territoriales et dynamiques partenariales mobilisées autour de cette thématique. Dans le cas des enfants protégés, la question de l'accès aux soins est compliquée par leur prise en charge institutionnelle qui met en jeu l'articulation entre acteurs institutionnels, professionnels et parents, et pose avec acuité la question de la perception de la santé des enfants par les professionnels. En effet, de cette perception dépend l'identification des besoins appelant une réponse en termes de soin. Afin de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre à propos de l'accès à la santé et aux soins des enfants pris en charge en protection de l'enfance, la présente recherche est structurée autour de trois axes principaux :

- Les relations interinstitutionnelles afin de repérer comment les **institutions** (ASE, PJJ et CPAM[1]) se coordonnent et fonctionnent afin de garantir l'accès aux droits à la santé des enfants protégés. Dans ce premier niveau incontournable, sont questionnés à la fois les partenariats interinstitutionnels mis en place, leur effectivité dans la pratique et l'organisation plus spécifique au sein de chaque institution.

- La prise en charge de la santé par le dispositif de protection de l'enfance et ses partenaires du soin, dans l'objectif de comprendre le **jeu des acteurs**, les représentations et les pratiques professionnelles relatives à la santé des enfants. Ce niveau concerne la façon dont les réglementations, les fonctionnements, les modes de communication, les outils mis en place sont ensuite appropriés, pratiqués et adaptés par les acteurs professionnels missionnés. Il touche donc les pratiques professionnelles éducatives qui se trouvent à l'interface entre le niveau institutionnel et les situations bien précises des enfants concernés. Sans une connaissance fine du rôle de ses acteurs, les dispositions institutionnelles mises en place ne peuvent pas trouver de point d'ancrage.

---

[1] ASE : Aide Sociale à l'Enfance, service du Conseil départemental. PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse, institution constituée de Directions Territoriales (DTPJJ). CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

- L'accès à la santé et le sens du soin, du point de vue des **enfants** protégés et de leurs **parents**. Ce troisième niveau concerne le sens donné aux soins par les enfants accueillis et leurs parents, et donc le rapport à la santé, au corps, à l'image de soi.

Afin de traiter ces trois niveaux, ont été menées simultanément une enquête quantitative et une qualitative. La première s'est traduite par l'envoi d'un questionnaire à toutes les CPAM, les DTPJJ et les services départementaux de l'ASE. Nous avons recueilli les réponses pour : 58 services ASE, 48 DTPJJ, 97 CPAM (taux de réponses respectifs de 57 %, 87 % et 91 %). L'enquête qualitative a été menée dans cinq départements choisis et a consisté à réaliser un total de 41 entretiens auprès de cadres des CPAM, des DTPJJ et de l'ASE, auprès de soignants, et de professionnels, enfants, parents, concernés par l'ASE ou la PJJ.

Les principaux résultats indiquent que les enfants protégés bénéficient d'une couverture santé, mise en place par les services de protection dès leur prise en charge (une CMU dans 88% des situations d'enfants dépendant de l'ASE, et dans la moitié des situations concernées par la PJJ). Affiliation facilitée grâce à des aménagements réalisés par les CPAM afin d'alléger les demandes et d'accélérer les procédures. Ces adaptations pour ce public considéré comme vulnérable a fait l'objet de conventions ou de protocoles dans 24 % des cas entre l'ASE et la CPAM, et dans 35 % des cas entre la PJJ et la CPAM. Apparaissent alors différentes politiques d'affiliation lors de la mise en place de la mesure de placement, 88 % des services de l'ASE privilégient une affiliation automatique à la CMU, contre 50 % des unités éducatives d'hébergement de la PJJ. L'articulation avec l'autorité parentale apparait de façon criante à cette étape-là, même si le souci que l'enfant dispose rapidement d'une couverture et d'un accès aux soins satisfaisant participe à privilégier une automaticité.

Apparaissent des difficultés de couverture santé dans des périodes charnières de prise en charge de l'enfant : le passage à la majorité et le retour en famille. En effet, le service gardien n'étant plus garant du mineur ou du majeur, il n'est plus légitime à réaliser des démarches liées à la couverture santé. Il apparaît ici un manque de communication entre les institutions (les CPAM ne sachant pas ce qu'est devenu le mineur ou le majeur ayant bénéficié d'une prise en charge et ne peut le recontacter) mais aussi un manque de préparation des jeunes et des parents à se soucier de cette question-là. Ce point est révélateur des pratiques professionnelles liées au suivi sanitaire de l'enfant observables pendant le temps de l'accueil.

Le suivi de la santé des enfants protégés est apparu comme empli de paradoxe dans la pratique et dans la conception dans les discours des cadres territoriaux et des travailleurs sociaux. Il apparaît nettement que la préoccupation autour du soin de l'enfant protégé relève de la sensibilité, de la proximité, de l'aisance de chacun avec cette question, au-delà des fonctionnements organisationnels systématisés ou pas. En effet, dans quelle mesure l'accompagnement à la santé relève de l'éducatif et peut-il être objectivé et rendu visible ? Nous avons observé un nombre important de professionnels concernés par cette question (référent travailleur social, référent lieu

d'accueil, cadre, puéricultrice PMI, médecin en libéral, parents) mais chacun par une petite partie d'un tout finalement porté par personne. Les informations à propos de la santé de l'enfant ne font pas l'objet d'un rassemblement pour rendre compte d'un parcours, d'une cohérence. Les outils potentiellement mobilisables à cette fin ne sont que peu utilisés : PPE, DIPC, RISS. Cet éclatement est également observable au niveau du territoire.

Les réseaux de santé territoriaux semblent diversement établis sur l'ensemble du territoire national. Les acteurs rencontrés ont mentionné la difficulté à construire des partenariats avec certaines institutions du soin psychique telles que la pédopsychiatrie. Il est apparu un déficit d'interconnaissance territoriale.

Face à cette complexité d'acteurs, d'institutions et de démarches, parents et enfants semblent particulièrement désorientés. Leur discours relève essentiellement une pluralité de pratiques notamment variables selon les lieux d'accueil de l'enfant. Les mineurs rencontrés ne connaissent que peu les modalités de leur couverture santé et les rôles différenciés de leur parent et de leur référent par exemple. Leur rapport à la santé s'appuie surtout sur des représentations sociales de la bonne santé comme absence de maladie, et peu avec une dimension de prendre soin de soi. Toutefois, les futurs majeurs mesurent l'enjeu de la santé à la majorité, comme une prise d'autonomie également par rapport à cette dimension de soin.

La dimension de la santé n'échappe pas au risque de parcours fractionné, avec un manque d'historicité, de globalité et de cohérence. Au-delà des conditions d'affiliation plutôt aisées majoritairement et à améliorer lors des changements de statut des enfants, le portage institutionnel, territorial et professionnel autour de cette question interroge.

Introduction

Malgré les travaux récents, la préoccupation croissante et l'ancrage historique relatifs aux soins des enfants protégés, chercheurs et acteurs des champs sociaux, éducatifs et sanitaires ne disposent pas d'informations et de connaissances établis sur cette question. Dans quelle mesure ce manque d'informations ne cache-t-il pas une réalité aux conséquences directes sur le développement de l'enfant ? C'est à partir de cette question générale, que s'ancre cette recherche qualitative sur l'accès au soin des enfants sous mesure de protection (ASE et PJJ). Cette problématique représente un enjeu complexe notamment au regard de la population concernée, de la multitude d'acteurs mobilisés et de la diversité de fonctionnements institutionnels.

Cinq chapitres structurent ce rapport.

Un premier rend compte de l'état actuel des connaissances issues de recherches et de rapports sur ce sujet, qui permet de dégager les enjeux actuels et les questions cruciales à traiter au regard des évolutions historiques et des mouvements conceptuels contemporains. La problématique de cette recherche détaille les choix réalisés pour approfondir plus particulièrement certains axes repérés comme rouages incontournables dans la compréhension de cette question complexe.

Le deuxième chapitre concerne l'ensemble de la méthodologie déployée autour des trois axes investigués de façon qualitative et quantitative.

Les troisième et quatrième chapitres présentent les résultats issus, dans un premier temps, de l'analyse des données recueillies à partir des trois axes sous-tendant cette recherche et, dans un deuxième temps, d'une analyse des dynamiques territoriales.

Le chapitre clôturant ce rapport contient les éléments saillants relevés, présentés sous forme de pistes de réflexion dont chaque acteur concerné peut s'emparer ou de recommandations.

CHAPITRE 1 : La santé des enfants protégés, état de la question

S'intéresser à la santé des enfants protégés mobilise à la fois les travaux relevant du sanitaire, en termes d'état de santé et de modalités de prise en charge, mais aussi du travail social, en termes de conception accordée à la santé dans l'accompagnement de ces enfants. De quelles connaissances dispose-t-on à propos de la dimension sanitaire de ces enfants, dans le contexte législatif et institutionnel actuel ? La littérature dans sa diversité met bien en exergue le fait que la situation de ces enfants protégés est à la croisée de dynamiques institutionnelles et politiques, de pratiques professionnelles et de conceptions de la santé. Les enchevêtrements sont donc à déplier pour saisir au plus près les enjeux et les problématiques à l'œuvre, observés à différents niveaux aux conséquences directes sur le suivi de l'enfant.

1 LA SITUATION ADMINISTRATIVE DES ENFANTS PROTEGES AU CARREFOUR DES REFERENCES SANITAIRES ET SOCIALES

De façon spécifique, les mineurs pris en charge au titre de la protection de l'enfance, au regard du contexte de la mesure de protection, en plus de n'être que peu repérables parmi l'ensemble des assurés maladie, peuvent faire l'objet de spécificités par rapport au droit commun, notamment liées au fait que les détenteurs de l'autorité parentale ne sont plus en charge du quotidien sanitaire de l'enfant.

1.1 ÉLEMENTS CONTEXTUELS SUR LES MINEURS CONCERNES PAR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

1.1.1 L'aide sociale à l'enfance

Au 31 décembre 2012, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance (en placement ou en milieu ouvert) est d'environ 284 000 pour la France entière, soit un taux de prise en charge de 1,95 % des personnes de moins de 18 ans (ONED, 2015, p. 138). On distingue les mesures judiciaires, décidées par un magistrat, des mesures administratives ou contractuelles, décidées conjointement par l'administration de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et par les représentants légaux de l'enfant, ce qui se matérialise dans un "contrat". Dans les deux cas, l'ASE finance les mesures.

Répartition des mesures au 31 décembre 2013, en fonction du type de décision (mineurs et jeunes majeurs). France entière (DREES, 2015, p. 25)

	Mesures de placement	Mesures en milieu ouvert	Ensemble des mesures	Répartition
Décisions administratives	33 918	48 635	82 553	26,8 %
Décisions judiciaires	104 415	105 708	210 123	68,2 %
Placements directs	15 358	-	15 358	5,0 %
Ensemble des décisions	153 691	154 343	308 034	100 %
Répartition	49,9 %	50,1 %	100 %	

Les décisions de mesures de protection de l'enfance sont majoritairement judiciaires, même s'il est possible d'observer un mouvement de « déjudiciarisation » depuis la loi du 5 mars 2007. Cette dernière insiste sur la nécessaire adhésion des parents à la mesure afin de rester dans un système administratif.

Plusieurs types de lieux de placement existent en France (ONED, 2011, pp 26-34) :

- maisons d'enfants à caractère social (MECS) associatives (moyenne 38,8 places) et internats publics (+ de 3 ans) (moyenne 41,7 places) ;
- pouponnières pour les enfants de 0 à 3 ans (moyenne 24 places) ;
- placement familial, l'enfant est accueilli dans une famille d'accueil représenté par un assistant familial ;
- lieux de vie (moyenne 5,5 enfants), l'enfant est accueilli dans une maison par un ou deux professionnels ;
- accueil de jour (parfois mis en place par une MECS), l'enfant est pris en charge la journée par un service de protection de l'enfance ;
- Services d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel (SAPMN), modes d'accueil pour permettre à l'enfant un retour rapide dans sa famille ;
- accueil séquentiel, l'enfant est alternativement accueilli chez ses parents et dans un internat de la protection de l'enfance ;
- accueil mère - enfant, mesure à destination de la mère et de l'enfant accueillis simultanément.

La répartition au sein de ces types de prises en charge se concentre majoritairement sur les trios premiers de la liste. Au 31 décembre 2013, plus de la moitié de ces enfants (51 %) est hébergée en famille d'accueil, et 39 % en établissement public relevant de l'ASE ou du secteur associatif habilité et financé par elle (Drees, 2015).

1.1.2 La protection judiciaire de la jeunesse

La justice des mineurs concerne les mineurs en danger (dans le cadre de la justice civile au titre de l'article 375 du code civil) ainsi que les mineurs ayant commis des actes de délinquance (dans le cadre de la justice pénale, au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante).

En 2014, 136 091 jeunes ont été suivis dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse pour lesquels ont été prononcées 203 876 mesures. Parmi celles-ci, on note, 9 000 mesures de placement (Unités d'hébergement, centres éducatifs, familles d'accueil) et 108 966 mesures de milieu ouvert qui concernent toutes les deux quasi exclusivement l'enfance délinquante (à plus de 99%) (Ministère de la Justice, 2015). Les autres mesures confiées à la PJJ sont des mesures d'investigation à hauteur de 85 910 (61% dans le cadre de l'enfance délinquante, et 39% dans celui de l'enfance en danger). Parmi toutes ces mesures, globalement 83% concerne l'enfance délinquante.

En milieu ouvert, le secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse compte 267 unités éducatives de milieu ouvert (UEMO). Pour les missions d'insertion, 84 unités éducatives d'activités de jour (UEAJ) sont réparties sur l'ensemble du territoire (Ministère de la justice, 2015). Dans le cadre d'un placement judiciaire, le dispositif compte dans le secteur public :

- 74 unités éducatives d'hébergement collectif (UEHC) ;
- 23 unités éducatives d'hébergement diversifié (UEHD) ;
- 4 unités de centres éducatifs renforcés (UE-CER) et 47 dans le secteur habilité ;
- 17 centres éducatifs fermés (CEF), et 34 dans le secteur habilité.

Les mineurs impliqués dans une affaire pénale ont pour 91% d'entre eux plus de 13 ans, et près de la moitié (47%) ont 16 ou 17 ans.

La durée moyenne des placements est relativement brève puisqu'elle se situe à environ 3 mois. Les placements peuvent néanmoins s'inscrire dans un parcours plus long du jeune à la PJJ, intégrant des périodes de suivi en milieu ouvert, voire des passages par la détention.

La population de mineurs pris en charge par la PJJ pour une mesure de placement, sont donc presque uniquement des adolescents placés pour un temps limité, et se différencie en cela de celle des mineurs placés par l'ASE.

1.1.3 Les différentes affiliations des enfants protégés

De façon globale à propos de l'assurance maladie obligatoire, la même législation de droit commun s'applique aux enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance. Ainsi, les possibilités de rattachement diffèrent selon l'âge, notamment si l'enfant a moins de 16 ans, entre 16 et 18 ans, entre 18 et 20 ans, et entre 20 et 21 ans. Un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des deux peut être

rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux (double rattachement). Dans le premier cas, les frais de santé de l'enfant sont remboursés à l'assuré auquel il est rattaché. Il est ayant droit de cet assuré. En cas de double rattachement, le remboursement des soins est effectué sur le compte du parent qui a présenté sa carte Vitale.

Au-delà de 16 ans, le rattachement en tant qu'ayant droit dépend notamment de la poursuite d'études de l'enfant, de son incapacité permanente de pouvoir travailler et du fait d'être à la charge effective, totale et permanente du parent. À partir de ses 16 ans, l'enfant peut demander la qualité d'ayant droit autonome afin que ses frais de santé soient remboursés directement sur son compte bancaire ou postal. Par ailleurs, les étudiants âgés de 16 à 20 ans sont automatiquement identifiés comme ayant droit autonomes : ils bénéficient du remboursement par virement sur leur compte bancaire ou postal.

Le statut d'ayant droit autonome, permet à l'ayant droit d'un assuré social d'être identifié de façon autonome au sein du régime de l'assuré et de bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations. L'âge minimum fixé à 16 ans ainsi que les conditions exigées pour pouvoir faire la demande de ce statut ne valent pas pour les mineurs pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (Courault, 2001).

Au-delà du régime général, la Couverture Maladie Universelle (CMU) ouvre des droits à l'assurance maladie obligatoire de base. La CMU de base permet l'accès à l'assurance maladie, pour la part obligatoire, pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, maintien de droits, ayant droit, etc.). Au 30 septembre 2015, 2 424 985 personnes bénéficiaient de la CMU, instaurée en 1999. A la même date, plus de 5 millions de personnes (5 358 350) avaient recours à la CMU-C tous régimes confondus (Fonds CMU, 2015).

Au moment de l'étude et du recueil des informations auprès des organismes de CPAM, la CMU n'avait pas encore été remplacée par la Protection Universelle de Maladie (PUMA) mise en place dans l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (loi n° 2015-1702). Toutefois, les conditions de couverture restent proches puisque toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé (Code de la Sécurité Sociale, art. L. 160-1 nouveau).

De même, bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de santé à titre

dérogatoire, notamment les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde (CSS, art. L. 160-2 nouveau) [2].

La CMU complémentaire (CMU-C) qui est une couverture maladie complémentaire gratuite, attribuée à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous condition de ressources continue d'exister. Elle ne remplace pas une mutuelle mais permet d'accéder aux médecins, à l'hôpital, sans dépense à charge et sans avance de frais.

Ainsi, les enfants protégés peuvent être affiliés au régime général de la sécurité sociale en étant ayants droit ou ayants droit autonomes sur la couverture maladie de leurs parents, ou en étant affiliés à la CMU.

1.2 CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C

Régulièrement des rapports du Fonds CMU et de la DREES publient les chiffres relatifs aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Depuis plusieurs années, la mise en place de politiques sanitaires en faveur des personnes en situation de précarité a participé à l'émergence d'une double préoccupation : la connaissance fine des personnes concernées par la CMU et de leur état de santé et la compréhension de la démarche de soins en termes notamment de non-recours.

La DREES a étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins, à partir de l'enquête Santé et protection sociale appariée aux données de consommations de soins du SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes d'Assurance Maladie) en 2012 (DREES, 2015). Le principal constat relève que les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population, privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes. Il en est conclu un rôle protecteur de la CMU-C dans le sens où le renoncement aux soins pour des raisons financières est deux fois moins important que chez les personnes sans complémentaire santé. Entre en jeu ici la connaissance des droits par les usagers mais aussi par les professionnels les accompagnant.

---

[2] L'article L 160-2 du Code de la Sécurité Sociale précise dans son dernier paragraphe : « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité. »

Le rapport du Défenseur des droits remis au premier ministre en 2014[3] souligne le fait que les travailleurs sociaux chargés d'orienter et d'accompagner les personnes dans leurs démarches disposent eux-mêmes d'informations parcellaires sur les droits ouverts par les prestations (dispense d'avance de frais, tarifs opposables) et les obligations qui s'imposent aux praticiens et privilégient l'orientation de la personne vers un autre corps professionnel.

Une démarche de recueil du point de vue des personnes concernées a été initiée par l'École Nationale de la Sécurité Sociale en recueillant par questionnaire auprès des 1020 personnes bénéficiant de la CMU-C, leur niveau de satisfaction administrative et sanitaire.

La satisfaction administrative est « plutôt bonne », voire meilleure que celle de la population globale. 82 % des bénéficiaires trouvent l'information concernant la CMU-C « plutôt facile » voire « très facile » à obtenir. Même si les personnes interrogées estiment que la CMU-C leur a permis de recevoir des soins dont ils avaient besoin, leur sentiment relatif à leur état de santé est bien moins élevé que celui de la population générale. 74 % des répondants estiment être en « très bonne » ou « assez bonne » santé contre 91 % de la population globale. De façon plus qualitative, cette étude a fait émerger des spécificités chez les bénéficiaires de la CMU-C :

- une peur de la stigmatisation pour 13,6 % des répondants ;

- des problèmes lors du renouvellement des droits (23,3 %) ;

- des cas de rupture de droits (12,9 %) ;

- une forte préférence pour les visites et le courrier au dépend du site ameli.fr ;

- le constat d'un nombre trop important de pièces justificatives pour constituer le dossier de demande ;

- un recours important aux établissements hospitaliers ;

- et deux sources d'insatisfaction : le refus de soins (45 %) et le renoncement aux soins (43 %), notamment en matière dentaire et optique.

Même s'il est difficile de disposer de données chiffrées à propos du type de couverture santé dont disposent les mineurs pris en charge par les services de la protection de l'enfance, les éléments présentés ci-dessus démontrent le fait que les enfants protégés sont particulièrement concernés par le dispositif de la CMU et de la CMU-C. Dans

[3] Défenseur des droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME,* rapport remis au Premier ministre, mars 2014, http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf

quelle mesure, observe-t-on une accentuation du sentiment de discrimination ? du renoncement aux soins ? de la faible connaissance des droits en matière de santé ?

1.3 LES ENFANTS RELEVANT DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE AU CŒUR DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La France se caractérise, malgré l'importance des moyens investis dans sa politique familiale et sanitaire, par des inégalités de santé persistantes suivant les milieux sociaux et ce dès l'enfance (Lopez & al. 2011). Ainsi, les enfants des catégories les plus démunies et précaires présentent des risques tant du point de vue du surpoids que de la santé bucco-dentaire notablement supérieurs aux enfants de cadres[4]. Il est à noter que ces inégalités entre enfants des différents milieux sociaux se constituent avant la naissance, durant toute la période de la grossesse et la période périnatale, par des inégalités de suivi particulièrement fortes entre femmes. Ces inégalités sociales de santé sont reflétées par une affiliation différentielle à la couverture santé, les bénéficiaires de la CMU (couverture accessible sous conditions de faibles ressources) étant frappés de surmortalité et hospitalisés plus fréquemment que les personnes relevant du régime général (Legros & al. 2012).

Face à ces inégalités de santé apparaissant dès l'enfance, la scolarisation, en tant qu'elle permet la fréquentation par tous les enfants d'un lieu de sensibilisation à la santé et de repérage d'éventuelles difficultés, présente une opportunité. Son rôle s'inscrit dans l'une des stratégies des politiques de santé publique les plus récentes, consistant à repérer les lieux et/ou institutions fréquentés par les populations les plus à risques, afin de les missionner autour de la promotion de la santé. En ce sens, l'institution scolaire peut permettre de médiatiser et d'atténuer la transmission intergénérationnelle des facteurs de risque sur la santé. Au-delà de ces missions de prévention primaire, l'école peut donner accès à une amélioration possible du parcours de vie en ouvrant l'accès à une meilleure position sociale, ainsi qu'en favorisant l'acquisition d'un autre rapport à la santé et au corps. Néanmoins, face à l'ensemble de ces missions possibles, il faut noter que la médecine scolaire manque cruellement de moyens[5].

---

[4] En grande section de maternelle, un enfant d'ouvrier sur sept est en surcharge pondérale contre moins de 10 % des enfants de cadres. Et moins de 2 % des enfants de cadres ont deux dents cariées contre 11 % des enfants d'ouvriers.

[5] Le rapport parlementaire (rapport du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire n°3968 présenté le 17 novembre 2011) indique que la médecine scolaire a perdu entre 2005-2006 et 2011 30% de l'effectif des médecins en exercice et 16% de l'effectif des infirmiers. Cette baisse était alors destiné à connaître des évolutions préoccupantes du fait de la structure vieillissante

S'agissant des enfants sous mesure de protection de l'enfance (qu'ils relèvent de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ou de l'Aide Sociale à l'Enfance), la santé s'avère un enjeu particulièrement crucial et problématique pour un ensemble de raisons. L'ensemble des travaux montrent qu'ils sont fréquemment issus de milieux précaires, marqués par de moins bonnes conditions de vie, souvent aggravées par la séparation ou le décès de parent(s) (Choquet & al. 2005). C'est aussi dans les milieux les plus défavorisés que Warin (2006) identifie les « populations paradoxales », c'est-à-dire celles qui sont les plus distantes aux soins, malgré un état de santé plus dégradé. Le faible, voire l'absence de recours aux soins, n'est pas, en effet, seulement question de faible usage, mais aussi de sens du soin, qui dans des milieux marqués par une moindre valorisation sociale, peine à se faire sentir. Enfin, les motifs à l'origine de la mesure de placement (on pense notamment aux maltraitances et négligences) ne sont pas sans effet, ni sur la santé des enfants, ni sur leur rapport à la santé.

2 LA SANTE DES ENFANTS PROTEGES : DES ENJEUX SOCIO-EDUCATIFS COMPLEXES

2.1 LA SANTE : UNE PREOCCUPATION HISTORIQUE ET EN COURS D'EVOLUTION

Sous différentes formes, les pouvoirs publics se soucient de la santé des enfants accueillis en protection de l'enfance depuis au moins le 19ème siècle avec la loi Roussel du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants de premier âge. Elle stipule la nécessité d'une surveillance de la part de l'autorité publique vis-à-vis des enfants en garde hors du domicile dans le but de protéger sa vie et sa santé. Ce fut l'amorce de la mise en place du carnet de santé, dont l'ancêtre sous forme de livret a d'abord été conçu pour les enfants abandonnés (Rollet, 2005). Plusieurs textes législatifs nationaux et internationaux se sont alors succédés[6] jusqu'aux dernières lois de 2002 et de 2007.

---

du corps médical français, structure encore plus déséquilibrée et vieillissante dans le cas des médecins exerçant en médecine scolaire.

[6] Pour plus de détails sur l'ancrage historique et législatif de la prise en compte de la santé des enfants protégés dans les textes, nous vous conseillons de consulter les écrits de l'ANESM (2015) et de Bacro & al., (2013).

Depuis plusieurs années, un changement de paradigme s'opère dans l'articulation entre le sanitaire et le social dans l'accompagnement des mineurs. Là où la prise en charge sanitaire de l'enfant protégé concernait essentiellement les besoins de base (vaccinations) il y a quelques années, participer à son bien-être incluant la santé perçue représente aujourd'hui un facteur de réussite d'une mesure éducative. Cette évolution conceptuelle considérable a été amorcée de façon majeure par la Protection Judiciaire de la Jeunesse grâce à un programme « PJJ : promotrice de santé » lancé en 2013. La prise en compte de l'état de santé d'un enfant protégé n'est plus une dimension secondaire et tellement basique qu'elle pouvait en être oubliée, mais un levier essentiel pour l'action éducative tant dans l'adhésion des mineurs que dans l'implication des parents. Ainsi, les établissements et les services ont à réfléchir à leur organisation, fonctionnement autour de cette question notamment dans la place accordée à la santé dans les différents projets institutionnels, comme le recommande l'ANESM en 2015. La santé redevient une préoccupation institutionnelle et attachée à la responsabilité des professionnels du travail social et/ou médical de première ligne. Toutefois, nous pouvons nous demander de quelle façon cette mutation s'opère dans les pratiques des professionnels.

Cette évolution conceptuelle sur la santé des enfants accueillis résonne de façon spécifique avec les évolutions en matière de protection de l'enfance. En effet, l'attention aux besoins particuliers de l'enfant, la promotion du bien-être de l'enfant, la vigilance aux effets institutionnels sur l'enfant, mais aussi le droit des usagers constituent des lignes conceptuelles depuis les travaux réalisés dans le domaine de la psychologie (David, Soulé, Berger), du travail social (Rouzel, Bouquet). Le *caregiving* est ici central, synonyme d'une attention spécifique aux besoins en santé des enfants accueillis, incarné par des adultes susceptibles de leur permettre de porter un autre regard sur leur santé : ce serait justement les bases d'un « prendre soin de soi » qui se transmettraient-là. La protection de l'enfance s'inscrit dans cette conception non pas comme une mise à l'écart d'un danger ou d'un risque de danger mais comme un dispositif de mieux-être à un enfant vulnérable, dont la santé est en une composante fondamentale par ses aspects sanitaires, éducatifs et psychologiques.

L'accès à la santé est aujourd'hui considéré comme un droit universel et a fortiori pour les enfants accueillis en dehors de leur domicile pour les soustraire à des conditions matérielles et relationnelles impactant leur santé. Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS, 2009) a effectué une micro-enquête auprès de 20 conseils départementaux à propos de l'accès aux soins des enfants accueillis en famille d'accueil, notamment pour mesurer le refus de soin. Au-delà des diversités

territoriales, notamment entre la capitale et les autres grandes villes, le CISS a relevé un nombre important de situations où des assistants familiaux sont contraints de payer les honoraires des médecins pour pallier au refus de soins [7] de patients bénéficiant de la CMU ou au dépassement d'honoraires. Est constaté également un renoncement des victimes de refus de soin à faire valoir leurs droits.

Ce rapport interroge les possibles discriminations et refus de soins dont son objet les enfants placés en protection de l'enfance. Vécus discriminatoires qui viennent s'ajouter à des parcours de vulnérabilité et d'autres discriminations (vécus de la situation familiale par rapport à l'entourage, vécu difficile du statut d'enfant placé).

2.2 ACTEURS MULTIPLES CONCERNES PAR LA SANTE DE L'ENFANT ACCUEILLI

Même si la mesure de protection et d'accueil offre la possibilité à l'enfant d'accéder à un dispositif et une prise en charge sanitaire particulières, d'autres spécificités émergent. En effet, le placement crée une distance entre le lieu de vie quotidien de l'enfant et ses parents, détenteurs des décisions concernant sa santé. Aussi, la question de la santé de l'enfant est prise dans la question plus large des relations entre les services de protection de l'enfance et les parents.

2.2.1 Quelle articulation avec les détenteurs de l'autorité parentale ?

Dans la majorité des mesures de placement dans le cadre de la protection de l'enfance qu'elles soient administratives ou judiciaires, les parents conservent la détention et l'exercice de l'autorité parentale. Ainsi, la diversité des actes de soins se traduit à la fois par des actes usuels et non-usuels, dont la frontière est difficilement traçable et adaptée à chaque situation. C'est en cela que les détenteurs de l'autorité parentale sont légitimement impliqués dans le suivi médical de leur enfant. Cette considération s'inscrit pleinement dans les logiques actuelles visant à favoriser l'adhésion, l'implication, la participation des parents à la vie de leur enfant placé. Ceci étant dit,

[7] Pour rappel, le terme « refus de soins » désigne les attitudes par lesquelles les professionnels de santé refusent d'offrir au bénéficiaire de la CMU-C les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles offertes à tout autre assuré, et dans le respect des principes de dispense d'avance des frais, et de non dépassement des tarifs réglementés, inhérents à la CMU-C. Constituent donc un refus de soins un refus de rendez-vous, un refus de dispense d'avance des frais, l'application de dépassements d'honoraires…

la complexité des situations vient rapidement colorer ce discours et générer des pratiques toutes autres.

La distance, le manque de communication, des phénomènes de concurrence entre les professionnels de la protection de l'enfance et les parents, ou l'absence de mobilisation de ces derniers, peuvent compliquer le suivi et les prises de décision concernant la santé de l'enfant. Dans quelle mesure l'accompagnement à la santé représente un enjeu important dans la mobilisation des parents auprès de leur enfant et dans leur acceptation de la mesure de protection ? La littérature présente la santé de l'enfant comme un « point d'accroche » avec les parents et un support au lien entre les parents et l'institution (Pechalrieux, 2010). Par ailleurs, le projet de service ou d'établissement de certains lieux d'accueil (type MECS, maison d'enfants à caractère social), précise le rôle des parents dans le suivi sanitaire de leur enfant. Dans les pratiques, le partenariat commence par le respect de l'autorité parentale que les parents conservent, en règle générale, durant le placement. On observe *« différents niveaux dans la recherche de l'implication des parents :*

- *un premier niveau, celui de l'information simple (transmission des bulletins scolaires, informations relatives aux soins donnés à l'enfant par exemple…) ;*
- *un deuxième niveau, celui de la validation des décisions ayant trait à l'enfant par les parents eux-mêmes (signature des parents des décisions d'orientation scolaire, des autorisations de sorties scolaires…) ;*
- *et, enfin, un troisième niveau, celui d'une participation plus active, d'une implication plus concrète et matérielle, dans des actes de la vie quotidienne (par exemple, participation à l'achat de fournitures scolaires, accompagnement d'un enfant dans les démarches de soins, choix du médecin généraliste…). »* (ODEV, 2005, 36).

Le problème soulevé par le partenariat est l'inadéquation entre exigences des professionnels d'un côté, et attentes des parents de l'autre. En effet, si les modalités de la relation sont prédéfinies par les professionnels qui attendent des usagers qu'ils s'y plient, le terme de partenariat paraît erroné (Sellenet, 2005). La différence de pouvoir entre parents et professionnels étant trop importante (Fablet, 2008).

Différents articles du code de la Santé publique (Article R.1112-35 et Article L.1111-4 notamment) font référence aux cas où les détenteurs de l'autorité parentale ne sont pas joignables ou refusent des soins, notamment en cas d'urgence. La recommandation de bonnes pratiques relatives au respect de l'autorité parentale en cas de placement différencie bien les cas de figures possibles et les recours disponibles (ANESM, 2011). Ainsi, en cas de refus des parents, hors le cas d'urgence, il ne peut être procédé à aucune intervention. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal, le médecin peut saisir le procureur de la République. Enfin, l'article L 1111-5 alinéa 2 du code de la santé publique stipule que « *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. » Cet article permet, dans la pratique, de se passer dans certains cas de l'accord parental pour des mineurs de plus de 16 ans.

2.2.2 Au niveau institutionnel

Le placement de l'enfant l'expose à une pluralité d'acteurs et d'intervenants institutionnels : cadre de la protection de l'enfance, éducateur référent, famille d'accueil, établissement d'accueil. Le manque de coordination, les déficits ou lenteurs d'information entre ces différents acteurs peuvent également compromettre l'accès de l'enfant placé aux supports pour se soigner.

À cette complexité institutionnelle, se surajoute le niveau des relations interinstitutionnelles, qui renvoient aux relations plus ou moins stabilisées entre acteurs et services de la protection de l'enfance et les caisses d'assurance maladie. On notera que les enfants protégés semblent plus particulièrement exposés aux aléas des relations entre intervenants et institutions du fait de leur « statut hybride », relevant à la fois de leur famille et de l'institution. En effet, ils ne sont pas systématiquement considérés comme des ayants droit en tant que tels, mais dépendant de leurs parents et de l'institution gardienne. Cette pluralité d'acteurs autour de l'enfant semble avoir de plus pour effet qu'aucune mobilisation sous la forme d'un réseau de santé n'existe autour des enfants et jeunes protégés, contrairement à ceux créés pour d'autres populations spécifiques éloignées des soins (populations précaires, personnes incarcérées par exemple ; Legros & al. 2010). Ce constat est également réalisé dans plusieurs pays européens, notamment en Suède (Hjern & Vinnerljung, 2002).

2.3 LA SANTE DES ENFANTS PLACES : UN DOMAINE PEU EXPLORE

En dehors des réponses à un récent appel d'offres de l'ONED (2010, deux rapports accessibles actuellement) et une étude menée conjointement par l'INSERM et la PJJ en deux vagues, soit 1997 et 2004, peu de travaux spécifiques et récents sur la santé des enfants accueillis sont disponibles.

2.3.1 Un suivi sanitaire qui s'améliore ?

La partie épidémiologique de l'étude du CREAI Rhône-Alpes soutenue par l'ONPE/ONED fait état, pour les enfants protégés, de problèmes ou même de parcours de santé problématiques (faible taille, surpoids, carences, mauvaise hygiène de vie), s'originant dans un faible, voire une absence de suivi de santé en anté/périnatal de la dyade mère-enfant. Ces enfants « héritent » comme les autres enfants pauvres, mais peut être plus fortement encore, de la distance de leurs parents aux démarches de suivi et de soins.

L'étude de Fabien Bacro et de ses collaborateurs (2013), dans le département de la Loire-Atlantique à partir de la base médicale du service de l'ASE l'amène à conclure à une amélioration de l'état de santé des enfants suivis, par rapport aux résultats d'études antérieures. Dans leur recherche, les enfants protégés présentaient des scores correspondant à la moyenne concernant la surcharge pondérale, les soins optiques ou dentaires, et une meilleure couverture vaccinale que les enfants en population générale.

Dans l'étude INSERM / PJJ sur la santé des jeunes pris en charge par la PJJ de 14 à 20 ans, ces jeunes se disent un peu moins fréquemment en bonne santé que les jeunes en population générale et font état d'hospitalisations plus fréquentes. L'étude fait également état d'une couverture partielle de ces jeunes : 8 sur 10 déclarent être affiliés à la sécurité sociale et 6 sur 10 disposer d'une mutuelle. Une minorité (5 %) de jeunes se dit toutefois sans couverture et déclare plus fréquemment « n'être pas bien portant ». Entre les deux volets de l'étude (1997 et 2004) les consultations médicales du médecin généraliste, du dentiste et de l'ophtalmologiste ont augmenté.

Les études les plus récentes font ainsi état de résultats susceptibles d'être interprétés comme des améliorations de la situation antérieure. Par comparaison, l'étude commandée par la DASES de Paris en 2003 sur l'état général des enfants confiés au service de protection de l'enfance de Paris faisait apparaître des éléments préoccupants. Les résultats montraient en effet que si 89 % des enfants placés étaient régulièrement suivis par un généraliste ou un pédiatre, 8 % ne l'étaient pas (9 % en placement familial, 7 % en établissement). 18 % des adultes interrogés à propos de l'état de santé physique des enfants estimaient qu'il n'était pas satisfaisant, et ce massivement en établissement. À propos de leur santé mentale, un enfant sur six (17 %) était considéré comme présentant un problème de santé mentale obligeant à un suivi régulier (médical et/ou médicamenteux). Plus généralement, cette étude révélait des disparités entre filles et garçons, mais aussi entre les lieux d'accueil des enfants, tant au niveau de la qualité, que de l'évolution de l'état de santé physique des enfants et de la régularité du suivi.

2.3.2 Des thématiques de santé spécifiques à la population des enfants placés ?

Il semblerait donc que, à l'instar d'autres populations visées par des politiques de santé renforcées (comme par exemple les enfants résidant en Zone Education Prioritaire, qui disposent de ce fait d'une bonne, voire meilleure couverture vaccinale que la population générale), les enfants protégés, s'ils héritent des inégalités de santé propres à leur milieu d'origine, puissent bénéficier d'un relativement bon suivi de santé dans leurs différents lieux de prise en charge. Néanmoins, plusieurs thématiques de santé spécifiques à cette population émergent à la croisée de ces différents travaux. Ainsi, les trois études les plus récentes relèvent, et ce tant dans les déclarations des jeunes que dans celles des professionnels accompagnants :

- des problèmes d'alimentation (mauvaise alimentation, grignotage, repas sautés) ;
- des problèmes d'hygiène ;
- des problèmes d'endormissement et de qualité du sommeil ;
- des sentiments d'isolement, de solitude, de piètre estime de soi corrélés à leur parcours personnel, mais aussi à leurs difficultés d'intégration scolaire ;
- un suivi psychiatrique et psychologique significatif et une fréquente médication pour troubles de l'humeur et/ou troubles du comportement.

Les enfants accueillis en protection de l'enfance ont pu avoir un parcours institutionnel fait de ruptures, de traumatismes mais aussi d'expériences relationnelles ne favorisant pas l'intériorisation du prendre soin de soi. Les expériences de refus de soins de la part de soignants, mais aussi l'absence ou des délais de prise en compte de leurs ressentis par les professionnels peuvent venir renforcer les mineurs dans l'idée qu'ils ne peuvent pas être destinataires d'un prendre soin d'eux, de soins à leur intention avec le souci d'équité de droits et de bien-être. Recevoir un soin pensé comme adapté, spécifique et prodigué avec l'intention profonde d'amélioration participe au développement de l'estime que l'enfant a de lui-même, comme sujet, individu à part entière suffisamment important pour qu'un professionnel de santé mette à son service tout son savoir et ses compétences. Ce processus a une résonnance toute particulière pour les mineurs accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance, qui ont pu être destinataires de mouvements paradoxaux de fusion et de rejet, voire victimes ou auteurs de violences physiques, où le corps est alors un objet avant d'être un ensemble de ressentis à écouter. Ainsi, la santé vient évidemment dans cette dimension toucher au plus profond le rapport au corps du mineur.

Les travaux de psychologues cliniciens sur les processus observables massivement chez les adolescents accueillis en protection de l'enfance relèvent à quel point le corps de ces mineurs est traversé par des souffrances, des angoisses, passées et présentes et constitue un outil de communication comportemental faute de mise en mot. Un ensemble de pratiques auto-agressives ou auto-destructives sont observées, notamment autour de l'alimentation ou de la consommation d'alcool ou de drogues, où le corps devient à la fois victime, auteur, acteur, mais aussi *« à la fois intime et personnel mais aussi extérieur et étranger »*. Le corps et le rapport que l'enfant entretient avec lui tout au long de son développement a pu vivre des expériences néfastes pour une évolution sereine, non sans conséquence sur le rapport à l'Autre comme le soulignent les psychologues Feldman et Mansouri en 2015 (p.83) : *« souvent considérées et traitées très négativement dans l'enfance, ces adolescentes semblent traversées par des failles narcissiques très profondes. Toute confiance en l'adulte est inenvisageable »*.

Ainsi, l'accompagnement au soin, au bien-être mobilise le rapport au corps aussi dans sa dimension psychologique, qui peut constituer également un barrage à l'intérêt qu'un mineur porte à sa santé, que ce soit au niveau de la recherche de soin ou des aspects administratifs, et dans la familiarité avec les institutions de santé mais aussi les soins, thérapies proposés. Un récent article de cliniciens québécois évoque l'augmentation de traitement des problèmes émotionnels et comportementaux de ces jeunes protégés par des médicaments psychotropes. Son constat est flagrant : *« les questions d'ampleur des psychopathologies chez les enfants, de risques de sous ou de sur-diagnostic, de sous-utilisation ou de sur-utilisation des services, de sur-prescription ou de sous-prescription restent très difficiles à traiter »* (Desjardins, & al., 2010, 305).

2.3.3 Une perception différenciée de la santé des enfants protégés par les professionnels

L'étude menée par le CREAI Rhône-Alpes (2012) donne par ailleurs quelques indications sur la perception de la santé des enfants placés par les professionnels de la protection de l'enfance. Les professionnels interrogés étaient tant des éducateurs référents de l'ASE, que des éducateurs et responsables de foyers, des assistantes familiales et des cadres de la protection de l'enfance. Il en ressort que :

- Les assistantes familiales se plaignent principalement d'un manque d'informations sur les antécédents médicaux et, plus largement, les différentes affections ou troubles affectant les enfants qu'elles accueillent. Ce manque d'information ne leur permet pas de réagir adéquatement, ni rapidement face à la manifestation de troubles et de pathologies.
- Les éducateurs des lieux d'accueil ont une perception « restreinte » de la santé des enfants accueillis, au sens où elle n'intègre pas la notion de bien-être de l'enfant, pour se concentrer uniquement sur les affections somatiques et les troubles psychiques les plus saillants.
- De plus, ces professionnels ne mettent pas en lien les troubles de santé des enfants avec leur parcours et leur vécu. Ils traitent les affections de manière ponctuelle, sans les intégrer dans une perception globale de l'enfant, du rapport à son corps et à sa valeur en tant que personne. Les seuls liens que ces professionnels font entre l'état des enfants qu'ils accueillent et leurs parcours concernent les habitudes de vie quotidienne (alimentation, hygiène, rythme de vie) sur lesquels des actions de sensibilisation peuvent être mises en place dans certains lieux.
- Les informations sur les antécédents de santé des enfants peuvent se perdre lors des transmissions de dossier de lieu à lieu ou de professionnel à professionnel, ce qui brouille encore la perception de la situation de santé des enfants aux yeux des professionnels.

- Les infirmières disponibles dans les lieux d'accueil ont du mal à connaître et suivre la santé des enfants du fait que nombre d'éducateurs ne consignent pas par écrit les incidents et événements marquant la santé des enfants. Cette culture de l'oral induit une perte d'information et, là encore, un flou préjudiciable au suivi des enfants.
- Le rapport ne signale par contre pas de problème d'affiliation des enfants aux différents régimes d'assurance santé.

La congruence de ces éléments relevés par différents observateurs a notamment nourri le travail de l'ANESM (2015) consistant à définir les modalités de l'accompagnement à la santé. L'ANESM insiste sur l'identification des facteurs de risque en matière de santé, une évolution de la santé tout au long de la mesure, la mobilisation des ressources de l'environnement et parentale ainsi que le développement des compétences psycho sociales du mineur/jeune majeur en fonction de son âge et de son développement.

Ainsi, professionnels et institutions sociales disposent de repères autour de l'accompagnement de la santé des enfants protégés, conçus alors comme faisant partie du développement global de l'enfant, considérant à la fois les multiples acteurs de son environnement, les conditions d'accueil, et ce dans une perspective temporelle d'évolution.

3 PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Que nous apprennent les différents travaux réalisés sur la santé des enfants protégés ? Premièrement que le suivi sanitaire des enfants placés, s'il est perfectible, n'est pas inexistant. Apparemment, il évolue même positivement, bien qu'il demeure grevé par une difficulté de coordination interinstitutionnelle et par une mauvaise circulation d'informations entre acteurs de la protection de l'enfance. Il y aurait donc là un état des lieux à effectuer, afin d'examiner dans quelle mesure ce qui devrait se traduire par une plus-value liée à la prise en charge de l'enfant n'est pas hypothéqué par les difficultés propres au fonctionnement des institutions.

Il apparaît deuxièmement que les enfants protégés présentent des problèmes ou des troubles souvent peu pris en compte, alors qu'ils impactent cependant significativement leur état: sentiment de fatigue, de tristesse, de grande solitude, de piètre estime de soi, d'anxiété, les symptômes somatiques, les perturbations de la vie quotidienne et « mauvaises habitudes de vie » (sommeil et alimentation). Ce constat vient interroger les espaces d'expression de la question de la santé dont enfants et professionnels peuvent se saisir pour permettre l'identification de ces maux. Dans quelle mesure les jeunes savent avec qui évoquer des questions de santé et s'y sentent-

ils autorisés ? Quels sont les supports, leviers, conceptions des professionnels pour créer une place à cette dimension du développement du mineur ?

Troisièmement, ceci est en lien avec ce que l'on peut dégager de la littérature : les recherches convergent pour montrer que l'accès aux droits à la santé de ces enfants s'opère dans le prolongement d'un certain type d'accompagnement. Or, celui-ci semble inspiré par une lecture restrictive de la santé, au sens où il met en œuvre le nécessaire pour assurer un suivi de base (affiliation et suivi de santé corrects, malgré les difficultés recensées dans la littérature) et assurer une prise en charge dans les « cas lourds », à savoir notamment les enfants souffrant de problèmes d'ordre psychiatrique nécessitant une médication. Par contre, tout ce qui se situe entre le suivi de base et les « cas lourds », c'est-à-dire l'ensemble des troubles « à bas bruit » semble peu perçu et demeure sans réponse. Or, nous savons que la situation d'accueil supposant une séparation d'avec la famille te parfois un vécu carencé ou traumatique est éprouvante pour l'enfant dont le développement est marqué. Chaque enfant dispose de ses processus réactionnels et adaptatifs mais les travaux cliniques sur les enfants placés relèvent bien des spécificités de processus tant somatiques que psychologiques capitaux à considérer dans l'accompagnement de l'enfant à l'aune de ses besoins[8]. L'absence d'attention et d'accompagnement relativement à ces particularités signifierait que le suivi socio-éducatif considère la population des enfants placés comme une population ordinaire.

Là où on aurait pu attendre d'une prise en charge à vocation de protection et de réparation, ou *a minima* une éducation à la santé, il semble qu'il n'y ait pas d'accompagnement du mal-être de ces enfants, aussi longtemps que celui-ci ne donne pas lieu à des manifestations bruyantes. Ceci pose la question de ce que l'institution est en mesure d'offrir du point de vue de la santé, non seulement sur la dimension ordinaire, mais aussi sur le rapport au « prendre soin de soi ». Car on a vu que l'inégal accès à la santé n'est pas seulement affaire d'accès aux droits, mais aussi du sens que les acteurs sociaux sont en mesure de donner à la santé ou pas, en fonction de leur inégale valeur sociale. On est alors fondé à se demander comment la prise en charge de ces enfants vulnérables par leurs parcours familial et institutionnel est organisée, conçue pour porter une attention spécifique à cette dimension dans une perspective stable, continue et cohérente.

[8] Les travaux montrent que si le placement stable en famille d'accueil rend possible une affiliation des enfants, synonyme d'une meilleure qualité de vie, cette situation est loin d'être majoritaire (Giraud 2005, Euillet 2008, Moisset 2010, Potin 2012, Robin, Séverac 2013).

Aussi, trois axes semblent se dégager comme nécessaires à investiguer pour éclairer cette problématique autour de la santé des enfants protégés :

- Les relations interinstitutionnelles : comment les différentes institutions concernées par la santé des enfants à des niveaux et dans le cadre de missions différentes parviennent-elles à se coordonner ? notamment les services de la protection de l'enfance avec ceux de l'assurance maladie ou ceux du domaine médical.
- Les pratiques professionnelles et le fonctionnement des dispositifs de protection de l'enfance : quel jeu des acteurs ? On pense ici à l'articulation entre acteurs, à la circulation de l'information, à la dimension socio-éducative de l'accompagnement, à la culture professionnelle des *caregivers* (éducateurs et assistants familiaux).
- Le sens du soin d'après les jeunes protégés et leurs parents : quelle perception ont-ils des organisations et des pratiques éducative mises en place autour de leur santé ?

CHAPITRE 2 : Méthodologie de la recherche menée

Pour apporter des éléments de compréhension aux questions soulevées concernant l'accès à la santé des enfants pris en charge en protection de l'enfance, la présente recherche interroge plus particulièrement trois dimensions : les relations interinstitutionnelles ; les dispositifs, les rôles des acteurs et les pratiques professionnelles ; le point de vue des enfants protégés et de leurs parents.

Afin de traiter ces trois niveaux, ont été menées une enquête quantitative par questionnaires auprès des institutions concernées sur tout le territoire (ASE, PJJ, CPAM) et une enquête qualitative par entretiens au sein de cinq départements.

1 LES DIMENSIONS INTERROGEES

L'ensemble de la recherche est basé sur la réflexion, l'analyse et l'investigation de trois dimensions relatives à trois niveaux de compréhension des enjeux autour de la santé, allant du fonctionnement institutionnel, aux pratiques professionnelles et au point de vue des bénéficiaires.

1.1. LES RELATIONS INTERINSTITUTIONNELLES

Le premier niveau repéré comme incontournable est celui relatif aux différentes institutions mobilisées pour permettre aux enfants protégés d'accéder aux soins de santé. Sont ici questionnés à la fois les partenariats interinstitutionnels mis en place, leur effectivité dans la pratique et l'organisation plus spécifique au sein de chaque institution. Ainsi, les questions suivantes sous-tendent cette dimension :

- Quel est l'éventail des institutions mobilisées autour de l'accès aux droits des enfants protégés ?
- Comment chaque institution s'empare-t-elle de cette question ?
- Quel partenariat interinstitutionnel est mis en place ? Comment se décline-t-il ? Comment a-t-il évolué ces dernières années ? Au regard de quels besoins ou de quelles injonctions législatives s'est-il amorcé ?
- Quelle connaissance mutuelle des contours de compétences respectives ?
- Quel fonctionnement propre à chaque institution ?

- Quelles disparités éventuelles dans l'organisation de chaque institution seraient susceptibles de faire frein ?
- Quelle communication descendante jusqu'aux acteurs de terrain ?

L'évolution en cours à ce sujet peut éclairer la diversité des fonctionnements observables tels que : présence ou pas d'une personne ressource dans chaque institution en charge de rassembler et de faire circuler les informations, couverture systématique par la CMU de tous les enfants protégés ou possibilité d'utiliser celle des parents. L'analyse approfondie de cette dimension contribue également à la connaissance de l'état de santé des enfants entrant dans le dispositif. En effet, une visite médicale sous forme de bilan de santé est parfois réalisée systématiquement dans les trois premiers mois de l'accueil, ce qui participe activement à une orientation vers des soins plus spécifiques aux besoins des enfants concernés.

1.2. LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE PAR LE DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE : JEU DES ACTEURS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le deuxième niveau, comme dans tout dispositif d'accès aux droits conçu dans une logique descendante, implique que les règlementations, les fonctionnements, les modes de communication, les outils mis en place soient appropriés, pratiqués et adaptés par les acteurs professionnels missionnés. Cette dimension concerne donc les pratiques professionnelles éducatives, qui se trouvent à l'interface entre le niveau institutionnel et les situations précises des enfants concernés. En effet, nous ne disposons actuellement que de peu de connaissances établies pour, à la fois analyser ces enjeux, mais aussi soutenir ces pratiques. Sans une connaissance fine du rôle de ses acteurs, les dispositions institutionnelles mises en place ne peuvent pas trouver de points d'ancrage. Ainsi, les questions suivantes apparaissent fondamentales :

- Comment se met en place le processus de demande d'ouverture des droits ? Qui sont les acteurs responsables ?
- Quels droits sont ouverts ? Qui délivre la carte vitale ? Dans quel délai suite à l'accueil ?
- Quel est le taux des enfants pris en charge et immatriculés par l'ASE ou la PJJ (respectivement à la CMU et à la CMUC) ? quel est le taux des enfants sans affiliation ? pour quelles raisons ?
- Dans l'accompagnement concret de ces enfants par les travailleurs sociaux, de quelles directives et de quels documents cadre ou autres supports ces derniers disposent-ils ?

- Les bilans de santé pour les nouveaux entrants sont-ils systématisés et selon quelles modalités ?
- Qui veille sur la santé de l'enfant en cours de mesure et selon quelles modalités ? Qui en est le garant ?
- Comment s'opèrent les transitions en cas de changement de lieu d'accueil, de type de mesure, de retour au domicile ?
- Le statut de l'enfant, la durée de la mesure, le lieu d'accueil peuvent-ils représenter des facteurs influant sur l'ouverture des droits à la santé ?
- Les professionnels éducatifs sont-ils confrontés à des refus de soins de la part du corps médical, hospitalier ou pharmaceutique et si oui, comment les gèrent-ils ?
- Existe-t-il des situations dans lesquelles des besoins non identifiés et/ou non traités auraient eu des répercussions sur les autres sphères de vie de l'enfant ?
- Dans quelle mesure l'accompagnement à la santé représente un enjeu important dans la mobilisation des parents auprès de leur enfant et dans leur acceptation de la mesure de protection ?
- Est-ce que l'accompagnement éducatif pour accéder à ce droit fondamental est perçu comme participant à l'autonomie des jeunes et à leur intégration sociale.

Ces acteurs professionnels jouent un rôle pivot de rencontre autour de la santé entre l'institution garante de la protection de l'enfance, l'organisme chargé de la protection santé mais aussi les accueillants, les parents et les enfants.

1.3. LE SENS DU SOIN, DU POINT DE VUE DES ENFANTS PROTEGES

La troisième dimension concerne le sens donné aux soins par les enfants accueillis mais aussi le rapport à la santé, au corps, à l'image de soi.

- Que recouvre le fait d'être en bonne santé pour ces enfants ?
- Que savent les enfants de la CMU et de ses applications ?
- Comment les enfants perçoivent-ils leur santé et sa prise en compte par les professionnels ?
- Souhaiteraient-ils un type d'accompagnement particulier, être sensibilisés à certains thèmes ? Auraient-ils des éléments à suggérer s'agissant des pratiques de professionnels en la matière ?

- Que pensent-ils du rôle donné et pris par leurs parents sur la question de leur santé ?
- Quels peuvent être les motifs de refus de soins par l'enfant ?

Le soin résonne de manière très différente selon les enfants, leur histoire et leurs modalités d'accès aux soins. Recueillir la parole et le point de vue des personnes directement concernées par la thématique étudiée constitue une priorité dans cette recherche. Le sens accordé, élaboré, compris à propos d'un fonctionnement plus global représente un riche enseignement permettant de revisiter les organisations et les pratiques. Ainsi, le discours des parents au sujet des questions suivantes sera recueilli :

- Comment se sentent-ils informés de l'état de santé et du suivi médical de leur enfant ?
- Que pensent-ils des différentes modalités d'affiliation ?
- Connaissent-ils leurs droits et ceux de leurs enfants ?
- De quel accompagnement bénéficient-ils par rapport à leur propre santé ?
- Repèrent-ils qui sont leurs interlocuteurs selon les questions émergeantes au sujet de la santé ?

2. LES INSTITUTIONS CONCERNEES PAR LA DEMARCHE

Les enfants bénéficiant d'une mesure éducative sont pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), qui ont pour mission leur suivi administratif ou judiciaire, qui peut également être confié à une association de protection de l'enfance. Parmi les organismes affiliés à la sécurité sociale ou à la complémentaire santé, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) reste le régime le plus communément mobilisé dans les situations de placements dans le cadre de la protection de l'enfance. Ainsi, trois grandes institutions seront concernées par cette recherche : l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

2.1. L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Dans le cadre de ses missions, chaque conseil départemental dispose d'un service de l'Aide Sociale à l'Enfance qui regroupe tous les dispositifs de protection de l'enfance. Selon les organisations départementales, chaque service est organisé en territoires plus ou moins indépendants. Les enfants protégés relèvent également du service de la

Protection Maternelle et Infantile. Les enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance (qu'elle soit judiciaire ou administrative) peuvent être accueillis en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), en lieux de vie, en Centre départemental de l'enfance et de la famille, en villages d'enfants ou en famille d'accueil. Dans une large majorité, les parents sont titulaires de l'autorité parentale, ce qui signifie qu'ils doivent être consultés préalablement pour toute décision de santé, et dans la mesure du possible en être partie prenante.

En outre, une forte actualité législative relative à la protection de l'enfance coïncide avec ce rapport. Le 1er mars 2016, l'assemblée nationale a adopté une proposition de loi relative à la protection de l'enfance (texte 685). Plusieurs articles concernent directement des éléments analysés dans cette recherche, notamment celui concernant la désignation dans chaque département d'un médecin référent « protection de l'enfance » au sein d'un service du département (article 7). Nous verrons que cet article s'inscrit en toute cohérence avec les constats réalisés dans cette recherche, autour d'une dissolution des responsabilités de santé et du besoin d'expertise médicale pour accompagner ces enfants. D'autres articles font écho aux analyses réalisées : l'établissement de protocoles par le président du conseil départemental avec les responsables amenés à mettre en place des actions de prévention (article 2), l'élaboration d'un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels (article 3), l'organisation d'un entretien avec tout mineur un an avant sa majorité pour établir un projet d'accès à la majorité (article 15), et l'évaluation médicale et psychologique du mineur comprise dans le projet pour l'enfant (article 21).

2.2. LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

La Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse dépendant du ministère de la justice, dans le cadre de partenariats forts, est inscrite dans les politiques publiques concernant la santé, dans l'intérêt des publics pris en charge. Ces politiques publiques sont déclinées au sein des 9 directions inter-régionales de la PJJ puis des trente-six directions territoriales (DTPJJ qui regroupent un ou plusieurs départements). Au sein de ces directions territoriales, l'accès aux droits et l'accompagnement à la santé des jeunes pris en charge par la PJJ est un axe d'action important. Ces jeunes, dans le cadre d'un placement, peuvent être accueillis dans des foyers dépendant directement de la PJJ ou gérés par des associations. La PJJ prend en charge des jeunes globalement plus âgés que ceux pris en charge par l'ASE et sur des périodes plus courtes, ces actions de santé en direction de son public se font donc selon d'autres modalités.

2.3. LES CPAM

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est un établissement public national à caractère administratif, jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise à une double tutelle : celle du ministère chargé de la Sécurité sociale et celle du ministère de l'Économie et des finances. Elle oriente la politique globale des 101 Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Les CPAM disposent d'une certaine latitude pour établir leur organigramme et prioriser des axes d'actions sur leurs territoires. Aussi, il faudra là encore prendre en compte une assez grande diversité organisationnelle dans cette recherche.

3. UNE PHASE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRES

Afin d'atteindre un des premiers objectifs relatifs à une connaissance nationale des fonctionnements institutionnels des organismes de protection de l'enfance par rapport à la santé des enfants protégés, une démarche quantitative a été mise en place par questionnaires.

3.1. LA METHODOLOGIE CHOISIE AUTOUR DES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires à destination des trois institutions mobilisées autour de la santé des enfants accueillis, ASE, PJJ et CPAM, ont été élaborés suite à des entretiens exploratoires avec des professionnels et en concertation avec le comité de pilotage de cette recherche (les trois questionnaires sont présents en annexe).

Ces questionnaires sont construits autour des deux premiers des trois niveaux de réflexion qui sous-tendent cette recherche : les relations interinstitutionnelles et la prise en charge par les acteurs de la protection de l'enfance. Les réponses obtenues permettent de connaître les partenariats interinstitutionnels établis (nombre, forme et contenu), le fonctionnement de chaque institution (existence d'une personne référente en matière de santé, politique de couverture, formation des professionnels, participation à des programmes de santé plus globaux), les pratiques en termes d'accompagnement aux soins (bilan de santé, professionnels mobilisés, rôle des parents), les difficultés repérables d'accès aux soins (selon les modalités d'accueil de l'enfant, selon le contexte médical, selon le coût des soins).

La majorité des questions sont fermées, même si des formulations ouvertes sont présentes, d'une part avec de nombreuses possibilités de répondre « autre » tout en précisant la situation et, d'autre part, en fin de document pour recueillir des éléments complémentaires. Ainsi, ces questionnaires sont ensuite analysés à la fois d'un point de vue quantitatif mais aussi qualitatif.

3.2. PASSATION DU QUESTIONNAIRE ET TAUX DE RETOUR

Les questionnaires ont été adressés à l'ensemble des services Aide Sociale à l'Enfance des Conseils départementaux (101), des Directions Territoriales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (55) et des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (107). Le choix de la mise en ligne des questionnaires qui peuvent être complétés informatiquement a été retenu au regard de la facilité d'exécution par le répondant, ce qui optimise les retours des questionnaires dûment complétés dans un délai relativement court. De plus, le mode de transmission permet que le questionnaire parvienne facilement et rapidement en interne à la personne en capacité de le compléter.

Au-delà de l'invitation à compléter le questionnaire en ligne, l'envoi s'est fait de manière spécifique dans chacune des trois institutions. Les responsables ASE des Conseils départementaux ont reçu un mail explicatif contenant un lien internet vers le questionnaire par le Défenseur des droits. Pour les services territoriaux de la PJJ et de la CPAM, le questionnaire a été adressé par le service central de chacune de ces deux institutions.

Les taux de retour diffèrent d'une institution à l'autre (cf. carte 1). Au sein de la CPAM, les caisses territoriales ont été très nombreuses à renseigner le questionnaire, le taux de retour étant de 90,6 % : sur les 107 caisses existantes[9], 97 ont participé à l'enquête. Tous les répondants ont précisé leur territoire de rattachement, excepté un dont la réponse ne pourra être géographiquement déterminée. Par ailleurs, les réponses sont arrivées relativement rapidement puisque la relance n'a permis de collecter qu'une seule nouvelle participation.

Les DTPJJ ont également répondu massivement, le taux de retour atteignant 87,3 % : 48 réponses pour 55 délégations territoriales. Quatre d'entre elles ont renseigné le questionnaire après avoir été relancées. Là encore, deux répondants n'ont pas précisé leur délégation de rattachement et leur réponse ne pourra donc pas être mise en lien avec leur zone géographique d'action.

Enfin, la participation à cette enquête a été beaucoup plus faible dans les services ASE des Conseils départementaux, tout en restant supérieur à la moyenne, avec un taux de

[9] Dans la plupart des départements, il existe une seule caisse primaire d'assurance maladie, cependant, le département du Nord en compte 4 et les départements du Pas-de-Calais, des Pyrénées-Atlantiques et de la Seine-Maritime en comptent 2.

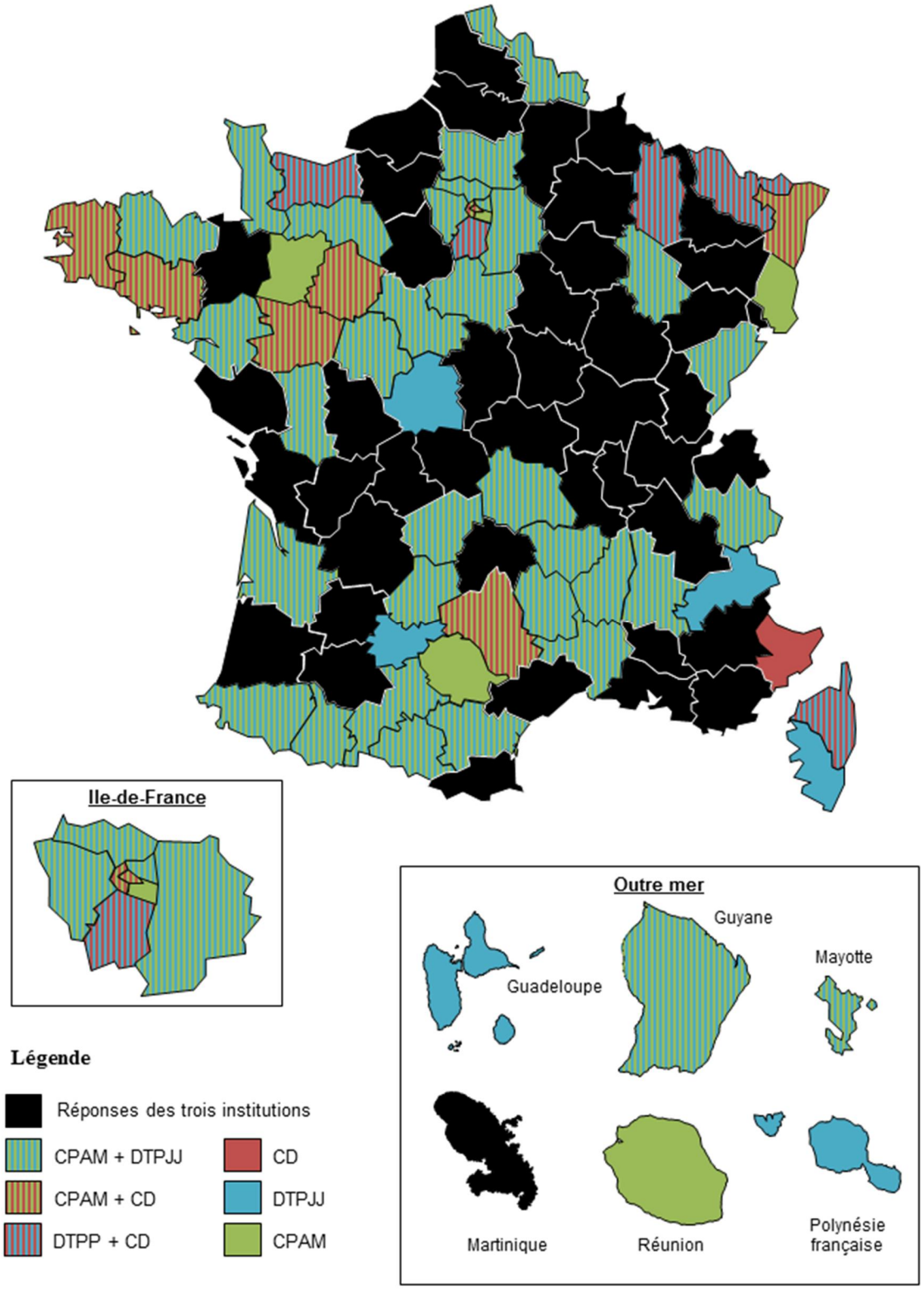
retour est de 57,4 % : sur les 101 départements, 58 ont répondu. En outre, le département a toujours été renseigné, excepté dans un cas.

Précisons également que, pour les trois institutions, le nombre de réponses est supérieur au nombre de territoires concernés. Dans certains cas, il semble que les personnes ayant répondu au questionnaire aient eu un problème technique, la première réponse étant incomplète et étant très rapidement suivie d'une réponse complète. Dans d'autres cas, il semble que plusieurs personnes aient renseigné le questionnaire avec, dans certains cas des écarts de réponses. Un travail a alors été mené pour uniformiser les réponses portant sur un même territoire.

Ainsi, pour les CPAM, nous avons reçu 107 réponses concernant 97 territoires (2 réponses différentes dans 8 CPAM et 3 réponses différentes dans 1 CPAM). Pour les DTPPJJ, 54 réponses ont été renseignées portant sur 48 territoires (2 réponses différentes dans 1 DTPJJ et 6 réponses différentes dans 1 DTPJJ). Pour les services ASE, 77 questionnaires ont été remplis portant sur 58 départements (2 réponses différentes dans 7 CD et 13 réponses différentes dans 1 CD). Cette pluralité de réponses témoigne déjà d'organisations territoriales différentes et pas toujours centralisées.

À noter que selon les institutions et les départements, nous pouvons faire l'hypothèse d'un différentiel relatif à l'interlocuteur qui a complété le questionnaire, avec des positions hiérarchiques et des spécialisations quant à la santé très diverses.

Carte 1 : Réponses communes des 3 institutions aux questionnaires



3.3. LES ENSEIGNEMENTS DE LA PASSATION DES QUESTIONNAIRES

Il a été fait le choix d'un questionnaire resserré dans l'objectif de recueillir un maximum de retours complets. Toutefois, une variation de taux de réponses selon les institutions est observée. Quels enseignements tirer de ces différences de retours ?

Les CPAM et les DTPJJ se distinguent des départements sur deux points. Premièrement ce sont des institutions reliées à un échelon central qui nous a permis de les contacter et de les relancer. Deuxièmement, le fait qu'elles soient parvenues à répondre assez rapidement indique qu'elles ont une bonne maîtrise de l'information (nombre de dossiers d'affiliation santé d'enfants placés), ce qui ne semble pas le cas des départements.

Dans certains départements, ce sont les circonscriptions ou territoires d'intervention sociale qui ont répondu et non l'échelon central qui était interpellé, et d'autres départements indiquant qu'ils ne pourraient répondre à l'étude dans l'impossibilité de centraliser les données nécessaires ou par manque de moyens. La difficulté de collecter certaines informations révèle les fragilités d'organisation de certains départements autour de la question de la santé. Fragilités se traduisant par le manque de visibilité des actions et des besoins sur le territoire concernant la santé des enfants placés, condition pourtant nécessaire pour porter une politique explicite et articulée à ce sujet.

4. LA PHASE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS

La question de la santé des enfants protégés que soit en termes d'accès aux soins ou en termes d'accompagnement socio-éducatif, nécessite une compréhension fine des enjeux pour un repérage des points d'amélioration. Cela n'est possible qu'à partir du recueil du discours et du point de vue des acteurs concernés au plus près par ces questions. Ainsi, une démarche qualitative vient compléter la première, notamment grâce à des entretiens avec des professionnels des trois institutions mais aussi des parents et des enfants, et ce dans cinq départements.

4.1. LE CHOIX DES TERRITOIRES D'ETUDES

Observer la diversité des pratiques sur le territoire français est un enjeu pour la connaissance de l'accès aux soins des enfants protégés.

Dans un premier temps, diverses données départementales ont été collectées :

- Sur le milieu urbain-rural :
    - densité de population (en km²/habitant)

- Sur la protection de l'enfance :
    - proportion d'enfants confiés à l'ASE (p. 1 000 jeunes de moins de 20 ans)
    - proportion d'enfants en AEMO ou AED (p. 1 000 jeunes de moins de 20 ans)
    - taux de dépenses ASE (p. 1 000 jeunes de moins de 20 ans)
- Sur l'offre de soins :
    - densité de médecins libéraux et salariés (p. 100 000 habitants), avec une distinction selon les médecins généralistes et spécialistes
    - taux d'établissements de santé (p. 100 000 habitants), avec une distinction selon les établissements publics et privés
    - nombre de lits dans les établissements de santé (p. 10 000 habitants), avec une distinction selon les établissements publics et privés
- Sur l'offre de soins PMI :
    - nombre d'enfants de moins de 6 ans par médecin
    - nombre d'enfants de moins de 6 ans par infirmière
    - nombre de nouveau-nés par puéricultrice
    - nombre de femmes enceintes par sage-femme
- Sur la santé :
    - taux de mortalité infantile (p. 1 000 naissances)
    - taux de bénéficiaires de la CMU-C (p. 1 000 habitants)

À partir de cela, les variables les plus pertinentes et discriminantes ont été retenues à savoir : la densité de population, le taux de moins de 20 ans bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance (placements et milieu ouvert) et la densité de médecins par habitant. Le croisement de ces variables a permis de créer 8 catégories (cf. carte 2) de départements un peu atypiques, les autres se situant dans des catégories intermédiaires en termes de médecins et de recours au dispositif de protection de l'enfance :

- Beaucoup de médecins + Peu d'enfants confiés à l'ASE + Rural : Hautes-Alpes (06).
- Beaucoup de médecins + Beaucoup d'enfants confiés à l'ASE + Rural : Hautes-Pyrénées (65).
- Peu de médecins + Peu d'enfants confiés à l'ASE + Urbain : Oise (60), Seine-et-Marne (77).

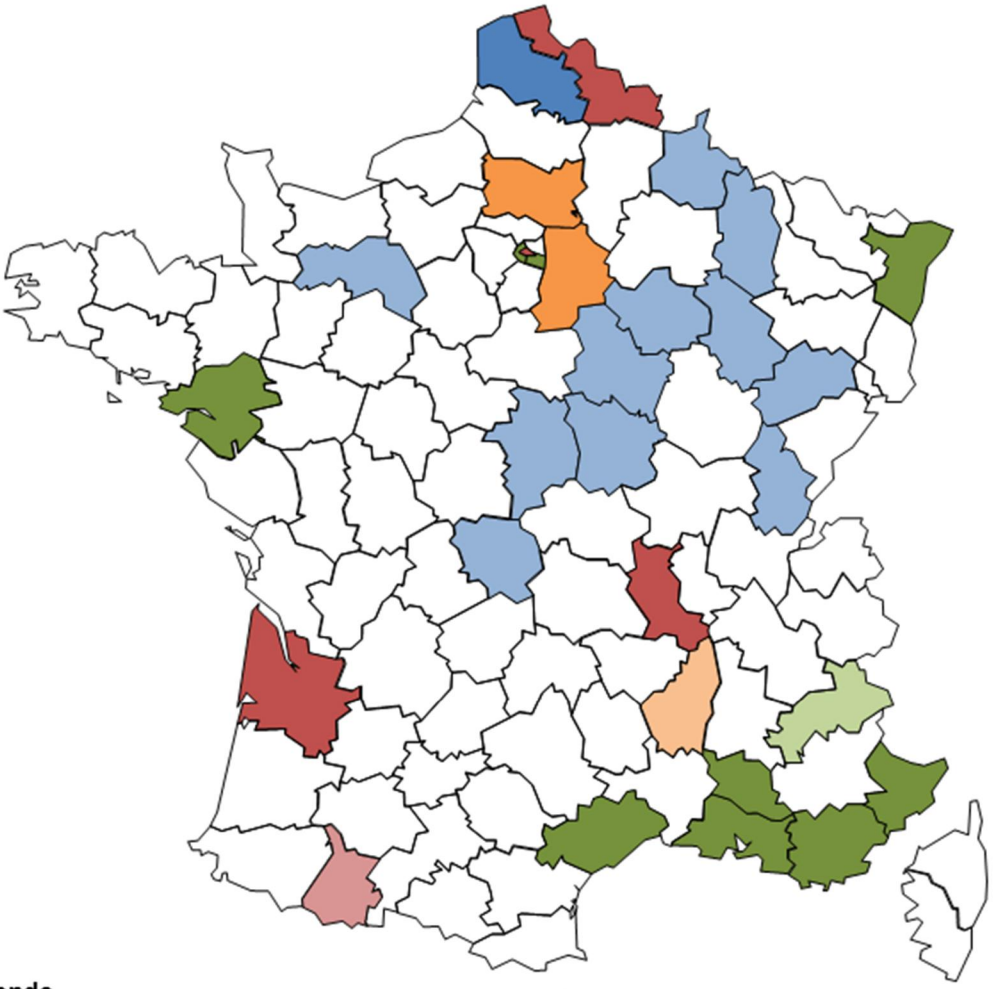
- Peu de médecins + Beaucoup d'enfants confiés à l'ASE + Urbain : Pas-de-Calais (62).
- Peu de médecins + Peu d'enfants confiés à l'ASE + Rural : Ardèche (07), Guyane (973).
- Peu de médecins + Beaucoup d'enfants confiés à l'ASE + Rural : Ardennes (08), Aube (10), Cher (18), Creuse (23), Haute-Marne (52), Meuse (55), Nièvre (58), Orme (61), Haute-Saône (70), Yonne (89).
- Beaucoup de médecins + Peu d'enfants confiés à l'ASE + Urbain : Alpes-Maritimes (06), Bouches-du-Rhône (13), Hérault (34), Loire-Atlantique (44), Bas-Rhin (67), Var (83), Vaucluse (84), Hauts-de-Seine (92), Val-de-Marne (94).
- Beaucoup de médecins + Beaucoup d'enfants confiés à l'ASE + Urbain : Gironde (33), Loire (42), Nord (49), Paris (75).

Parmi ce premier repérage, la prise en compte de la représentativité des régions et les conditions de faisabilités aboutissent au choix des cinq départements suivants : Gironde (33), Nièvre (58), Pas-de-Calais (62), Haute-Saône (70) et Hauts-de-Seine (92). Ces cinq départements permettent de représenter :

- 2 départements ruraux et 3 urbains ;
- 2 départements avec beaucoup de médecins et 3 avec une densité faible ;
- 2 départements avec peu d'enfants pris en charge par l'ASE et 3 avec une proportion importante.

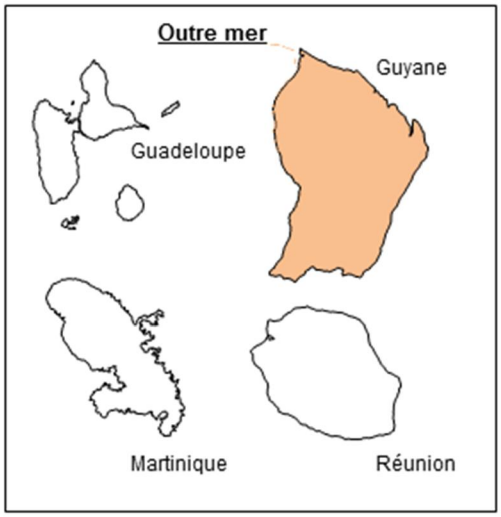
Les institutions (ASE, PJJ et CPAM) de ces cinq départements ont accueilli cette recherche avec beaucoup d'intérêt en organisant des réunions de présentation et en désignant une personne ressource en interne pour ensuite aiguiller vers les différents interlocuteurs à interviewer.

Carte 2 : Caractéristiques des départements français selon la densité de population, le taux de prise en charge des enfants en PE et la densité de médecins



Légende

- Urbain + Bcp de médecins + Taux PE faible
- Urbain + Bcp de médecins + Taux PE fort
- Urbain + Peu de médecins + Taux PE faible
- Urbain + Peu de médecins + Taux PE fort
- Rural + Bcp de médecins + Taux PE faible
- Rural + Bcp de médecins + Taux PE fort
- Rural + Peu de médecins + Taux PE faible
- Rural + Peu de médecins + Taux PE fort



4.2. LES PERSONNES INTERVIEWEES

L'ampleur des dimensions étudiées ne permet pas de pouvoir inscrire ce recueil par entretiens comme le reflet d'une réalité ni de prétendre à une représentativité territoriale. Il a semblé capital de pouvoir rencontrer les différents acteurs impliqués autour de la santé des enfants placés, selon les institutions (l'ASE, de la PJJ et de la CPAM), selon le corps d'appartenance (éducatif ou sanitaire) et selon le niveau dans l'institution (cadre ou technicien). Il s'agit ensuite d'analyser par croisement de points de vue (professionnels des différents échelons et institutions, usagers) afin de saisir des logiques qui contribuent à ce que la collaboration se déroule de façon satisfaisante.

Malgré l'accord du responsable départemental de chacun des territoires choisis, la réalisation d'entretiens se heurte toujours à des contraintes non maîtrisables par le chercheur lorsqu'il ne peut directement contacter les personnes à rencontrer. En effet, chaque institution concernée a choisi les personnes rencontrées par l'équipe de recherche. Ainsi, à partir de l'objectif de réaliser une dizaine d'entretiens par départements, voici les différents entretiens menés :

- cadres de la protection de l'enfance ASE (inspecteur, responsable d'unité d'action sociale, etc.) ;
- directeurs territorial de la PJJ ou cadre en charge de la question de la santé ;
- 5 cadres CPAM ou personne ressource auprès de l'ASE/PJJ ;
- 5 éducateurs référent ASE/PJJ ;
- 5 assistants familiaux ;
- 2 mères : une avec un adolescent placé et une avec 3 enfants placés ;
- 9 enfants : 7 garçons et 2 filles, 4 accueillis par l'ASE et 5 sous l'autorité de la PJJ. Ils représentent 3 départements, sont âgés de 10 à 17 ans (1 enfant a 10 ans, 2 en ont 14, 5 en ont 16 et 1 en a 17) ;
- 3 soignants : pédiatre en lieu collectif, infirmier PJJ et médecin PMI.

Il a été difficile pour les acteurs de terrain de mobiliser des parents pour participer à cette recherche. De plus, nous nous sommes heurtés à une grande résistance de la part du corps soignant (médecin en libéral notamment) dont aucun représentant n'a souhaité nous répondre.

4.3. MODELISATION GENERALE DES ENTRETIENS

L'objectif des entretiens est de comprendre le fonctionnement général relativement à la question de la santé sur un territoire donné. Ainsi, les acteurs les plus impliqués ont été interviewés à partir d'une modélisation commune qui rejoint les 3 axes principaux de cette recherche.

Dans un souci de recueillir les discours des différentes personnes interviewées à propos de dimensions (voire de questions) similaires, le choix d'une modélisation commune a été fait. Toutefois, une adaptation a été nécessaire au regard des missions et/ou compétences des deux corps principaux : les acteurs de la protection de l'enfance et les acteurs de santé. Ainsi, deux architectures ont été élaborées, servant de base aux questions ensuite adressées aux différentes personnes interviewées (présentées sous forme de guide d'entretiens en annexe).

4.3.1. Architecture générale de l'entretien pour les acteurs de la protection de l'enfance

Cette architecture concerne les acteurs de la protection de l'enfance à savoir : cadre ASE, cadre DTPJJ, éducateur référent ASE, éducateur foyer ASE ou PJJ, assistant familial, parent, enfant. Plus précisément, 4 guides ont été élaborés :

- Un pour le cadre ASE et le directeur territorial PJJ : les questions sont identiques, seulement une adaptation de vocabulaire et des questions liées au contexte
- Un pour l'éducateur référent, l'éducateur foyer ASE ou PJJ et l'assistant familial
- Un pour l'enfant
- Un pour le parent

Voici le plan général :

1- L'accès aux soins
   1 Les aspects administratifs
   2 Les consultations
2- L'organisation institutionnelle
   1 Le rôle du professionnel, sa formation
   2 Le rôle des autres professionnels
   3 Le fonctionnement institutionnel
   4 Les partenariats
3- La dimension éducative de la santé
   1 Par rapport au jeune (quotidien, situation, mesures, évolutions)
   2 Par rapport aux parents

1- L'accès aux soins

La première partie investigue de façon concrète l'accès aux soins des enfants. En d'autres termes, d'un point de vue administratif qui se charge des documents, de l'affiliation aux droits et du lien avec les services concernés mais aussi d'un point de vue pratique, qui se charge d'accompagner l'enfant aux consultations et de suivre sa santé.

2- L'organisation institutionnelle

Ce groupe de questions représente le pivot de l'entretien en regroupant les questions relatives aux rôles des différents professionnels, au fonctionnement institutionnel et au partenariat avec les services de santé notamment. Il s'agit de repérer dans quelle mesure l'accès aux soins et le suivi de la santé de l'enfant accueilli fait l'objet de protocole, d'harmonisation de pratiques, d'organisations établies.

3- La dimension éducative de la santé

La dernière partie sollicite l'avis de la personne interviewée à propos de la dimension éducative de la santé. Il s'agit ici de savoir dans quelle mesure la santé au sens large constitue un levier, un axe éducatif que ce soit dans la relation avec l'enfant ou avec le parent. En effet, la littérature fait état du large spectre de l'implication des parents à travers le suivi de la santé de leur enfant. Suivi qui se traduit à la fois par les questions administratives sur l'affiliation mais aussi sur l'accord et/ou l'information d'une consultation. L'ensemble des personnes interviewées sont directement concernées par cette 3ème partie de l'entretien, avec une focale tout de même sur les parents et les enfants.

4.3.2. Architecture générale de l'entretien pour les professionnels de santé

Cette deuxième architecture est davantage adaptée aux objectifs de compréhension du système de santé, du circuit des informations, des répartitions des actes administratifs et des partenariats établis avec les services de protection de l'enfance. À destination d'un cadre de la CPAM ou d'un soignant (médecin partenaire), ce plan d'entretien est composé de questions techniques mais aussi fonctionnelles.

Voici le plan général :

1 Les consultations des enfants placés / Les dossiers d'affiliation des enfants placés
2 La collaboration avec les services de la protection de l'enfance
3 La santé et l'accès à la santé des enfants placés

La première partie de cette architecture est différente selon le répondant. Elle porte sur les consultations des enfants placés pour l'entretien avec le soignant, et sur les dossiers d'affiliation pour un cadre de la CPAM. En effet, leur implication est tellement spécifique et différente d'un point de vue technique qu'il est important de les

solliciter de façon particulière au moins sur cet aspect. En effet, les deux autres parties sont similaires.

1- Les consultations des enfants placés (seulement pour le soignant)

La tenue d'un entretien avec un soignant vise à recueillir des informations très techniques sur les consultations en elles-mêmes mais aussi sur toutes les démarches en amont et en aval. Ainsi, c'est tout le processus de consultation qui est investigué mais aussi ses fondements en termes de prise en compte ou pas de la spécificité d'un public.

2- Les dossiers d'affiliation des enfants placés (seulement pour le cadre CPAM)

Le fonctionnement général des CPAM est approché à travers la phase quantitative constituée de questionnaires à destination de toutes les CPAM, toutefois, l'organisation spécifique à un territoire dans un contexte particulier nécessite une investigation plus poussée qui se traduit dans cette partie du guide d'entretien à destination d'un cadre de la CPAM. Il s'agit de connaître les détails de ce fonctionnement en relation avec les services de protection notamment en termes de répartition de tâches, d'interlocuteurs ou de problématiques récurrentes.

3- La collaboration avec les services de la protection de l'enfance

De la même façon que dans les guides d'entretiens réalisés avec une architecture relative aux acteurs de la protection de l'enfance, la dimension partenariale revêt une importance capitale ici. Elle se traduit par l'officialisation ou non d'un partenariat, la mise en place de protocoles de fonctionnement.

4- La santé et l'accès à la santé des enfants placés

Chacune des personnes interviewées dans cette phase qualitative de la recherche, de par sa place et son rôle, a un regard propre sur la santé des enfants placés. Les deux professionnels de santé, interrogés ici à partir de cette architecture, ont une expertise qui va être fortement mobilisée dans cette dernière partie.

À noter que certaines questions à destination des soignants sont similaires à celles posées à l'éducateur. Ainsi, au-delà de leurs différences, les deux architectures d'entretien se rencontrent sur les thématiques partenariales, sur les problématiques de santé des enfants accueillis, sur les démarches lors des prises de rendez-vous et des consultations. Leur complémentarité se chevauche afin de pouvoir rendre compte de regards croisés sur des points identiques, mais faisant l'objet d'attentions spécifiques par chacun des acteurs, de la protection de l'enfance ou de la santé.

4.3.3. Récapitulatif des guides d'entretiens

Voici un tableau récapitulatif comprenant les informations clés selon chaque personne interviewée.

Personne interviewée	Trame	Remarques	Nombre de questions
Cadre de la protection de l'enfance ASE	Trame Protection de l'enfance	Identique à celui du directeur territorial de la PJJ	50
Directeur territorial de la PJJ	Trame Protection de l'enfance	Identique à celui du cadre ASE	49
Cadre CPAM	Trame santé		20
Éducateur référent ASE	Trame Protection de l'enfance	Identique à celui de l'assistant familial et de l'éducateur foyer	39
Assistant familial	Trame Protection de l'enfance	Identique à celui de l'éducateur référent ASE et de l'éducateur foyer	39
Éducateur foyer ASE ou PJJ	Trame Protection de l'enfance	Identique à celui de l'assistant familial et de l'éducateur référent ASE	39
Médecin partenaire (hospitalier, libéral, interne aux services protection enfance)	Trame santé		34
Parent	Trame Protection de l'enfance		29
Enfant	Trame Protection de l'enfance		22

CHAPITRE 3 : Analyse thématique des données selon les dimensions investiguées

L'analyse réalisée repose à la fois sur les données recueillies à partir des questionnaires complétés mais aussi des entretiens menés. Il s'agit donc de mettre en exergue des spécificités et des éléments fins de compréhension des mouvements à l'œuvre dans l'accès aux soins des enfants accueillis, grâce aux trois dimensions investiguées dans cette recherche : l'analyse des relations interinstitutionnelles, des pratiques professionnelles et du sens du soin donné par les enfants et les parents.

1 L'ANALYSE DES RELATIONS INTERINSTITUTIONNELLES AUTOUR DU SOIN DES ENFANTS PROTEGES

Cette dimension vise à comprendre le fonctionnement institutionnel et l'existence de partenariat avec les services de santé notamment. Il s'agit de repérer dans quelle mesure l'accès aux soins et le suivi de la santé de l'enfant accueilli fait l'objet de protocole et d'organisations établies.

1.1. LES DIFFERENTES POLITIQUES D'AFFILIATION

Une des grandes questions de cette étude portait sur les différentes politiques d'affiliation des enfants protégés observables et des éventuelles difficultés d'affiliation à une couverture maladie des enfants placés.

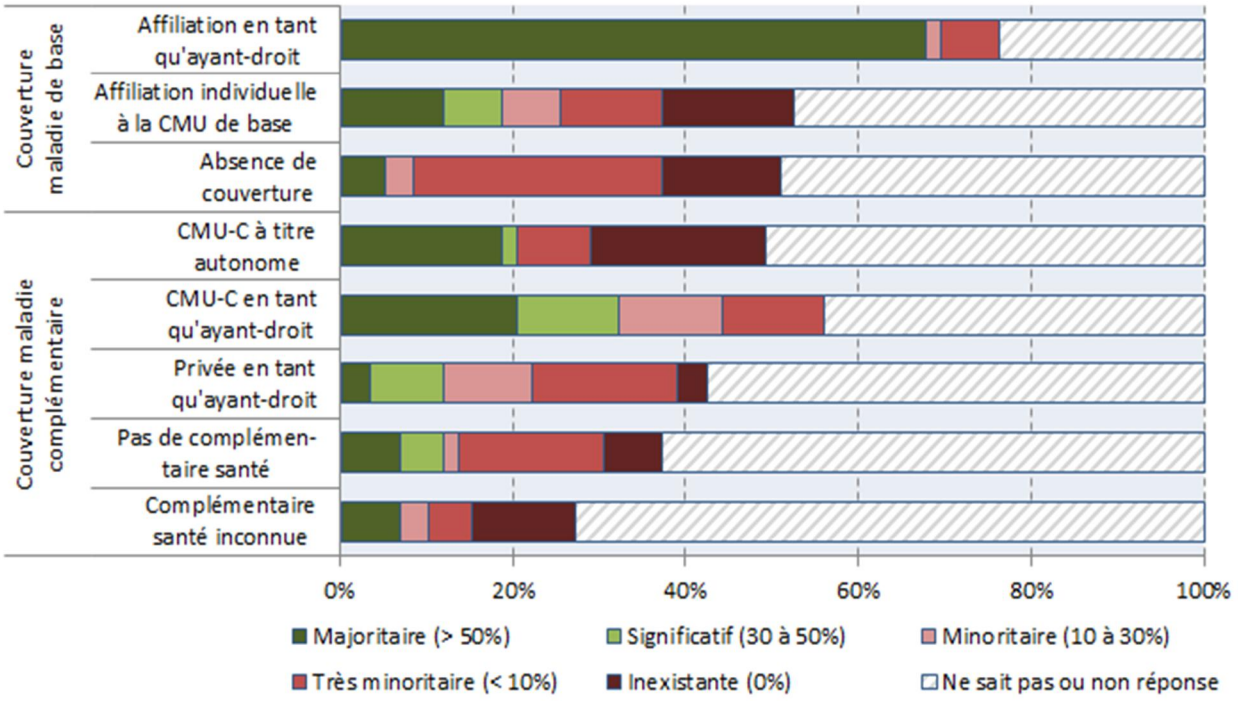
À travers les discours des différents acteurs, il n'y a que peu de problèmes d'affiliation des enfants placés. Les procédures ont été simplifiées par les CPAM, et les difficultés restent à la marge. Les éventuelles questions portent davantage sur les renouvellements d'affiliation et, surtout, les sorties de placement. C'est à ce moment-là que, faute de communication stabilisée entre institutions gardiennes et CPAM, la trace des enfants et jeunes peut être perdue. Ce flou sur le devenir des enfants à ces moments clés de renouvellement de leur couverture sociale traduit un problème plus profond entre les institutions gardiennes et les CPAM autour du statut de ces enfants. En effet, au regard des différentes données à notre disposition, nous observons que les CPAM sont tentées de considérer les enfants comme des individus dotés de droits propres, et ce pour des raisons de simplicité, de clarté et de continuité de la couverture

santé. Ce, alors que les institutions gardiennes distinguent l'aspect administratif (une couverture individuelle qui simplifie les procédures) de la gestion du parcours de l'enfant (un enfant accueilli qui doit à échéance retourner dans sa famille et qui reste donc rattaché à sa famille).

1.1.1. La couverture santé des enfants à leur arrivée dans le dispositif de protection

Lors de leur arrivée sur le lieu de placement, deux-tiers des services ASE répondants (cf. figure 1) estiment que les enfants sont majoritairement affiliés en tant qu'ayant-droit sur la couverture santé de leur parent, en ce qui concerne leur couverture maladie de base (68 % déclarent que cette situation est « majoritaire »). Ils sont tout de même quelques-uns à trouver que la majorité des mineurs n'a pas de couverture maladie de base (5 %).

Fig.1 : Couverture santé des mineurs placés à l'ASE lors de leur arrivée



Source : Questionnaire EFIS auprès des services ASE

Lecture du graphique :

Pour chacune des trois modalités de réponse relatives à la couverture maladie de base (affiliation en tant qu'ayant-droit / affiliation individuelle à la CMU de base / absence de couverture), les répondants des services ASE devaient se prononcer sur la part d'enfants concernés. Même chose pour les cinq modalités de réponse relatives à la couverture maladie complémentaire.

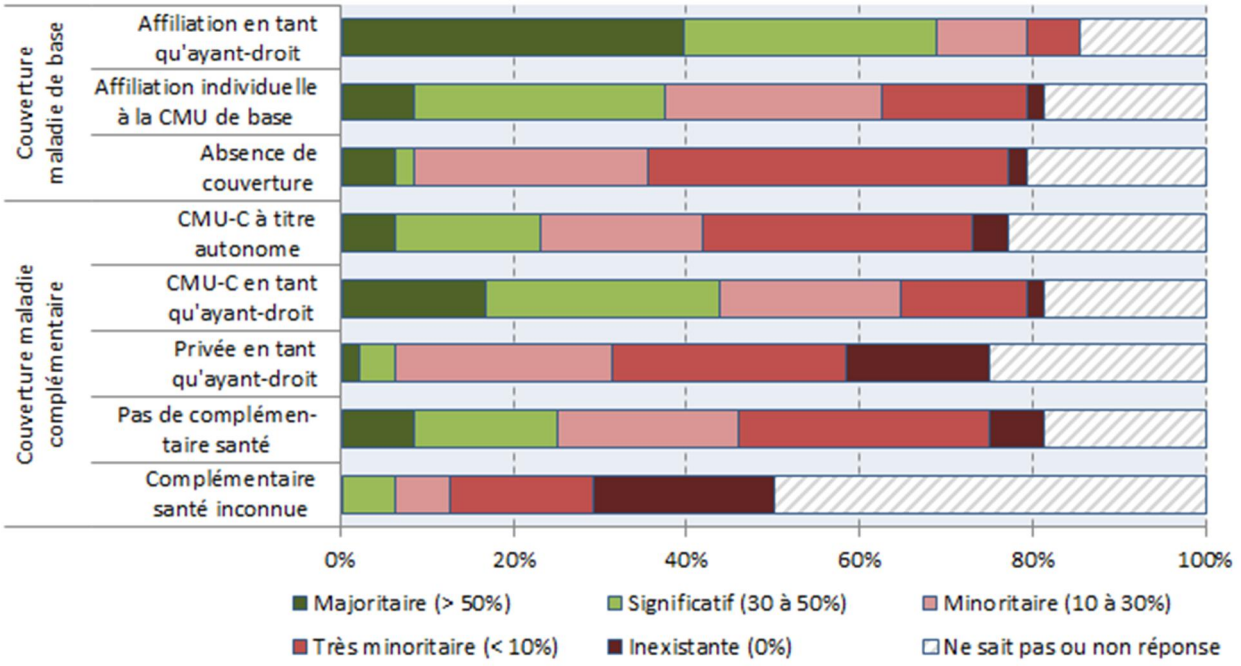
La première ligne signifie que 68 % des répondants considèrent que, lors de leur arrivée au sein des dispositifs d'hébergement, au moins la moitié des enfants est affilié en tant qu'ayant-droit sur la couverture santé de leur(s) parent(s) (vert foncé). Cette situation est jugée minoritaire par 2 % des répondants (10 à 30 % des enfants concernés ; rose clair) et très minoritaire par 7 % (moins de 10 % des enfants seraient ayants-droit ; rose foncé). Par ailleurs, 23 % ne savent pas quelle est la situation des enfants.

Au niveau de la PJJ (cf. figure 2), la situation la plus courante est également une affiliation en tant qu'ayant-droit, mais la part des mineurs ayant une affiliation individuelle à la CMU de base semble tout de même conséquente : situation jugée majoritaire ou significative par 38 % des directions territoriales. Une absence de couverture maladie de base est également relevée sur quelques territoires.

Concernant une éventuelle couverture maladie complémentaire, les situations les plus fréquentes sont les CMU-C en tant qu'ayant-droit, suivies par les CMU-C à titre autonome. Pour la PJJ, il y a également une part importante de mineurs n'ayant pas de complémentaire santé et les complémentaires santé privées sont assez rares.

Les situations d'absence de couverture santé touchent principalement des mineurs issus de populations précaires (modalité citée par 81 % des DTPJJ et 46 % des services ASE), bien que les mineurs étrangers résidant avec leur famille et dont la situation n'est pas régularisée soient également une population à risque (modalité citée par 44 % des DTPJJ et 29 % des services ASE). Par ailleurs, pour la PJJ, l'absence de couverture santé touche également les mineurs isolés, qu'ils soient étrangers ou non, ainsi que les mineurs ayant eu une succession de placements avec une perte des informations sanitaires. Les services de l'ASE mettent davantage l'accent sur une méconnaissance des droits pour certaines populations, notamment les plus précaires.

Fig.2 : Couverture santé des mineurs placés à la PJJ lors de leur arrivée



Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

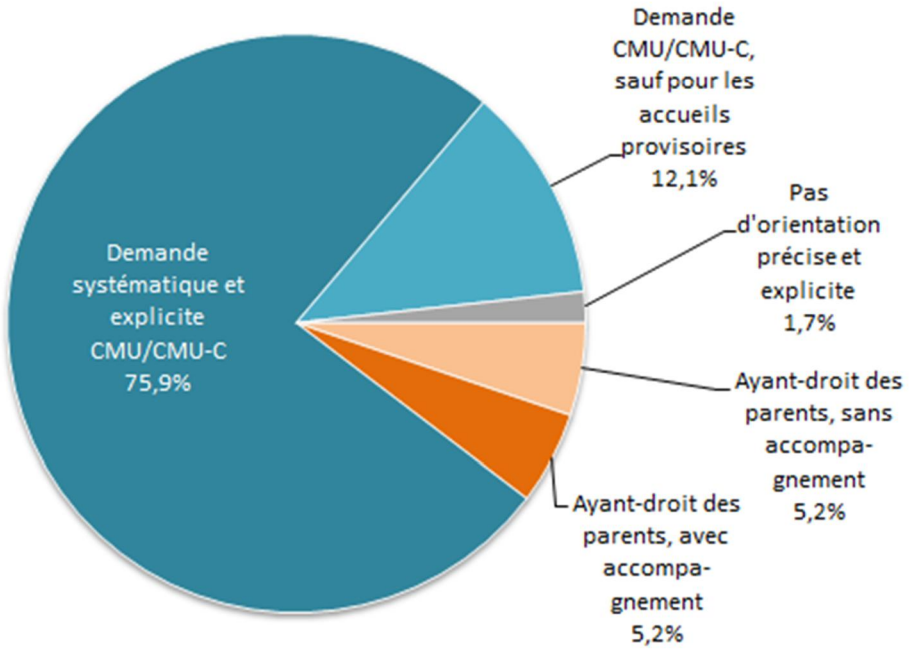
1.1.2. Politique d'affiliation santé des mineurs pris en charge

La moitié des unités éducatives d'hébergement (UEH) de la PJJ privilégie la couverture des mineurs en tant qu'ayants droit sur la couverture santé de leurs parents et l'autre moitié privilégie une démarche systématique et explicite d'affiliation des mineurs à la CMU/CMU-C. Au sein des DTPJJ où il y a un nombre suffisant d'unités d'hébergement, on n'observe pas de politique territoriale uniforme.

Du côté des services de l'Aide Sociale à l'Enfance, la situation semble plus tranchée (cf. figure 3), puisque les trois-quarts des services ont une politique d'affiliation des enfants à la CMU/CMU-C, systématique et explicite. Par ailleurs, 12 % des services ont précisé demander la CMU/CMU-C pour tous les enfants, exceptés ceux en accueil provisoire qui restent ayants droit de leurs parents. Au total, ce sont donc 8 services ASE sur 9 qui privilégient une affiliation à la CMU (88 %). Dans les autres cas, les mineurs peuvent ou non bénéficier d'un accompagnement particulier pour obtenir leur carte vitale personnelle, tout en restant ayants droit sur la couverture santé de leurs parents (statut d'ayant droit autonome).

L'attitude plus « nuancée » des services de la PJJ peut s'expliquer principalement par les temps beaucoup plus courts de prise en charge des jeunes au sein de cette institution. Temps de prise en charge plus courts qui justifient moins une affiliation en tant qu'ayant droits du jeune et appelle plus à un travail et une mobilisation des parents.

Fig.3 : Politique d'affiliation des mineurs à la couverture santé au moment de leur placement ASE



Source : Questionnaire EFIS auprès des services

1.1.3. Des procédures d'affiliation simples et simplifiées par la CPAM

Les différents interlocuteurs des CPAM interrogés par entretien dans le cadre de cette recherche sont unanimes à ce sujet : il n'y a pas de souci d'affiliation des enfants placés à une CMU individuelle tant les procédures à leur sujet sont simplifiées et légères. Les CPAM demandent les éléments minimums d'identification et de justification de la situation administrative de l'enfant :

« Vous traitez ces dossiers suivant une procédure allégée ?

C'est forcément allégé comme ce sont des mineurs au niveau des ressources. ça se résume à l'identité, le jugement, c'est plus allégé que d'autres dossiers.

Et il y a quand même un manque de pièces parfois ?

Il y a eu un moment d'hésitation sur les jugements de placement, nous on a demandé au moins la page où apparaît le jugement et la durée. Après ils jouent le jeu ils suivent, c'est relativement bien suivi, dans les envois c'est cohérent et complet. (cadre CPAM) »

Dans certains cas, les CPAM ne demandent même pas de copie ou de documents relatifs au jugement ou à la décision justifiant le placement et se contentent des éléments envoyés par les services du conseil départemental :

« Donc vous avez bien une procédure simplifiée pour les dossiers des enfants placés ?

Oui c'est un courrier du CG qui nous indique que tel enfant né telle année est placé à partir de telle date et voilà et l'enfant est couvert à partir d'un an et pour le prolongement ils nous indiquent l'immatriculation et on prolonge. Ils ne nous envoient aucun arrêté de jugement, c'est un courrier qu'ils ont formalisé qui nous indique la date du placement et l'adresse du secteur. Le seul cas où on pourrait être amené à avoir cette pièce c'est quand ils sortent. » (Cadre CPAM)

Parfois, la communication peut même être dématérialisée et simplifiée par la désignation d'un référent pour l'ASE au sein de la CPAM. Un professionnel plus familier des contraintes et des situations de l'institution gardienne et plus apte à gérer avec elle ces questions d'affiliation :

« Comment avez-vous connaissance du placement ?

On reçoit les demandes d'affiliation qui nous viennent de l'ASE par mail on a un référent CMU au sein de la caisse primaire avec un numéro dédié, donc on a facilité l'entrée dans nos murs et la communication de personne à personne depuis au moins 4-5 ans. Ça c'est pour les enfants de l'ASE quand c'est des enfants de la PJJ on peut recevoir par mail ou courrier et c'est le même correspondant, la PJJ c'est bien moins que 3 ou 4 par an. » (Cadre CPAM)

Dans ce contexte général de simplification, les CPAM arrivent assez bien à gérer les relations non stabilisées avec les services des conseils départementaux ou de la PJJ.

Même si chaque unité ou professionnel fait parvenir par ses propres moyens les demandes (par rapport à un circuit centralisé), l'affiliation est assez rapidement faite :

« Du côté du CG il n'y a pas de standardisation de la démarche ?

Non ils gèrent chacun leur propre secteur, chaque antenne a ses pratiques. » (Cadre CPAM)

Autrement dit, les éventuelles difficultés d'affiliation ne proviennent pas d'une mauvaise communication administrative, d'un manque de coordination entre institutions ou d'un manque de savoir-faire des professionnels des institutions gardiennes. Encore une fois, les CPAM semblent suffisamment attentives et diligentes envers un public (les enfants placés) considéré comme prioritaire pour accepter des dossiers extrêmement simplifiés et légers et réclamer rapidement les quelques éléments absolument nécessaires.

Quant aux relations avec les PJJ autour de l'affiliation des enfants placés, elles sont, malgré le contexte de simplification, un peu plus complexes. En effet, les services de la PJJ ne recourent pas ou moins à des procédures centralisées ou formalisées de demande d'affiliation. Ce qui peut générer une certaine perte d'information ou de temps :

« Avec la PJJ vous n'avez pas de convention ou de partenariats de ce type ?

Non on n'a rien en fin de compte, c'est pour ça j'ai demandé à nos services de prendre contact avec la personne qui était là à notre réunion [présentation de l'étude en octobre 2014] mais je pense qu'il faut qu'on s'améliore là-dessus. Parce qu'on peut être informé d'un enfant qui dépend de la PJJ mais quand il n'en dépend plus on ne sait pas. Rien n'est formalisé, on est incapables d'identifier des enfants qui dépendent de la PJJ. » (Cadre CPAM)

Globalement l'absence de convention ou de partenariat ne semble pas représenter un blocage massif dans le traitement des dossiers ni dans l'affiliation des enfants, mais participe à une opacité sur les démarches réellement réalisées et à une incertitude de chacun des professionnels face à des formalités non explicitées.

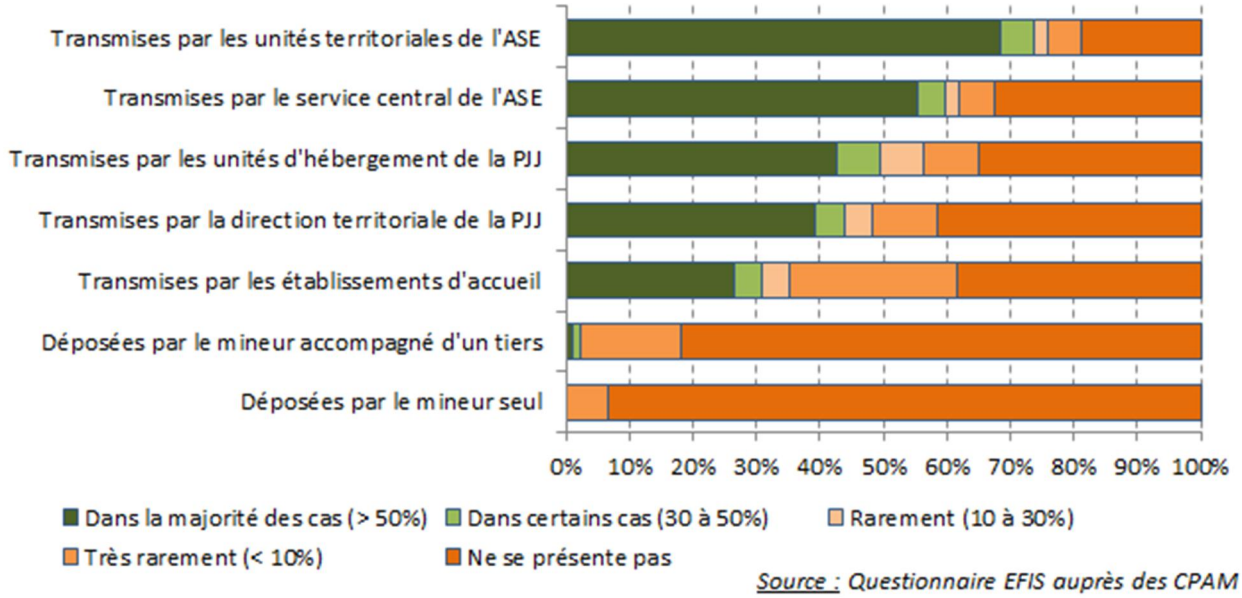
1.1.4. Organisation des demandes d'affiliation

Les demandes d'affiliation des enfants placés en protection de l'enfance sont le plus souvent adressées aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie par les services de l'ASE, majoritairement par les unités territoriales, mais également souvent par le service central. Il est plus rare que les demandes viennent directement des établissements accueillant les mineurs : un quart des CPAM juge cette situation majoritaire (cf. figure 4).

Au niveau de la PJJ, ce sont indifféremment les unités d'hébergement comme la direction territoriale qui transmettent les pièces des dossiers de demande d'affiliation

des mineurs placés à la CPAM. Dans tous les cas, que les enfants soient placés dans un établissement de l'ASE ou de la PJJ, ce ne sont quasiment jamais eux qui font les démarches de demande d'affiliation directement (cf. figure 4).

Fig.4 : Demandes d'affiliation à la CPAM des enfants placés en protection de l'enfance. Les pièces du dossier sont…



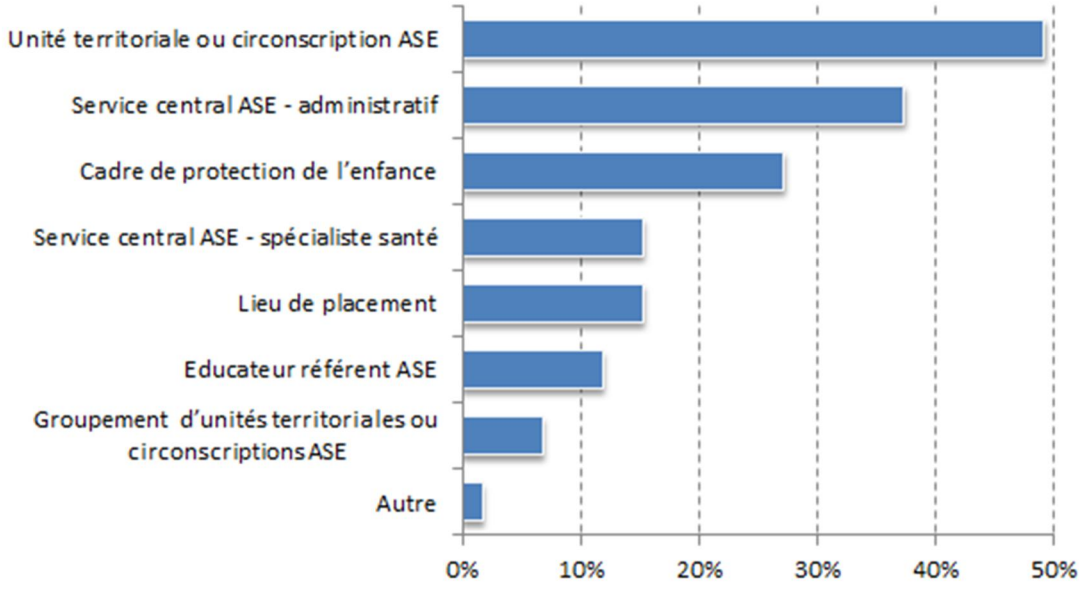
Source : Questionnaire EFIS auprès des CPAM

Au niveau des services d'Aide Sociale à l'Enfance, la centralisation des questions de couverture santé des enfants placés par un seul service / niveau n'est pas systématique. En effet, la question sur le lieu de traitement de ces questions a entrainé plusieurs réponses pour près de la moitié des Conseils Départementaux (cf. figure 5).

Majoritairement, c'est l'unité territoriale ou la circonscription ASE qui est en charge de ce traitement, soit seule (20 %), soit en binôme ou trinôme avec un ou plusieurs autres niveaux d'accompagnement (29 %). La seconde réponse la plus fréquente porte sur une personne de l'administration du service central ASE qui, là encore, peut-être la seule personne référente de cette question (15 %) ou non (22 %). Le recours à une personne spécialisée dans les questions de santé au niveau du service central est beaucoup moins fréquent (15 % au total).

D'autre part, les professionnels directement en lien avec les enfants, à savoir les lieux de placement ainsi que les éducateurs référents ASE sont rarement les personnes en charge des questions de santé des enfants placés (respectivement dans 15 et 12 % des départements). En outre, ils ne sont quasiment jamais les seuls référents de la couverture santé des enfants.

Fig.5 : Lieu de traitement des questions de couverture santé des enfants placés à l'ASE



Source : Questionnaire EFIS auprès des services ASE

1.1.5. L'affiliation des enfants placés révélatrice d'une conception de la protection de l'enfance

L'affiliation des enfants placés est loin de n'être qu'une décision technique (du type : il est plus simple de leur faire une couverture individuelle pour la gestion des soins et des remboursements). Les cadres sont bien conscients que les choix d'affiliation en tant qu'ayant droit ou en nom propre engagent une certaine conception de l'enfant et de son statut (individu indépendant ou rattaché à une famille). Aussi, traduisent-ils souvent dans leurs propos des positionnements de services complexés entre la place qui doit nécessairement être laissée aux parents (dans l'espoir de travailler avec eux et de les réinstaurer à leur place) et l'aspect pratique et parfois adapté à la démission parentale de l'affiliation des enfants en nom propre. A partir des éléments recueillis, la tension entre ces deux tentations semble suivre la frontière entre placements administratifs et judiciaires au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance, lorsqu'il n'y a pas d'affiliation automatique inscrite dans une politique générale du département. Pour les placements administratifs la couverture santé reste celle des parents, pour les placements judiciaires, le service prend le relais avec une CMU personnelle pour l'enfant. En dehors des possibilités plus ou moins restreintes de collaboration avec les parents qu'entérine le statut du placement (judiciaire ou administratif), jouent probablement dans ce cas les durées différentes de ces deux types de mesures.

« L'ouverture de droits administratifs est gérée par le secrétariat de l'ASE qui est dans les mêmes locaux. La CMU individuelle est sollicitée pour l'enfant systématiquement

pour l'enfant en placement judiciaire pour le placement administratif l'enfant reste ayant droit de ses parents. » (Cadre ASE)

Mais ce partage entre placements judiciaires et administratifs, même s'il est présent, n'est pas systématique. Parfois les arrangements sont plus fins mais aussi plus instables. Ils reposent sur une lecture de la situation et des capacités des différents parents afin de ménager tant des économies pour le service en recourant à la couverture santé des parents, qu'une place pour ces derniers en les laissant en charge du soin pour leurs enfants :

« Pour les enfants en judiciaire ils sont systématiquement immatriculés à la CMU, pour les enfants en administratif ça dépend. Là pour une petite fille en séquentiel, son père a une super bonne couverture santé on va la laisser dessus. Pour des accueils temps plein avec des problèmes financiers on immatricule. On fait au cas par cas. » (Cadre ASE)

Dans cet autre département, le service tend à compter sur la couverture santé des parents tout en constatant l'ampleur des problèmes de remboursement pour les professionnels et le service que génère ce type d'affiliation :

« Bon c'est vrai que pour les enfants dans le cadre de mesure provisoire, on s'attache d'abord à ce que la couverture pour maladie soit en lien avec l'autorité parentale, on n'ouvre pas de CMU si les parents ont une couverture maladie pour leur enfant. Mais ensuite, ça génère d'autres problèmes : ça veut dire que la famille d'accueil avance, c'est le parent qui est remboursé, on n'a pas résolu le problème. Alors je ne sais pas si la sécu, c'est un problème d'articulation, si la famille d'accueil avance, c'est la famille d'origine qui est remboursée. Quand l'enfant est ayant droit sur son parent, dans ce cas-là on demande plutôt aux parents de conduire l'enfant chez l'ophtalmo, chez l'opticien, puisque lui a sa carte, lui faisant la démarche, c'est lui qui va faire l'avance de frais et qui va se faire rembourser. Dans le cadre de placements judiciaires, on ouvre une CMU, comme ça ça facilite les choses, mais c'est très long je crois à obtenir. » (Cadre ASE)

Certains services semblent réellement clivés au sujet de l'affiliation des enfants placés et donc de la conception de l'enfant accueilli. D'une part ils peuvent refuser de faire signer une autorisation de soin au nom du droit des parents à garder la main et le regard sur la question du soin des enfants et, d'autre part, ils affilient automatiquement les enfants placés. Les deux pratiques, avec des sens opposés, cohabitent alors :

« Pourquoi, c'est étonnant d'un côté vous ne faites pas signer d'autorisation parentale et d'un autre côté il y a une CMU ouverte automatiquement. Alors que certains parents peuvent tenir à avoir leurs enfants sur leur carte ?

C'est particulier mais c'est comme ça, mais ça a toujours existé. Quelquefois il y a certains parents qui voudraient continuer mais on n'est jamais revenu là-dessus. Depuis 20-30 ans dans le département on fait comme ça. C'est le département qui a la

carte vitale de l'enfant et on donne copie de la carte à l'enfant de manière à ce que les parents s'ils doivent faire des soins sur le week-end ils puissent. » (Cadre ASE)

Même si ce cadre stipule que le parent peut obtenir la carte de l'enfant pour ré-exercer son rôle d'accompagnateur aux soins, on voit bien que les pratiques du service sont contradictoires entre elles. Ce cas exemplaire traduit une tension plus généralement présente chez les interlocuteurs de l'ASE au sujet de la santé et du travail avec les parents des enfants placés.

Les éducateurs ont, en quelque sorte, une perception plus séparée de ces deux points : affiliation et collaboration avec les parents. D'un côté cette question de l'affiliation leur échappe et est gérée par des personnels administratifs, ce qui les soulage. D'un autre côté, ils sont engagés avec les parents et cherchent – au cas par cas – à les associer malgré des dispositions administratives qui peuvent les mettre à distance. Mais, concernant l'affiliation des enfants, les éducateurs référents n'ont pas à s'en occuper :

« C'est vous qui vous occupez d'ouvrir la CMU ?

Non, on travaille avec une correspondante de circonscription et qui gère tous le dossier administratif de l'enfant. C'est ces correspondantes qui font les demandes et qui centralisent tout comme ça il y a des demandes qui sont dans le dossier et qui sont accessibles et qu'elles font parvenir aux assistantes familiales.

Et il y a des délais auprès de la CPAM pour l'obtention d'une couverture personnelle ?

C'est long mais elles [les référentes de circonscription] ont des interlocuteurs en interne qui leur permettent de relancer. » (Éducateur ASE)

Aussi, les éducateurs restent à distance de ces questions d'affiliation, n'intervenant que dans les relations avec des caisses particulières (RSI : Régime Social des Indépendants, ou MSA : Mutualité Sociale Agricole) pour lesquelles les « circuits administratifs » mis en place au niveau du service ne fonctionnent pas :

« Normalement ça se fait automatiquement au niveau du secrétariat de l'inspecteur de l'ASE il y a un service spécialisé quand un enfant est admis qui se met en rapport avec la CPAM. Pour la majorité des enfants, ils sont immatriculés, ils ont un numéro ils ne bénéficient plus de la couverture de leur parents, neuf fois sur dix ça se gère par le service administratif et ça fonctionne. Après, il y a toujours des situations pour lesquelles il y a des loupés. Là où on est plus en difficulté c'est avec la MSA. Là ça va un petit peu mieux, avant c'était catastrophique. » (Éducateur ASE)

Même pour les professionnels les plus impliqués sur la question de la santé, cette prise en charge administrative de la couverture santé des enfants au niveau central (ou du site) est un soulagement.

« Sur les aspects administratifs, nous on a quelque chose de performant, la double référence, les éducateurs référents de l'enfant et en site des référents administratifs dévolus au suivi administratif de la famille. Des agents chargés dès l'arrivée de l'enfant de demander l'extrait d'acte de naissance pour demander l'ouverture des droits CMU et CMU-C, on reçoit l'attestation et elles tiennent des tableaux et elles vérifient cela tous les mois. Au niveau couverture ça fonctionne très bien. Moi je ne m'en occupe pas de ça. » (Éducateur ASE)

1.1.6. Les jeunes rencontrés ont une connaissance approximative de leur couverture maladie

Globalement les jeunes rencontrés ont déjà entendu parler de la CMU comme un moyen de pouvoir accéder aux soins.

« J'ai la CMU, depuis longtemps. C'est eux qui l'ont fait. » (Thomas[10], 16 ans)

« Vous avez une carte vitale ? Non. *Vous savez à quoi ça sert ?* Pour avoir des médicaments. *» (Iliès, 17 ans)*

« Vous êtes encore sous les papiers de votre mère ? Ouais. *La carte vitale à votre nom ?* Non, ma mère. *» (Gaëtan, 16 ans)*

Toutefois, peu d'entre eux ont des connaissances plus fines à propos de leur rattachement à la carte vitale en termes de statut : ayant droit sur la carte de leurs parents, ou carte vitale personnelle.

« Vous êtes encore sous la couverture de vos parents ou pas ? Je sais pas. *» (Damien, 14 ans)*

Pour d'autres, règne une vraie confusion, cette question faisant émerger la problématique de répartition des rôles entre les adultes.

« Vous savez ce que c'est une couverture médicale ? Non. *Vous pouvez avoir votre couverture médicale personnelle ou celle de vos parents.* Les deux. Ben je sais pas, ma mère quand j'ai besoin de quelque chose ma mère elle va au médecin. *» (Vanessa, 14 ans)*

« Avez-vous une carte vitale à votre nom ou celle de la mère ? Oui je crois que j'en ai une à moi, je ne suis pas sûr, mais je crois qu'on en a une dans le placard. Je crois. *» (Maxime, 10 ans)*

---

[10] Les prénoms et les noms mentionnés ont été modifiés par souci d'anonymat et de respect de la confidentialité.

Certains d'entre eux manient bien le vocabulaire et comprennent bien l'utilité administrative de la carte vitale.

« J'ai la CMU et la carte vitale. C'est le foyer qui a la carte vitale. J'y vais pas avec mon carnet de santé, c'est le foyer qui l'a. » (Olivier, 16 ans)

« Ca fait 2-3 ans que j'ai la CMU. Avant, le médecin me donnait la feuille de soin que je donnais à la famille d'accueil et qui se faisait rembourser. Maintenant c'est vraiment plus simple, je fais comme tout le monde. Quand on a la CMU, on peut aller partout et autant de fois qu'on veut, c'est pratique. Imaginons que je n'ai pas la CMU et que je dois payer, je n'aurais plus d'argent. » (Yaël, 16 ans)

« En fait la carte vitale, c'est une carte bleue pour moi et à l'hôpital, c'est une carte de fidélité. » (Yaël, 16 ans)

De façon plus isolée, une jeune nous livre son expérience d'accès aux soins avant et après avoir obtenu sa carte vitale et donc la CMU. Même si elle n'évoque pas le caractère spécifique de la CMU réservée à certaines personnes en situation difficile, elle se représente la carte vitale comme un signe de ressemblance avec les personnes dites « normales », soit non placées, en pouvant faire « comme tout le monde ». La carte vitale serait même un gage de liberté d'accès pour elle, une sorte de « pass », qui lèverait toutes les barrières auxquelles elle peut être confrontée par ailleurs.

Synthèse : Les politiques d'affiliation lors de l'arrivée de l'enfant

Lors de leur arrivée sur le lieu de placement, les enfants sont majoritairement affiliés en tant qu'ayants droit sur la couverture santé de leur parent, en ce qui concerne leur couverture maladie de base. La part des mineurs ayant une affiliation individuelle à la CMU de base semble plus conséquente chez les jeunes arrivant à la PJJ. Concernant une éventuelle couverture maladie complémentaire, les situations les plus fréquentes sont les CMU-C en tant qu'ayant droit, suivies par les CMU-C à titre autonome.

Les situations d'absence de couverture santé touchent principalement des mineurs issus de populations précaires (modalité citée par 81 % des DTPJJ et 46 % des services ASE), étrangères ou ayant eu une succession de placements avec une perte d'informations sanitaires.

Puis, lors de la mesure de placement, la moitié des unités éducatives d'hébergement (UEH) de la PJJ privilégie la couverture des mineurs en tant qu'ayants droit sur la couverture santé de leurs parents et l'autre moitié une démarche systématique et explicite d'affiliation des mineurs à la CMU/CMU-C. Quant aux services de l'ASE, 88 % privilégient une affiliation automatique à la CMU. Ces différentes proportions

entre les deux institutions de protection sont à analysées au regard de l'âge des mineurs concernés, dont la moyenne est beaucoup plus élevée à la PJJ qu'à l'ASE, et où la projection vers la majorité est donc plus grande, mais aussi au regard de la durée de placement, dont la moyenne est bien plus faible à la PJJ.

Les demandes d'affiliation sont adressées aux CPAM par un professionnel administratif des services de protection de l'enfance. Les professionnels directement en lien avec les enfants, à savoir les lieux de placement ainsi que les éducateurs référents sont rarement les personnes en charge des questions administratives de santé des enfants placés (respectivement dans 15 et 12 % des départements). Elles sont envoyées autant par les directions centrales que par les unités territoriales pour les unités de la PJJ, et majoritairement par les circonscriptions dans les services départementaux (dans 15 % des cas par une personne spécialisée au niveau du service central).

L'affiliation des enfants placés est loin de n'être qu'une décision technique et met à jour des positionnements de services complexés entre la place qui doit nécessairement être laissée aux parents (dans l'espoir de travailler avec eux et de les réinstaurer à leur place) et l'aspect pratique et parfois adapté à la démission parentale de l'affiliation des enfants en nom propre. Souvent, la tension entre ces deux tentations suit la frontière entre placements administratifs et judiciaires.

Globalement les jeunes rencontrés ont déjà entendu parler de la CMU comme un moyen de pouvoir accéder aux soins mais ne disposent pas d'informations plus précises sur leur statut notamment. De plus, ils évoquent des confusions dans la répartition des rôles entre leurs parents et les professionnels.

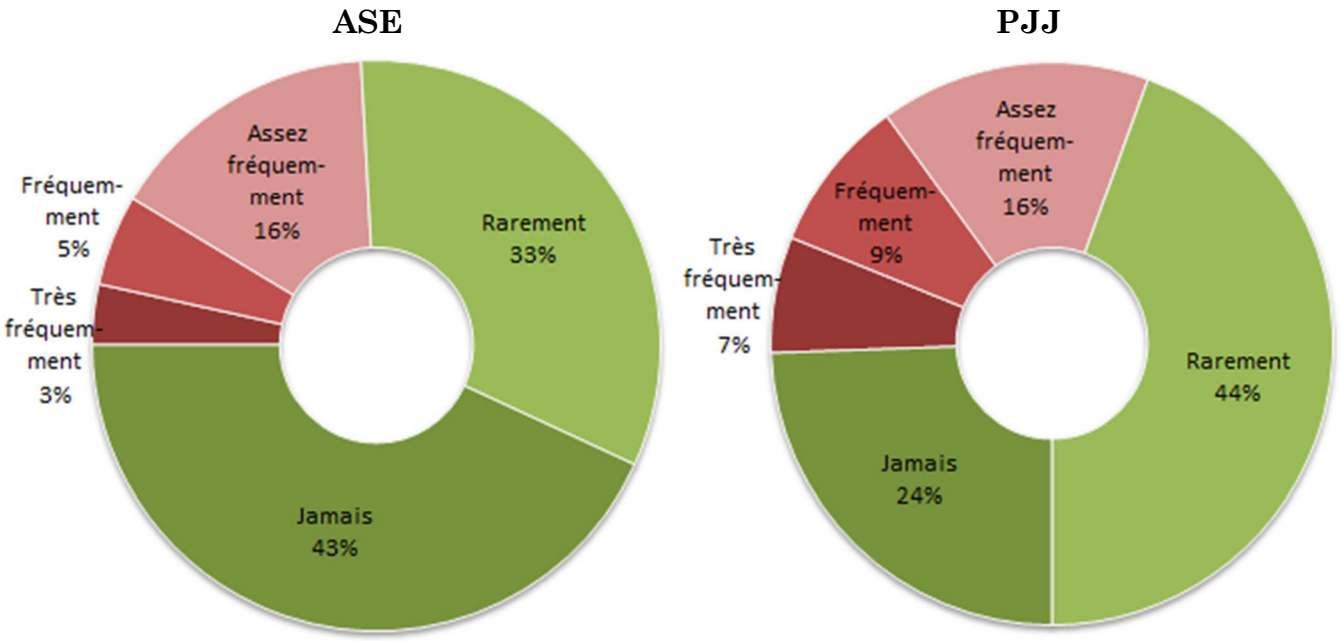
1.2. LES DIFFICULTES D'AFFILIATION ET DE COUVERTURE SANTE

Dans un contexte où la simplification des démarches administratives d'affiliation est présente sur l'ensemble du territoire, ne restent que quelques situations spécifiques d'enfants posant question par rapport aux documents à fournir. Toutefois, des moments clés de la prise en charge des enfants protégés sont repérés comme problématiques, dans le sens où l'enfant peut ne plus être couvert, il s'agit du renouvellement des mesures ou de la fin de placement, que ce soit pour un retour chez les parents ou dans le cadre de l'accès à la majorité.

1.2.1. Des difficultés gestionnaires et administratives rares

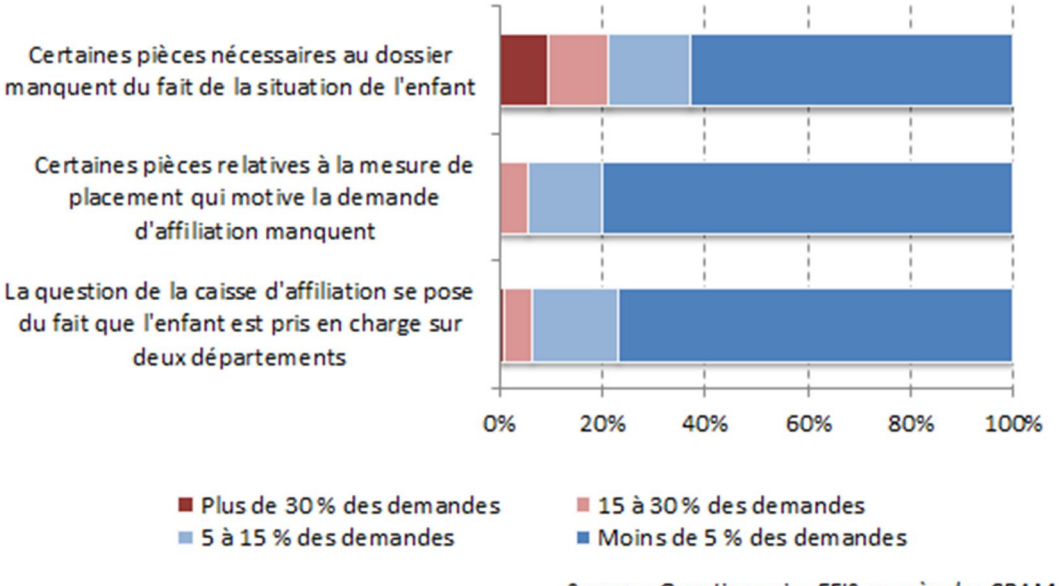
Pour les trois institutions impliquées dans la couverture santé des enfants placés en protection de l'enfance, les difficultés d'affiliation semblent finalement peu nombreuses notamment au regard de la simplification du dossier demandé par la CPAM (cf. figures 6 et 7). En effet, moins d'une institution en charge des mineurs sur quinze estime rencontrer « très fréquemment » des difficultés pour obtenir l'affiliation CMU de certains mineurs (7 % pour la PJJ et 3 % pour l'ASE). Au total, les trois-quarts des services ASE et plus des deux-tiers des directions territoriales PJJ n'ont « jamais » ou « rarement » de difficultés. De même, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie sont très peu à estimer rencontrer des problèmes spécifiques avec les demandes d'affiliation CMU des enfants placés.

Fig.6 : <u>Du point de vue de l'ASE et de la PJJ :</u> Fréquence des difficultés rencontrées pour obtenir l'affiliation CMU de certains mineurs



<u>Source :</u> Questionnaires EFIS auprès des services ASE et

Fig. 7 : <u>Du point de vue de la CPAM :</u> Problèmes spécifiques liés aux demandes d'affiliation CMU des enfants placés

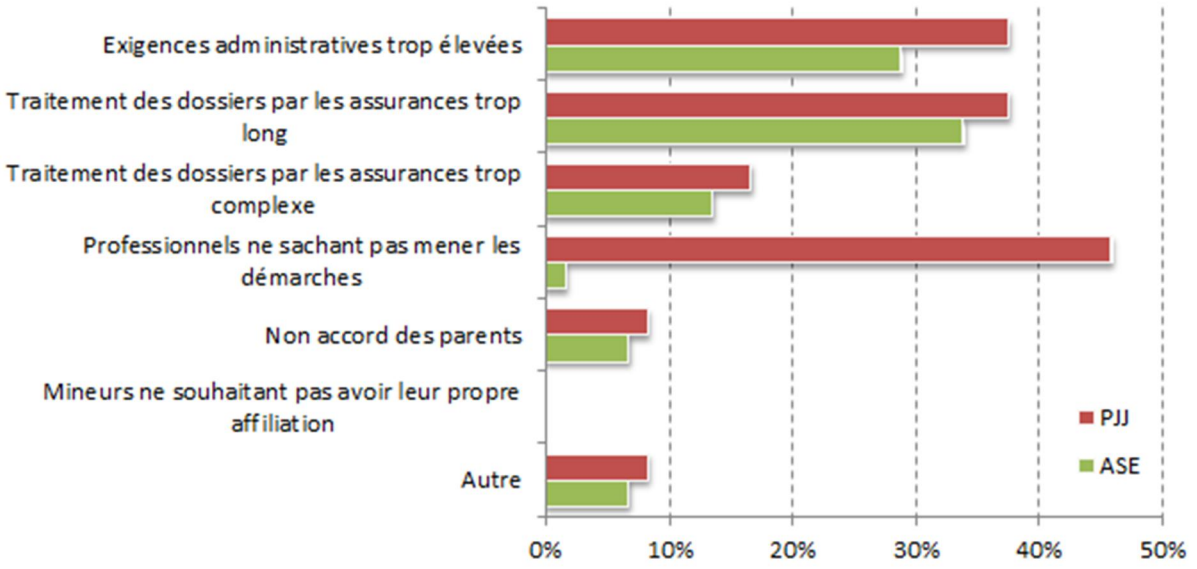


<u>Source :</u> Questionnaire EFIS auprès des CPAM

Pour les CPAM, les difficultés les plus prégnantes tiennent au fait que certaines pièces du dossier de demande d'affiliation CMU ne sont pas disponibles du fait même de la situation des enfants : nouveau-nés ou enfants nés à l'étranger n'ayant pas de papiers d'identité, par exemple (37 % citent cette modalité). Les directions territoriales de la PJJ et les services ASE avancent le même type de difficulté et sont respectivement 38 % et 29 % à déclarer que « les exigences administratives pour l'obtention d'une couverture CMU sont trop élevées pour certains enfants (difficulté ou impossibilité d'obtenir les papiers demandés) ».

Pour les services ASE et les directions territoriales de la PJJ (cf. figure 8), les autres difficultés tiennent quant à elles au fonctionnement même des caisses d'assurance maladie, notamment à la longueur du traitement des dossiers (38 % des PJJ et 34 % des ASE). La complexité des dossiers est une modalité beaucoup moins avancée (respectivement 17 % et 14 %). Par ailleurs, près de la moitié des directions territoriales de la PJJ déclare que les difficultés tiennent au fait que « les professionnels des différentes unités d'hébergement ne savent pas toujours mener les démarches d'affiliation » (46 %). C'est l'une des principales différences entre les deux institutions puisque cela ne concerne presqu'aucun professionnel de l'ASE (2 %).

Fig. 8 : Raisons des difficultés rencontrées par les services de protection de l'enfance (ASE et PJJ) pour l'affiliation CMU des enfants placés



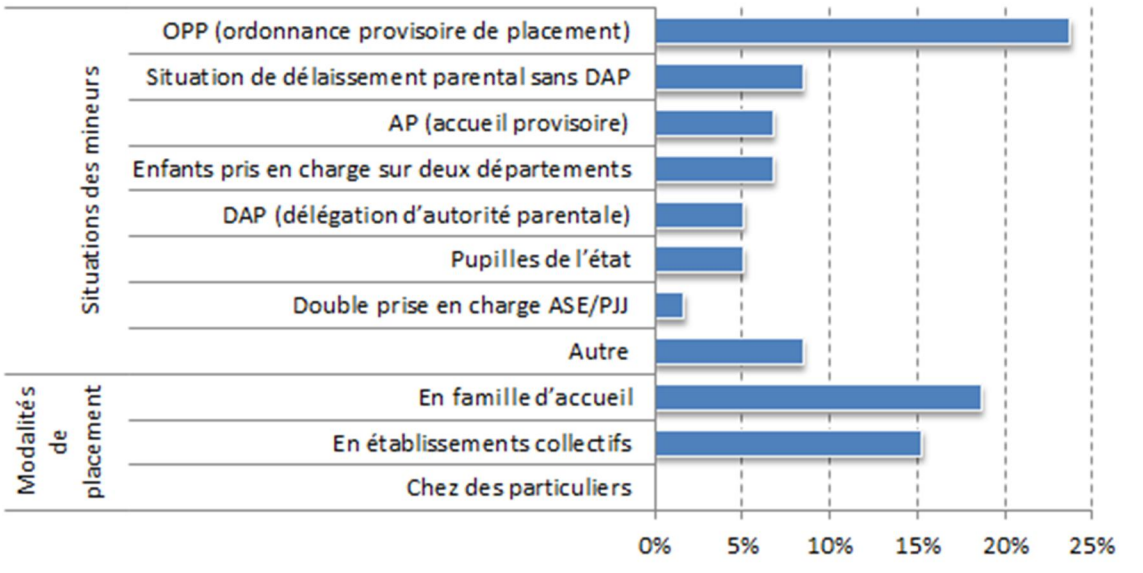
Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

Enfin, les difficultés d'affiliation ne sont jamais dues aux mineurs qui ne souhaiteraient pas avoir leur propre affiliation et très rarement aux parents qui ne donneraient pas leur accord (8 % des PJJ et 7 % des ASE). Les autres difficultés

avancées sont liées au manque d'interlocuteur désigné au sein des caisses d'assurance maladie, au changement éventuel de régime en cours de placement, à la différence de traitement entre les caisses et, pour les établissements de la PJJ, à être repérés comme un partenaire à part entière, par les services de tutelle pour les pupilles de l'État ou encore par les mairies qui refusent d'envoyer aux structures les extraits d'acte de naissance.

Du côté des services ASE, 46 % déclarent que certaines situations de placement sont davantage confrontées aux difficultés d'affiliation CMU et 31 % que ces difficultés concernent davantage certaines modalités de placement (cf. figure 9). Dans ce cas, aucune difficulté n'est soulevée pour les enfants pris en charge chez un particulier (tiers digne de confiance), tandis que 19 % rencontrent des difficultés avec les familles d'accueil et 15 % avec les établissements d'accueil. Par ailleurs, ce sont pour les enfants ayant une ordonnance provisoire de placement (OPP) que les demandes d'affiliation CMU sont les plus compliquées (24 % des services citent cette modalité).

Fig. 9 : Situations pour lesquelles les services ASE rencontrent des difficultés d'affiliation CMU

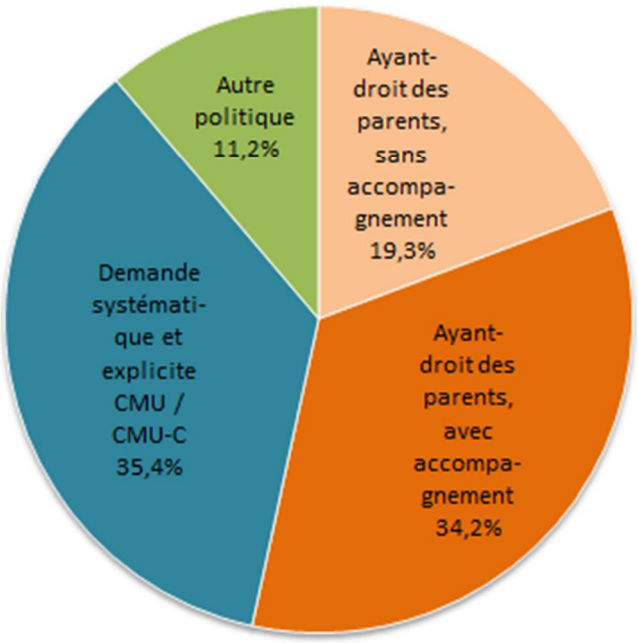


Source : Questionnaire EFIS auprès des services ASE

1.2.2. Préparation administrative du passage à la majorité du mineur protégé

Lorsque les mineurs atteignent l'âge de 16 ans, et en vue de leur autonomie, les unités d'hébergement de la PJJ peuvent proposer une politique d'accompagnement des mineurs dans leurs démarches personnelles vis-à-vis de leur couverture santé (cf. figure 10). Ainsi, plus du tiers des UEH privilégient la couverture des mineurs en tant qu'ayants droit sur la couverture santé de leurs parents, tout en leur proposant un accompagnement particulier pour obtenir leur carte vitale personnelle.

Fig.10 : Politique d'accompagnement, par les unités d'hébergement PJJ, des mineurs de plus de 16 ans dans leurs



Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

Elles ne sont que 19 % à suivre la même orientation sans toutefois proposer d'accompagnement spécifique. Précisons également que les « autres politiques » (11 %) consistent le plus souvent à adapter l'accompagnement proposé à la situation du mineur.

Par ailleurs, à l'approche de la majorité du jeune, les demandes systématiques et explicites d'affiliation à la CMU/CMU-C ne concernent plus que 35 % des unités d'hébergement, contre la moitié lors de l'admission des mineurs.

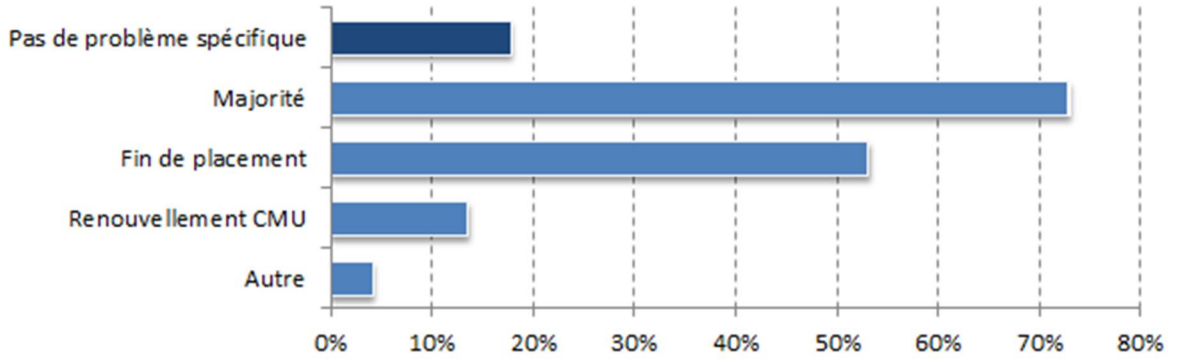
Des résultats complémentaires présentés dans un chapitre suivant mettent à jour la difficulté éducative de l'accompagnement du mineur à l'accès à sa majorité, notamment en termes d'autonomisation vis-à-vis des différentes démarches. Les jeunes rencontrés ont aussi évoqué cette problématique de l'accès à la majorité.

De plus, près des trois-quarts des CPAM disent rencontrer des difficultés lors d'une fin de placement liée à la majorité du jeune, certains pouvant alors se retrouver sans couverture médicale (73 %, cf. figure 11).

1.2.3. Un problème minoré soulevé par les CPAM : la fin de placement

Une rupture de la couverture médicale est également fréquente lors d'une fin de placement au cours de la minorité, où l'enfant retourne vivre chez ses tuteurs légaux (53 % des CPAM citent cette modalité, cf. figure 11).

Fig.11 : Problèmes spécifiques rencontrés par les CPAM dans la couverture santé des enfants placés (hors affiliation lors du placement)



Source : Questionnaire EFIS auprès des CPAM

Lors des entretiens menés avec les cadres de CPAM, la fin de placement est le grand problème dans la collaboration entre les services de l'ASE et les CPAM. C'est l'endroit où la différence de conception de l'enfant et du jeune placé se manifeste : individu indépendant ou membre d'une famille ? Pour les services de l'ASE, le jeune, une fois sorti de l'action institutionnelle, est un membre de sa famille et c'est à la famille de s'occuper de lui. Ce qui surprend les CPAM qui cherchent à suivre des individus et à leur garantir la continuité de leur couverture. Ces dernières, en l'absence de renouvellement de la couverture santé liée au placement, ne savent pas ce que deviennent les jeunes, ne connaissant ni leur éventuelle adresse personnelle, ni celle de leur famille :

« Et justement la question des sorties de placement, est-ce que les jeunes gardent une couverture en retournant chez leurs parents ou en devenant autonomes ?

Non le CG nous informe des sorties d'enfants après ils ne nous disent pas ce qu'ils deviennent après comme on n'a pas l'adresse de l'enfant on ne sait pas si il est dans la famille, dans une autre structure. » (Cadre CPAM)

« Donc aujourd'hui tout se passe bien ou il y a des problèmes sur certains points ?

Oui c'est plus souvent la sortie du service ASE qui pose souci, quand il n'y a plus de lien avec nous caisse primaire. Quand on n'a plus de nouvelles, qu'on interroge l'ASE, qu'elle nous dit il est sorti, on n'a plus de jugement. S'il est reparti il est à telle adresse telle famille. C'est plus sur la sortie et l'accès au droit de la personne qu'il pourrait y avoir du mieux à faire. » (Cadre CPAM)

Face à ce manque de coordination, les CPAM ne savent pas si elles doivent aller au-devant des ASE et s'enquérir des jeunes pour lesquels elles ne disposent plus d'informations.

« Mais dans ces cas où le jeune est sorti, vous appelez, l'ASE vous l'apprend et après ça se passe comment ?

Soit on écrit on fait la mise à jour du dossier, savoir s'il peut être pris en charge sur un numéro de sécu autre que le sien, ou écrire directement à la personne ou à la famille d'accueil ou aux parents. C'est quelque chose qui appartient à la caisse mais elle n'est pas obligée d'aller jusque-là. Ce serait plus logique que ce soit le service qui le lâche dans la nature de s'occuper de ça pour ne pas mettre en péril l'individu qui sort de l'ASE. On a l'impression qu'une fois que le placement est fini ça se coupe et c'est nous qui allons envoyer quelque chose à la famille ou à l'individu. On ne sait pas quel est le rôle de chacun. Qui est impacté. Est-ce que c'est à l'ASE est-ce que c'est le rôle de la CPAM on fait bien des offres de service mais on n'a pas le temps de courir après chacun. » (Cadre CPAM)

Même les CPAM qui font un travail d'interpellation du conseil départemental se retrouvent perplexes face à des réponses qui traduisent bien le fait que – pour l'ASE – l'enfant et sa couverture santé cessent d'être une question après la fin du placement.

« Oui c'est le service qui envoie le fichier à la personne qui est notre contact et il nous renvoie le dossier en disant oui non sorti… et on aimerait aller plus loin qu'ils nous disent s'ils sont sortis s'ils sont chez les parents qu'on puisse les remettre sur la couverture des parents on aimerait aller jusqu'au bout. Voilà moi c'est ce que je demande s'ils me disent ils sont sortis pour être sûr si je ferme les droits à B qu'ils sont ouverts ailleurs. » (Cadre CPAM)

A la fin du placement donc, l'enfant peut perdre la couverture santé individuelle que l'ASE lui avait obtenu sans pour autant récupérer une couverture santé auprès de ses parents. Soit parce que ces derniers ne s'occupent pas d'une telle ré-affiliation (qu'ils ne veuillent pas ou qu'ils ne sachent pas s'en occuper ce qui est assez probable dans nombre de situations de protection de l'enfance) ; soit parce que l'enfant devenu majeur ne sait pas ou ne peut pas s'occuper seul(e) du renouvellement de son affiliation. Le risque de carence de couverture santé est accru.

1.2.4. Les renouvellements des mesures de protection et le prolongement des droits

De façon tout à fait liée, la question des renouvellements de mesure de protection est aussi posée. En effet, elle dépend de la communication à la CPAM par le conseil départemental des informations sur la fin ou la continuation du placement. Et elle dépend donc du « réflexe » des professionnels de l'ASE de penser à renouveler la couverture santé avec la durée du placement. D'après les réponses aux questionnaires,

9 % des CPAM déclarent avoir des problèmes avec les démarches administratives en cas de renouvellement de l'affiliation CMU, liés notamment à la réactualisation des pièces (cf. figure 11).

Globalement ces renouvellements se passent assez bien à l'échelle de nos entretiens même si aucune procédure explicite ne les encadre :

« Ces questions ont toujours trait au renouvellement de la couverture santé parce qu'elle est annuelle. Mais là aussi on est sur une procédure allégée, on rentre dans nos bases les justificatifs de maintien de placement et là ça renouvelle. Pour nous il faut faire en sorte qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture, pour chaque enfant c'est une échéance. Ça se fait très bien. » (Cadre CPAM)

Même s'il peut y avoir des difficultés ponctuelles, la sécurité juridique apportée par les relations interinstitutionnelles (un enfant placé dépend d'une institution, aussi le fait de l'affilier – même en l'absence de pièces ou rétro-activement – ne pose pas de réels problèmes) fait que les renouvellements ne génèrent pas de temps sans couverture.

« Et pour les renouvellements, comment ça se passe ?

Alors il y a deux possibilités, il y a du suivi chez eux qui ne fonctionne pas toujours donc après il y a du questionnement en direct par mail ou téléphone sur des fins de droits, comme il n'y a pas une volumétrie très importante on leur donne les dates pour faire des renouvellements. Ça peut poser des problèmes chez eux en cas de changements de professionnels. Sinon ils sont autonomes, ils font le renouvellement.

Mais comment vous faites, vous repérez les enfants en fin de droits en faisant une requête sur les bases ?

Non je ne fais pas de suivi particulier ou de rappel à l'ordre et c'est eux quand ils s'en aperçoivent et qui demandent éventuellement un effet rétroactif. Et ça ne pose pas de souci pour faire un effet rétroactif là-dessus on s'adapte on est souple. » (Cadre CPAM)

Une seule caisse primaire d'assurance maladie, parmi les 5 interrogées, a mis en place une procédure pour aller au-devant du conseil départemental en interrogeant sa base de données pour connaître les dates de renouvellement de couverture des différents enfants placés.

1.2.5. La spécificité des enfants pris en charge par deux départements

Au-delà de la difficulté de parvenir à repérer l'ampleur des enfants concernés par une double territorialité à savoir un enfant confié dans un département autre que celui qui en est le garant, cette situation a plusieurs fois été repérée comme source de difficultés perçues, différemment selon les répondants.

En effet, les situations qui posent le plus de questions d'accès à une couverture maladie d'après les DTPJJ concernent très majoritairement les mineurs résidant dans un autre département que celui de leur lieu de placement. Cet élément est à

comprendre à la lumière de la spécificité des découpages territoriaux de la PJJ et de la CPAM ne recouvrant pas la même zone géographique. Un quart des CPAM est également confronté au fait que les enfants placés sont parfois pris en charge sur deux départements différents (département payeur et département gardien). La question de la caisse d'affiliation se pose alors (cf figure 7).

En ce qui concerne les services de l'ASE, la situation des enfants pris en charge sur deux départements ainsi que celle des enfants ayant une double prise en charge ASE/PJJ sont finalement peu citées comme situation posant spécifiquement des problèmes d'affiliation à la CMU (respectivement 7 % et 2 %, cf. figure 9).

Synthèse : Les difficultés d'affiliation et de couverture santé

Pour les trois institutions impliquées dans la couverture santé des enfants placés en protection de l'enfance, les difficultés d'affiliation sont peu nombreuses notamment au regard de la simplification du dossier demandé par la CPAM. Les difficultés les plus prégnantes sont relatives à la constitution du dossier et au nombre de pièces administratives exigées, parfois impossibles à recueillir dans les situations d'enfants nouveau-nés ou nés à l'étranger par exemple. D'après les services ASE, l'affiliation est moins aisée pour les enfants ayant une ordonnance provisoire de placement (OPP) (24 % des services citent cette modalité) et accueillis en famille d'accueil (19 % des répondant citent cette modalité).

Apparaît une période particulièrement soumise à un risque accru de rupture de la couverture médicale : la fin de placement, que ce soit au cours de la minorité, où l'enfant retourne vivre chez ses tuteurs légaux (53 % des CPAM citent cette modalité) ou lors de l'accès à la majorité. L'enfant peut perdre la couverture santé individuelle que l'ASE lui avait obtenu sans pour autant récupérer une couverture santé, faute de ré-affiliation. Lors des entretiens menés avec les cadres de CPAM, la fin de placement est le grand problème dans la collaboration entre les services de l'ASE et les CPAM. En effet, la CPAM ne dispose pas de coordonnées relatives à l'enfant ou au jeune majeur pour pouvoir l'inciter à réaliser les démarches. Ainsi, cette démarche peut ne pas être réalisée malgré l'incitation des services de protection pour prévenir de ce risque.

De façon plus réduite, les situations de renouvellement d'affiliation peuvent être compliquées notamment en lien avec la réactualisation des pièces pas toujours effectuée (9 % des CPAM rencontrent ce problème).

Enfin, les situations qui posent le plus de questions d'accès à une couverture maladie d'après les DTPJJ concernent très majoritairement les mineurs résidant dans un autre département que celui de leur lieu de placement (58 % des DTPJJ citent cette modalité).

1.3. CONVENTIONS ET PARTENARIATS

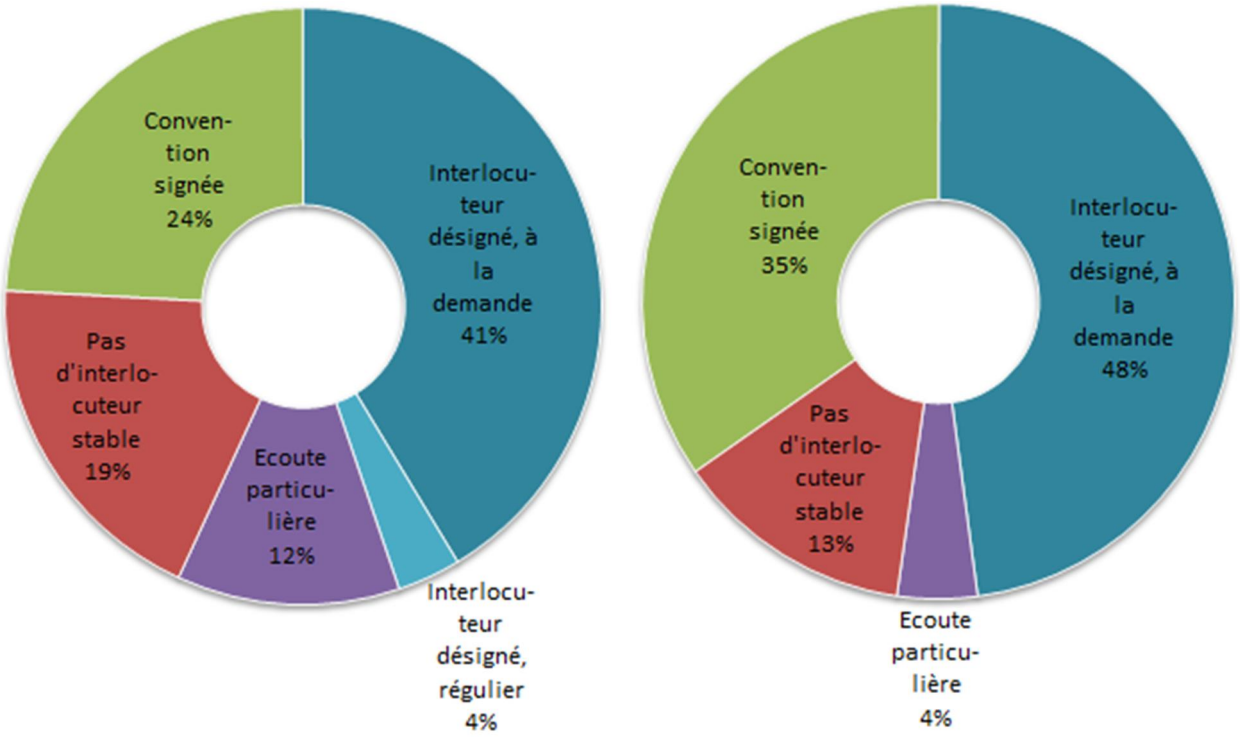
L'affiliation des enfants protégés vient mobiliser toute une politique partenariale notamment entre la CPAM et les deux principales institutions gardiennes : la PJJ et l'ASE. Quelles formes prennent ces partenariats ? Voici une des principales questions abordées dans le déroulé suivant. En effet, nous pouvons observer que le niveau de formalisation sous forme de convention ou de protocole est plus faible qu'estimé. Toutefois, la politique partenariale s'exprime également avec d'autres instances du soin, telles que la PMI, la pédopsychiatrie ou encore des réseaux locaux.

1.3.1. État des conventions et des partenariats établis, notamment sous forme de protocole

Le croisement des informations renseignées dans le questionnaire par les différentes institutions concernant les relations partenariales pose question car, sur un même territoire, il est fréquent que deux institutions donnent des réponses différentes. Cela interroge sur la connaissance par les acteurs des outils et relations mis en place sur leur propre territoire. Nous allons tout de même essayer de tirer un enseignement des réponses, celles-ci témoignant malgré tout de certaines spécificités institutionnelles.

Les directions territoriales de la PJJ sont plus nombreuses que les services ASE à déclarer qu'une convention est signée avec la CPAM (35 % contre 24 %) tandis que les services ASE se retrouvent plus souvent sans interlocuteur stable (19 % contre 13 % pour la PJJ, cf. figure 12). Dans un cas comme dans l'autre, la situation la plus fréquente consiste en la désignation, au sein de la CPAM, d'un interlocuteur qu'ils peuvent solliciter à la demande. Cette situation concerne près de la moitié des DTPJJ et deux cinquième des services ASE.

Fig.12 : Relations avec les caisses d'assurance maladie sur les questions de couverture santé



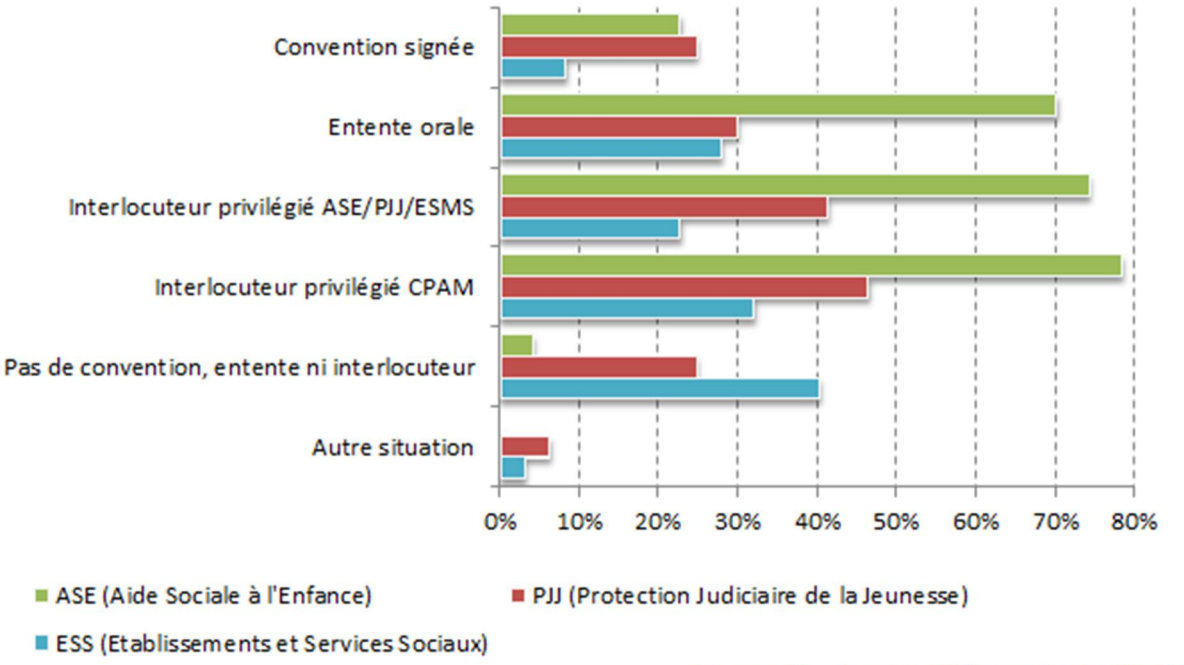
Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et

Cet interlocuteur privilégié au sein des Caisses Primaires d'Assurance Maladie est confirmé par les réponses des CPAM, puisque 46 % déclarent avoir mis en place ce système pour les DTPJJ, soit un niveau similaire (cf. figure 13). En revanche, 78 % des CPAM déclarent avoir un interlocuteur privilégié pour les services d'Aide Sociale à l'Enfance, soit beaucoup plus que ce qu'indiquent les professionnels des Conseils Départementaux. Notons également que des liens analogues avec les établissements et services associatifs ne concernent qu'un tiers des CPAM.

Par ailleurs, ces échanges se font dans les deux sens et, dès lors que l'une des institutions désigne un interlocuteur spécifique pour l'affiliation des enfants placés, l'institution partenaire a également une personne référente, que ce soit au sein de l'ASE, de la PJJ ou des établissements et services.

Du côté des relations entre la CPAM et l'ASE sur l'affiliation des enfants placés, environ un quart des territoires seraient dotés d'une convention signée entre les deux institutions. Cette proportion est similaire dans les réponses des professionnels de chaque institution. En revanche, seules 4 % des CPAM déclarent n'avoir ni convention, ni entente orale, ni interlocuteur privilégié avec les services de l'ASE alors que ces derniers sont 19 % à énoncer être dans ce cas.

Fig.13 : Relations des CPAM avec leurs partenaires



Source : Questionnaire EFIS auprès des CPAM

Précision sur le graphique : Totaux supérieurs à 100 %, chaque CPAM ayant la possibilité de donner plusieurs réponses pour chacune des institutions partenaires.

Du côté des relations entre la CPAM et la PJJ, les réponses des deux institutions présentent des écarts importants. Ainsi, seules 25 % des CPAM disent avoir signé une convention contre 35 % des DTPJJ. À l'inverse, 25 % des CPAM déclarent n'avoir aucune relation instituée avec les DTPJJ alors que celles-ci ne sont que 13 % à donner cette réponse.

Il est notable que les différences ne vont pas forcément dans le même sens selon les institutions. Les CPAM pensent davantage travailler en lien avec les services ASE que les professionnels de cette institution ne l'estiment. C'est l'inverse pour la PJJ où les professionnels des directions territoriales trouvent le rapprochement plus important que ne l'estiment les CPAM. Il s'agit très probablement d'une différence de perception des relations qui pose question quant à l'effectivité réelle de la mise en pratique.

Notons enfin que très peu de CPAM ont signé une convention directement avec des établissements ou services associatifs prenant en charge les enfants (8 %) et deux cinquièmes n'ont mis en place aucun protocole sur l'affiliation des enfants placés. Les autres fonctionnent pour moitié grâce à une entente orale et pour moitié via des interlocuteurs privilégiés.

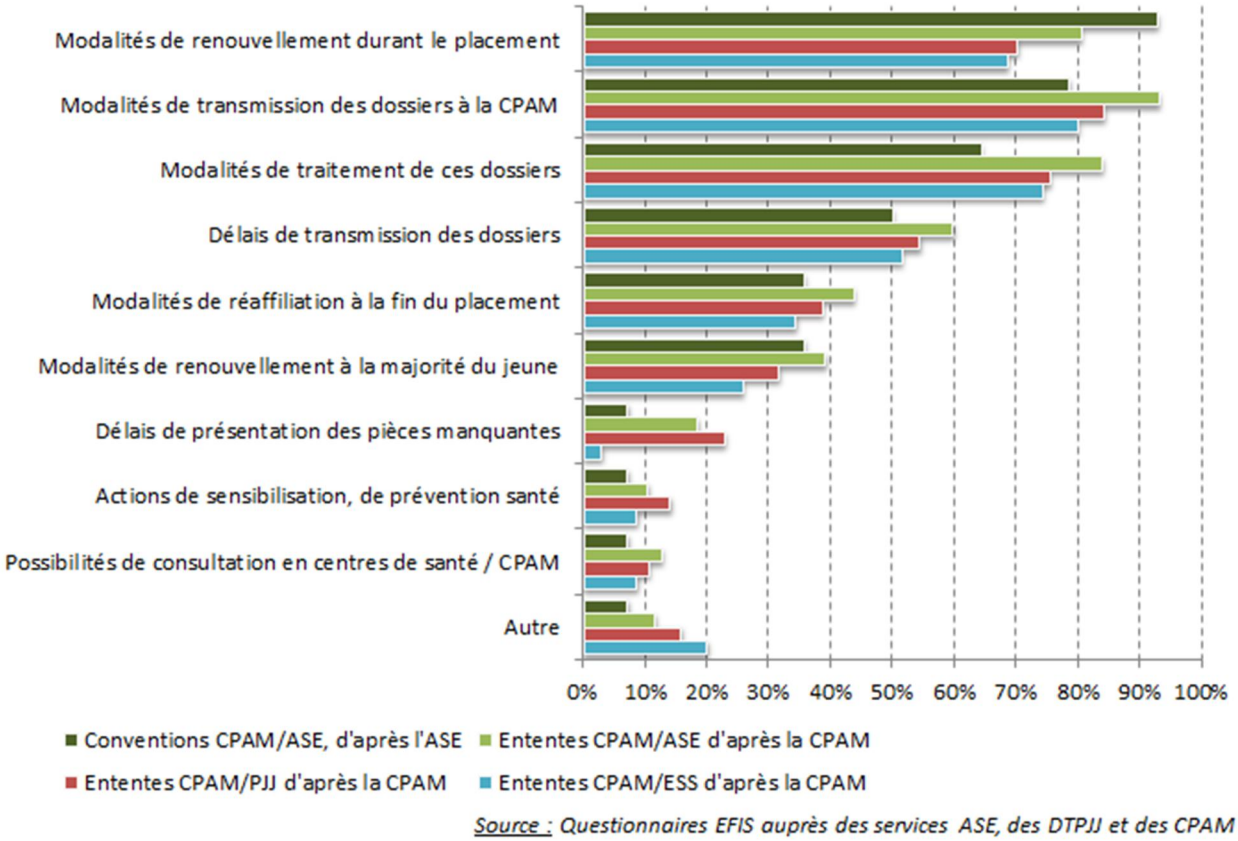
Quelle que soit l'institution, les conventions que les CPAM signent avec leurs partenaires portent sensiblement sur les mêmes points (cf. figure 14), à savoir prioritairement sur les modalités de :

- ✓ transmission des dossiers à la CPAM ;
- ✓ traitement de ces dossiers ;
- ✓ renouvellement durant le placement.

Les délais de transmission des dossiers apparaissent également dans environ la moitié des conventions. D'autre part, les questions de ré-affiliation à la fin d'un placement et de renouvellement lors de la majorité d'un jeune, point sensible dans les difficultés d'affiliation, sont mentionnées dans un tiers des conventions.

Précisons également que, lorsque les CPAM n'ont pas établi de convention avec leur(s) partenaire(s), c'est essentiellement en raison de l'absence de difficultés particulières, ainsi que, plus rarement, lorsque le nombre de dossiers sur le territoire est faible.

Fig.14 : Contenu des conventions ou ententes orales entre les CPAM et leurs partenaires



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE, des DTPJJ et des CPAM

1.3.2. À l'échelle des entretiens : des accords plus que des protocoles ou des partenariats

C'est peut-être ce contexte de grande simplicité qui explique que, à l'échelle des entretiens, il n'y ait pas de protocoles écrits ou d'accords formalisés entre les CPAM et les institutions gardiennes. Au mieux, on observe des rapprochements, des réunions, des visites réciproques qui permettent de clarifier les relations :

« Cela procède d'un accord avec l'ASE ou ça s'est mis en place progressivement ?

Je me suis rendu dans leurs locaux il y a quelques années mais ils ont toujours eu l'habitude de transmettre les dossiers avec la page de garde donc on sait d'où ça vient. Et il y a une réunion qui s'est faite il y a quelques années pour une connaissance réciproque. Elle a eu le mérite de stabiliser la relation, ça n'a pas apporté quelque chose de plus mais ça a assis, stabilisé les choses. » (Cadre CPAM)

« On n'a pas de conventions, on a des accords oraux qui ont été donnés : le fait de donner des noms de correspondant mais sans accords particuliers. Il n'y a pas de protocole particulier, tout ça est mis en place suite à des réunions de travail qui ont eu lieu ces dernières années. » (Cadre CPAM)

Toutefois, ces accords oraux, ces rapprochements n'empêchent pas que subsiste un certain flou entre institutions, potentiellement traduisant un problème de fond plus important. Les conseils départementaux ne recourant aux CPAM que pour les affiliations tout en ayant leurs propres logiques de fonctionnement qui empêchent des partenariats plus avancés et formalisés. De plus, l'établissement d'un tel partenariat nécessite la définition claire d'une politique globale quant à l'affiliation des enfants placés, or les possibilités législatives relatives à l'affiliation semblent mal connues par certains départements, optant alors pour une harmonisation ou une systématisation présentée comme imposée par la CPAM.

« Le CG me disait que c'était à cause des difficultés qu'ils identifiaient à avoir l'affiliation par la famille, qu'ils ne font pas l'affiliation, mais en réalité la législation leur laisse tout à fait la possibilité de demander la CMU de base d'office, ce n'est pas nous qui pouvons l'empêcher, puisque c'est eux qui peuvent juger de la situation familiale, et c'était l'idée. Donc je pense que l'on va passer une convention cette fois-ci, et on va vers l'idée qu'ils feront systématiquement une demande de CMU de base et complémentaire. Mais dans la convention nous rappellerons les autres possibilités, mais après c'est eux qui décident donc il n'y a aucun souci. » (Cadre CPAM)

Au final, sur les cinq départements interrogés, un seul conseil départemental fait montre d'une ambiguïté notable aux yeux de la CPAM. Dans les autres cas, la politique du conseil départemental en matière d'affiliation est claire même si les réseaux de communication peuvent être plus ou moins complexes et maîtrisables, notamment à travers l'identification et la stabilité des interlocuteurs.

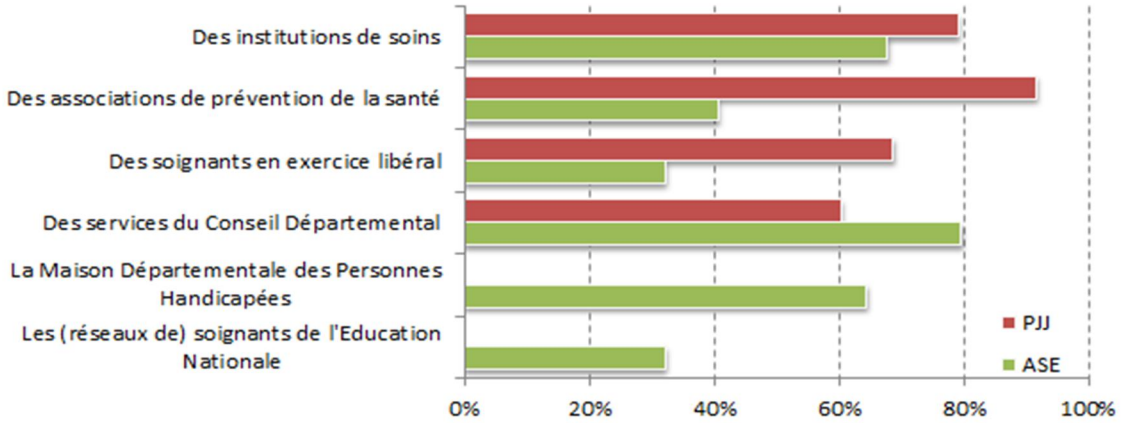
Les acteurs interrogés relèvent des difficultés à mobiliser des ressources autour de la santé. Difficultés liées à la pluralité des acteurs à mobiliser, à l'incertitude des relations nouées, au positionnement peu clair des institutions qui fait reposer les arrangements et les partenariats trouvés sur des personnes plus que sur des partenariats solidement établis. Cette référente santé énonce comment elle a trouvé des ressources auprès de la CPAM par des rencontres avec des personnes plus que par une démarche inter-institutionnelle claire.

1.3.3. Les accords avec d'autres services/institutions du champ de la santé

En dehors des relations interinstitutionnelles avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les DTPJJ et les services ASE peuvent également avoir mis en place des accords ou relations stables avec d'autres acteurs du champ sanitaire (cf. figure 15). Pour les DTPJJ, il s'agit indifféremment, et pour une part importante, de réseaux de soins ou associations de prévention, promotion de la santé (CSAPA, MDA, IREPS [11], etc.), d'institutions de soins (CMPP, services de pédopsychiatrie, psychiatrie, urgences hospitalières, services hospitaliers, etc.), de soignants en exercice libéral ou encore de services du ou des conseils départementaux du territoire (centre départemental de prévention, MDPH, etc.).

Les services ASE sont quant à eux massivement en lien avec les autres services du Conseil Départemental (MDPH, PMI, centre de santé, centre départemental de prévention, etc.), mais aussi avec des institutions de soins. Les relations sont plus rares avec les associations de prévention de la santé, les soignants en exercice libéral ou encore les soignants et réseaux de soignants de l'Éducation Nationale.

Fig.15 : Accords ou relations stables des DTPJJ et des services ASE avec…



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

[11] CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ; MDA : Maison des Adolescents, IREPS : Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé.

Dans certains départements, la pluralité des acteurs et leur positionnement pose problème. Certains sont sensés faciliter l'accès aux soins, d'autres valider des dossiers, d'autres encore mettre en rapport des acteurs, donner accès à des ressources mobiles…

« A la CPAM on a nos interlocuteurs, avec des permanences, des possibilités de rdv et de mails. La MDPH, c'est la foire d'empoigne, on a du mal à les joindre. Les listes fournies aux familles sont standardisées et on sait que trouver un IME c'est compliqué. On en est à monter les dossiers médicaux nous-mêmes, vous imaginez. La maison des adolescents, c'est avant tout une entité administrative c'est nébuleux pour nous. Plutôt, recherche, information, il n' y a pas de soins directs. Il y a Résado, réseau de partenaires autour des problématiques adolescentes. Il y a le réseau ressource qui nous a un peu déçu, ils se targuaient de pouvoir nous faciliter l'accès à certains soins, mais aussi des informations pour nos gamins, mais pour le moment c'est en stand-by. Dans Résado, il y a du psy. Mais il y a une antenne mobile de psychiatrie, qui intervient en maison d'arrêt, qui intervient à la PJJ, je ne sais pas trop comment elle fonctionne. » (Cadre PJJ)

1.3.4. Le partenariat entre l'ASE et la PMI

Lors des entretiens réalisés avec des cadres de services de l'ASE, le partenariat avec la PMI est présenté comme prometteur, qu'il soit plus ou moins abouti. Ces collaborations permettent un recueil d'information centralisé sur les questions de santé (retour des bilans de santé aux médecins de PMI) ainsi que l'exercice d'un regard médical plus averti sur les problématiques de santé des enfants placés :

« Non je dirai que la santé est bien prise en charge dans le cadre du service.

Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

Ben le fait que l'on travaille en lien avec les médecins de PMI et que si un enfant nous est confié et qu'on a connaissance qu'il a une pathologie grave il y a obligation que le médecin de PMI rencontre cet enfant et fasse le lien avec les médecins qui s'occupent de lui. Ça c'est pour les familles d'accueil, pour les établissements beaucoup sont dotés de services infirmiers et ces services infirmiers font le lien. » (Cadre ASE)

Dans ce département donc, les médecins de PMI sont positionnés pour faire le lien avec les soignants mobilisés par les familles d'accueil. De plus, le service incite ces dernières à faire appel aux médecins de PMI, ce qui leur permet d'avoir ensuite des retours sur les questions de santé :

« C'est pour les soins psychiques que ça peut poser question ?

Tout à fait, c'est plus facile de répondre à un enfant enrhumé, la santé physique est pas compliquée la santé psychique c'est plus compliqué. Il y a le médecin de PMI qui est là très souvent pour les enfants petits. Et on les incite à faire appel au médecin de PMI plutôt qu'à leur médecin, parce que le médecin de PMI va faire un retour au cadre. On

se voit régulièrement, s'il est inquiet il va faire une liaison. Un médecin traitant c'est très rare qu'il fasse une liaison, il voit avec la famille d'accueil. Pendant très longtemps le problème de la santé était celui de la famille d'accueil et depuis 4-5 ans ce bilan obligatoire et depuis qu'à chaque commission on interroge la santé on a un regard et on interroge. Je trouve que le projet individualisé a énormément changé le regard sur la santé des enfants confiés. » (Cadre ASE)

Le recours à la PMI permettrait une uniformisation de l'action (des médecins formés à certaines problématiques avec une approche assez cohérente) ainsi qu'une centralisation de l'information et un échange sur la santé avec les professionnels de protection de l'enfance. Parmi les cinq départements interrogés, de tels partenariats ne semblent réellement effectifs et consistants que sur deux d'entre eux.

1.3.5. Les difficultés de recourir à des ressources territorialisées pour la PJJ

Les acteurs de la PJJ connaissent une problématique spécifique en ce qui concerne l'accès à la santé des jeunes qu'ils suivent : le placement de ces derniers se fait indépendamment du cadre départemental propre à l'ASE et aux CPAM et leurs différents dispositifs. Aussi les acteurs de la PJJ peuvent avoir du mal à recourir à ces ressources territorialisées. Cela se traduit parfois par des difficultés d'affiliation :

« C'est assez régulier quand même parce que c'est des jeunes qui multiplient les placements donc évidemment la couverture elle suit le jeune plus ou moins et en fonction des endroits l'ouverture ou la fermeture n'a pas été demandée et on ne peut pas l'ouvrir, ou alors ce sont des jeunes qui arrivent de chez leurs parents et les parents sont eux-mêmes en fin de droits. Des jeunes pour lesquels l'affiliation n'a pas été demandée, des jeunes pour lesquels il nous manque des documents. Et ce qu'on arrive à faire avec certaines caisses c'est de nous simplifier la demande de documents mêmes si toutes les demandes ne sont pas remplies. » (Éducateur PJJ)

« Il faut dire que ça va très vite, le temps d'accueillir le mineur, le travail c'est très vite, en plus ça peut être des mineurs qui viennent d'autres départements, ça peut compliquer l'accès à la santé, demander un transfert de dossier d'un département à l'autre ça prend un temps fou. » (Éducateur PJJ)

Cela peut également se traduire par des difficultés de remboursement et donc d'accès à certains soignants :

« Avant il n'y avait aucun acteur repéré, les éducs allaient à la CPAM et se débrouillaient avec ça. Après quand on a des jeunes qui ne sont pas du département, on ne sait pas à quelle caisse ils sont affiliés et ils ont besoin de soin. C'est la galère, on a des acteurs de santé qui refusent, on se retrouve avec des feuilles de soin que l'on paie. Moi j'ai appelé la CPAM pour savoir ce qu'on peut faire, on peut se faire rembourser si on a le numéro sécu. C'est quand même très régulier qu'on ait des jeunes sans couverture ou des parents perdus avec ça, peu investis. » (Éducateur PJJ)

Même dans les cas où des interlocuteurs sont bien identifiés sur une CPAM, les cadres de santé doivent gérer les relations avec plusieurs caisses, les enfants accueillis dans des modes d'accueil de certains départements relevant parfois de la CPAM d'un département voisin parce que les lieux d'accueil dépendent administrativement d'un établissement situé dans ce département voisin.

« Avec la CPAM de B on a passé une convention avec l'hébergement pour avoir une affiliation rapide dès le premier jour de placement, on a un référent à la CPAM et un référent santé et moi-même sommes interlocuteurs sur cette question-là. On a une facilité d'affiliation pour… et là c'est un souhait que ce soit les mêmes référents pour ne pas multiplier les interlocuteurs, cette charge de travail elle revient à moi-même et au référent santé. Après pour les familles d'accueil j'avais été voir les CPAM de V mais les familles d'accueil dépendent de l'hébergement de B et donc je gère depuis B. » (Éducateur PJJ)

Cette non-concordance de l'action de la PJJ avec le cadre départemental se traduit également par des difficultés d'accès à certains dispositifs des CPAM, dispositifs territorialisés qui ne correspondent que partiellement à des jeunes mobiles sur différentes structures PJJ :

« C'est un peu compliqué parce que ça rentre dans un programme sur la précarité. Il y a une évaluation faite sur le degré de précarité, le problème c'est que le jeune devait adhérer et poursuivre les soins avec la CPAM, mais le problème c'est que nos jeunes sont amenés à bouger. Nous on est sur une unité d'hébergement, et on est en diversifié avec des jeunes dans des familles d'accueil sur un autre département donc on pouvait pas garantir que les jeunes allaient suivre les soins…. Ce n'était pas réalisable, au début la personne de la CPAM voulait nous orienter vers ce programme mais nous on pouvait pas pour toutes ces raisons. Non après il n'y a pas eu de résistances par rapport à ça. » (Éducateur PJJ)

Conjuguer la temporalité spécifique des mesures éducatives, les besoins de soin des jeunes et les contraintes administratives d'affiliation représente un réel défi, d'autant plus lorsque différentes institutions aux logiques éloignées sont amenées à collaborer, comme le démontre le constat d'un accès extrêmement difficile aux soins psychiques.

1.3.6. La difficile collaboration avec le soin psychique

C'est une constante au cours de cette étude auprès des différents acteurs : le soin psychique est omniprésent en termes de problématique médicale à la mesure qu'il est inaccessible en termes de consultations, de places. Les cadres ASE interrogés sont unanimes sur le sujet : la collaboration avec le soin psychique est difficile. Pour plusieurs raisons, tout d'abord un problème de place :

« Vous avez noté des difficultés d'accès aux soins sur le territoire pour les enfants placés ?

Sur certains territoires, sur les soins ça va mais sur les soins psychologiques il y a des parties de territoires de [nom de département] qui ont des difficultés d'accès aux soins. Pour tout ce qui est suivi psychologique et psychiatrique. » (Cadre ASE)

Au-delà de l'accès à une place, les difficultés peuvent porter plus sur les modalités de collaboration. On se retrouve alors dans des questions de préséance ou bien encore de « lutte de magistères ». La psychiatrie ou la pédo-psychiatrie tendant à imposer à l'ASE sa perception de la situation ou son rythme d'action :

« Nous avions aussi un médecin qui était très réactif, psychiatre qui se déplaçait, il allait à la rencontre des jeunes et des familles, car il n'y a personne au niveau du conseil général ni du service. Quand il y a une synthèse avec le CMP, c'est nous qui allons au CMP, et on prend ce qu'on veut bien nous donner, ils sont dans leur tour dorée bien protégés, eux ils prennent beaucoup, mais il n'y a pas beaucoup de réciprocité. » (Cadre ASE)

Ces difficultés de collaboration peuvent alors s'inscrire dans l'histoire des institutions, les cadres découvrant à leur prise de poste un contexte relationnel lourd grevant sévèrement toute idée de collaboration :

« Les problèmes de relation avec la pédopsychiatrie ce n'est qu'une question de moyens ou il y a autre chose ?

Non je pense que c'est aussi une histoire de rapport de partenaires avec une certaine histoire qui fait que ça peut être compliqué. C'est ce que j'ai clairement senti à mon arrivée, il y a des passifs de part et d'autre et des incompréhensions sur les missions de chacun donc on essaie de faire des passerelles. Le schéma départemental de la protection de l'enfance a permis d'aller chercher des partenaires et de faire du dialogue mais les problèmes viennent aussi des moyens, il y a une liste d'attente pour les hospitalisations en pédo-psychiatrie et du coup ça fait cocotte-minute dans les familles d'accueil ou les lieux d'accueil. » (Cadre ASE)

Dans la collaboration avec le soin psychique, ce qui se joue également pour les services ASE, c'est la possibilité d'accueils spécialisés d'enfants. Et là aussi se pose tant des questions de disponibilité de places que d'articulation entre l'action thérapeutique et le placement en protection de l'enfance. Cette première cadre souligne ainsi la difficulté d'obtenir une place en ITEP tout en conservant le placement de l'enfant dans sa famille d'accueil :

« Oui on a des problèmes de relation avec la pédopsychiatrie, ce sont ces enfants qui relèvent de la psychiatrie, des problématiques complexes. L'ARS ferme des lits, même si on peut avoir par miracle une place en ITEP, c'est un accueil par la famille. On est convaincu que c'est mieux de maintenir les jeunes dans cette famille d'accueil-là qui est

souvent le seul endroit stable dans sa vie. On veut maintenir l'enfant dans cette famille d'accueil avec des outils avec l'ARS en termes de moyens pour être accompagnés. » (Cadre ASE)

Cette autre cadre pointe les réponses inadaptées du secteur du soin avec des places ne correspondant pas forcément aux problématiques des enfants :

« Hormis sur des questions (type sexualité), on est quand même plus sur de l'échange autour de situations, plus ou moins bien en fonction des endroits et des services on en a avec qui on travaille mieux que d'autres. Et sur le secteur de la pédopsy on n'a pas beaucoup d'interlocuteurs non plus. On a le CMP avec quelque médecins psychiatres, on a la clinique du T qui est moyennement bien. Le travail avec les IME les ITEP ce n'est pas toujours le top. Ça ne correspond pas toujours à la problématique du jeune, on a des orientations par défaut. Je pense à une gamine qui a été en ITEP, en IME… et puis bon voilà ils font… on n'a pas forcément les réponses qui correspondent… c'est pas toujours facile. » (Cadre ASE)

Les difficultés de collaboration avec le secteur du soin psychique sont également liées aux différences de « territoires d'intervention » avec l'ASE. Si on se réfère aux entretiens avec des éducateurs, les tensions sont également liées au fait que les soignants interviennent sur un certain territoire ou dans un certain rayon tandis que les enfants peuvent changer de lieux de placement. Cela contraint parfois les équipes éducatives ou les assistants familiaux à assurer de longs déplacements pour maintenir l'enfant auprès d'un soignant. Inversement, des places d'accueil spécialisées peuvent être inaccessibles parce qu'elles obligent à changer l'enfant de lieu d'accueil et, parfois, à l'enlever à un précieux port d'attache.

Au final, les difficultés de collaboration avec le soin psychique (bien plus prégnantes que les difficultés de collaboration avec le soin somatique) sont de trois ordres : confrontation de paradigmes (action éducative versus soin psychique), difficultés d'accès aux places et différences de territoire d'intervention.

1.3.7. Les bons exemples de réseau

Si les partenariats avec les MDPH et les maisons des adolescents ne sont pas aisés d'après les discours des acteurs interrogés, certains relèvent l'existence de réseaux locaux efficaces et pertinents, particulièrement autour du soin psychique :

« Il y a d'autres petits partenariats ?

Oui le réseau précarité santé mentale piloté par la FNARS avec la représentation d'un nombre assez important de partenaires où ils traitent de questions de précarité, de santé, de logement. On a aussi des groupes ressources sur le département animés par la PJJ et le CG, et qui regroupent un ensemble de partenaires de la protection de l'enfance, par territoire qui se réunissent une fois par mois ou tous les deux mois pour une connaissance des structures sur les territoires et examiner des cas concrets et de trouver

des prises en charges conjointes que chacun prenne en charge le jeune une partie du temps. On a six groupes ressources. Avec participation de la pédopsy, de l'Éducation Nationale des différentes structures médico-sociales. Ça fonctionne depuis 2002. Ça s'est généralisé depuis 4 ans. C'est une des fiches actions du schéma départemental enfance et famille. » (Cadre PJJ)

« Et je m'aperçois que ça fonctionne mieux depuis qu'il y a des plateformes en psychiatrie qui sont en expérimentation et il y a déjà des choses positives qui sont en train de se mettre en place. Ce sont des plateformes de coordination en psychiatrie et en santé mentale. C'est à l'initiative de l'ARS, elles impliquent toutes les institutions qui ont à voir avec la santé mentale. Ça va des ITEP aux services hospitaliers de psychiatrie ça regroupe toutes les institutions : celles qui en ont besoin et celles qui procurent les soins et ces plateformes existent sur toute la région. Et on s'y implique beaucoup et ça permet de mettre de l'huile dans les rouages. Là on voit bien l'amélioration quand mêmes des contacts possibles sur l'aire urbaine depuis que ces commissions sont en place. Ça facilite beaucoup de choses. » (Cadre PJJ)

Par contre, pour la santé somatique, les ressources locales prennent essentiellement la forme d'annuaires recensant les différents soignants et contacts autour des différentes questions de santé.

« Non je pense que ce soit physique ou psychique on a beaucoup évolué sur les partenaires qu'on met en place. Sur l'accès possible on a des annuaires santé qui sont bien remplis, des partenaires bien identifiés que ce soit les généralistes ou spécialistes on a des réseaux bien construits c'est repéré donc les éducateurs se mobilisent sur ces questions-là. On a facilité le travail des éducateurs en créant des réseaux bien identifiés et maintenant chaque éduc sait comment travailler avec les partenaires et hésite moins à prendre rendez-vous. Les éducateurs m'appellent sans souci s'il y a une question autour de la santé. » (Cadre PJJ)

« Il y avait une forte demande des professionnels qui se réunissaient régulièrement en commission santé par rapport à un annuaire santé à destination des professionnels. Il a été conçu en 2013 et testé auprès des pros de mon équipe. Puis il est passé au crible de la commission santé. Cet annuaire est mis à jour régulièrement notamment par rapport aux numéros. Puis on peut m'indiquer lorsqu'il y a un changement. Il y a aussi des documents spécifiques : fiche pour inscrire à la CMU et la CMU-C des jeunes de la PJJ. » (Cadre PJJ)

Ces exemples encourageants de mobilisation de ressources locales, notamment sous forme de réseaux et de plateformes visibles et organisés proviennent d'initiatives prises dans le cadre des Plans Régionaux de Santé. C'est dans le cadre de ces PRS que les acteurs de la protection de l'enfance peuvent être associés ou contactés concernant leur propre public. Quoique plus fragile en devant être actualisé régulièrement, un recueil d'informations et de coordonnées à propos des offres de soins existantes sous

forme d'annuaire constitue également une base précieuse et indispensable pour les professionnels du secteur.

Synthèse : Les partenariats interinstitutionnels

En ce qui concerne les partenariats formalisés à propos des modalités d'affiliation à une couverture sociale, les directions territoriales de la PJJ sont plus nombreuses que les services ASE à déclarer qu'une convention est signée avec la CPAM (35 % contre 24 %). Ces conventions traduisent des accords à propos de la transmission des dossiers à la CPAM, du traitement des dossiers, du renouvellement durant le placement, des délais de transmission et des questions de ré-affiliation.

Même en l'absence de convention établie, la politique du conseil départemental en matière d'affiliation est claire même si les réseaux de communication peuvent être plus ou moins complexes et maîtrisables, notamment à travers l'identification et la stabilité des interlocuteurs au sein de la CPAM (seuls 19 % des services ASE se retrouvent le plus souvent sans interlocuteur stable).

En ce qui concerne les partenariats en matière de prise en charge sanitaire (physique ou psychique), les DTPJJ mentionnent une part importante d'implication dans des réseaux de soins ou associations de prévention, promotion de la santé (CSAPA, MDA, IREPS, ADPAA, etc.), d'institutions de soins (CMPP, services de pédopsychiatrie, psychiatrie, urgences hospitalières, services hospitaliers, etc.), de soignants en exercice libéral ou encore de services du ou des conseils départementaux du territoire (centre départemental de prévention, MDPH, etc.). Les services de l'ASE font plus facilement appel aux instances départementales telles que la PMI dont le partenariat, plus ou moins abouti, est présenté comme prometteur pour un recueil d'information centralisé sur les questions de santé (retour des bilans de santé aux médecins de PMI) ainsi que l'exercice d'un regard médical plus averti sur les problématiques de santé des enfants placés.

C'est une constante au cours de cette étude auprès des différents acteurs : le soin psychique est omniprésent en termes de problématique médicale à la mesure qu'il est inaccessible en termes de consultations, de places et d'inadéquation avec les problématiques des enfants protégés. La collaboration avec le soin psychique est difficile.

1.4. LES OUTILS/SUPPORTS CONSTRUITS POUR ACCOMPAGNER LA SANTE DES MINEURS PROTEGES

Différents supports existent au niveau national pour recueillir les informations sur la santé du mineur accueilli. Toutefois, ces supports tels que le Projet Pour l'Enfant (PPE), le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) ou le Recueil Informations Santé (RIS) nécessitent du temps pour être complétés mais aussi un réel investissement pour qu'ils recouvrent un sens éducatif et non seulement administratif. Est mise à jour ici la conception de ces outils, non dévolus à la santé en premier lieu, comme une contrainte imposée ou comme un support d'accompagnement.

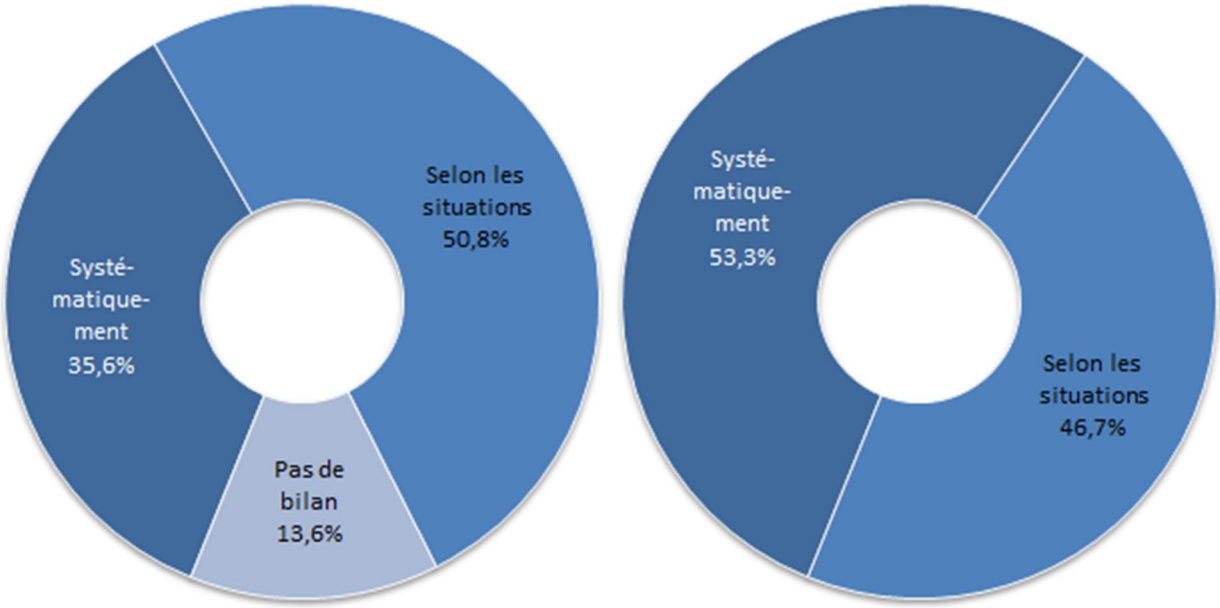
1.4.1. Réalisation des bilans de santé

Lorsqu'un mineur intègre un lieu de placement, l'institution peut lui proposer un bilan de santé (cf. figure 16). Ce bilan est systématique dans plus de la moitié des directions territoriales de la PJJ (53,3 %) et dans plus du tiers des services ASE départementaux (35,6 %). Ce contraste est à mettre en perspectives avec les spécificités des accueils à la PJJ, à savoir des mineurs plus âgés et des durées de placement plus courtes.

Par ailleurs, 8 services ASE ne réalisent aucun bilan de santé, soit 13,6 % des répondants. Les raisons avancées sont le plus souvent le manque de moyens, notamment le manque de médecins, voire une absence de portage politique. Quelques départements précisent cependant que, si aucun examen complet n'est proposé aux enfants, un suivi médical est tout de même mis en place pour les mineurs, en fonction de leurs besoins.

Dans les autres territoires, que ce soit dans les services ASE (50,8 %) ou dans les services PJJ (46,7 %), les bilans sont réalisés pour certaines situations seulement (cf. figure 16).

Fig.16 : Réalisation d'un bilan de santé des enfants lors de leur entrée dans le dispositif



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et

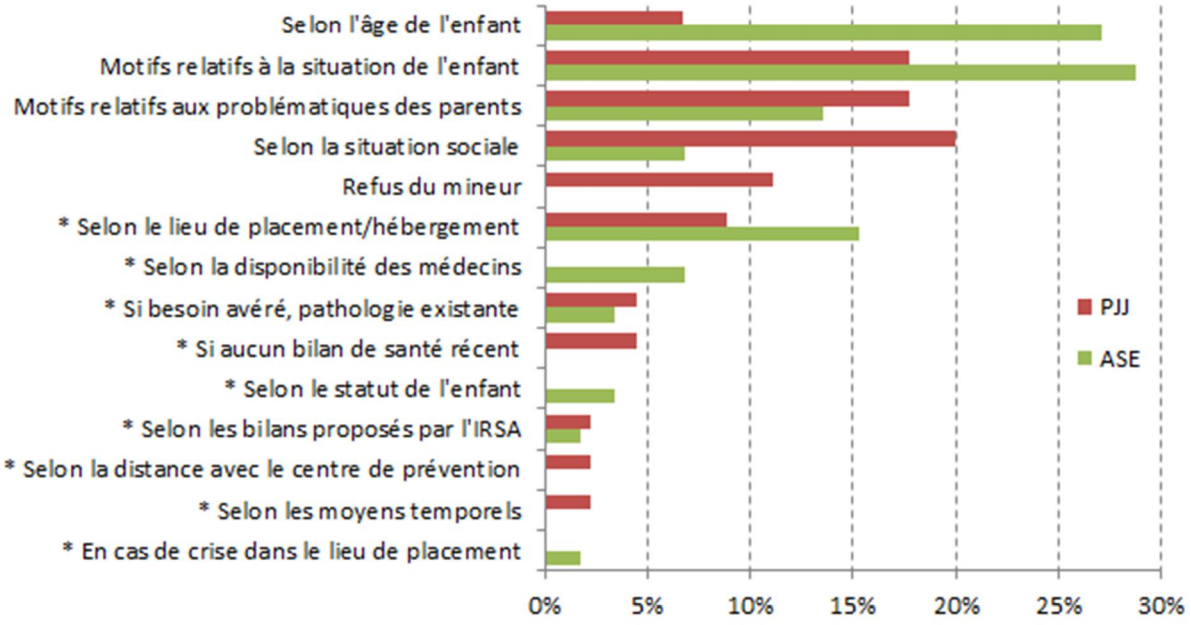
Concernant l'Aide Sociale à l'Enfance, ces situations particulières dépendent majoritairement de la situation des enfants, qu'il s'agisse des motifs de placement relatifs à leur situation (négligences, maltraitances, carences, etc.) ou de leur âge (respectivement cités par 29 % et 27 % des départements ayant répondu). Les motifs de placement relatifs aux problématiques des parents (toxicomanie, maladies mentales, handicap physique ou psychique) sont deux fois moins cités (14 %) et l'existence d'une situation sociale particulière (précarité, errance) quatre fois moins (7 %). D'autre part, les mineurs ne sont jamais à l'origine d'une absence de bilan de santé suite à leur refus (cf. figure 17).

Du côté de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, une direction territoriale sur cinq réalise des bilans de santé en fonction de certaines situations sociales (précarité, errance). Cette proportion est à peine plus faible (18 %) en ce qui concerne certains motifs de placement relatifs à la situation de l'enfant (négligences, maltraitances, carences, etc.) ainsi que certains motifs de placement relatifs aux problématiques des parents (toxicomanie, maladies mentales, handicap physique ou psychique). Par ailleurs, si l'âge des enfants peut être décisif dans seulement 7 % des territoires, 11 % des DTPJJ citent le refus des mineurs comme un frein à la réalisation systématique des bilans de santé (cf. figure 17).

En outre, les personnes ayant répondu au questionnaire, qu'elles soient issues de la PJJ ou de l'ASE, ont d'elles-mêmes citées d'autres raisons, notamment des pratiques

différentes selon les lieux de placement d'un même territoire, entrainant des inégalités territoriales (ASE : 15 % ; PJJ : 9 %). L'offre de service, à savoir la disponibilité des médecins, est également fortement citée par les services de l'ASE (7 %), mais pas du tout par les services de la PJJ. Ces derniers mentionnent davantage des raisons liées à la situation sanitaire des enfants, qu'il s'agisse de besoins de santé avérés et/ou de l'existence d'une pathologie (4 %) ou encore de l'absence d'un bilan de santé récent (4 %). Toutes ces situations, non proposées initialement, sont probablement bien plus fréquentes.

Fig.17 : Situations particulières de réalisation des bilans de santé lors de l'entrée



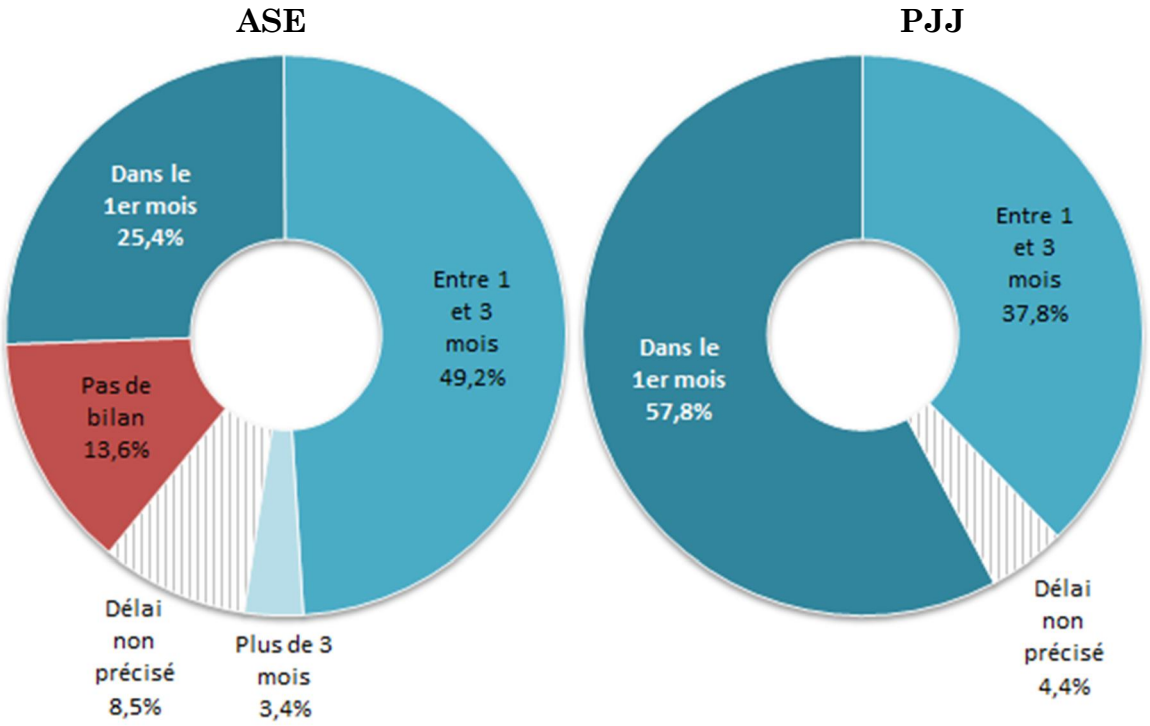
Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

Précisions sur le graphique :
Seuls les territoires ayant déclaré réaliser des bilans de santé « pour certaines situations seulement » ont donné des précisions sur les situations concernées (21 services PJJ et 30 services ASE).
Chaque territoire avait la possibilité de donner plusieurs réponses. Les situations précédées d'un astérisque (*) n'étaient pas proposées dans le questionnaire.
Les pourcentages sont exprimés par rapport à l'ensemble des territoires ayant répondu au questionnaire.

Notons également que, si un bilan de santé complet n'est pas réalisé au moment de l'entrée des enfants dans le dispositif, il y a peu de chances que celui-ci soit réalisé en cours de placement. En effet, 44 % des services ASE ne font aucun bilan de santé en cours de placement et seuls 28 % en réalisent systématiquement (données non disponibles pour la PJJ).

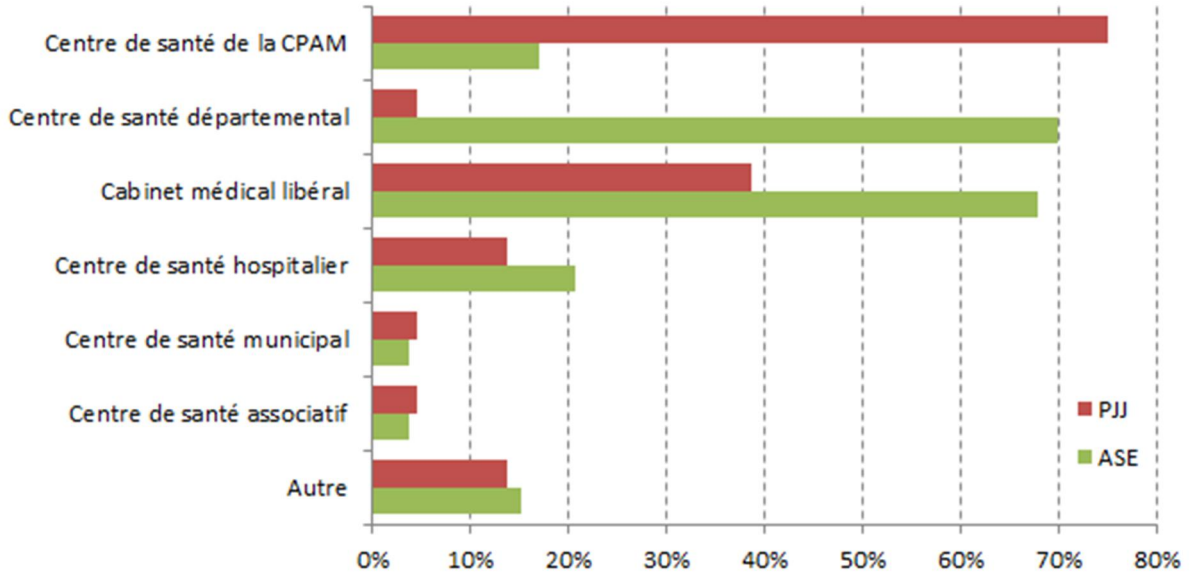
Lors du placement des mineurs, les bilans de santé sont réalisés assez rapidement à la PJJ : environ trois cinquièmes dans le premier mois suivant l'entrée et deux cinquièmes entre un et trois mois. En revanche, à l'ASE, seul un quart des départements effectue des bilans de santé au cours du premier mois et la moitié entre un et trois mois (cf. figure 18).

Fig.18 : Délais de réalisation des bilans de santé des enfants lors de leur entrée dans le dispositif



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et

Fig.19 : Lieu de réalisation des bilans de santé



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

Précisions sur le graphique : Chaque territoire avait la possibilité de donner plusieurs réponses.

Par ailleurs, les bilans de santé ne sont pas réalisés au même endroit selon les institutions (cf. figure 19). Ainsi, les unités d'hébergement de la PJJ s'adressent principalement à un centre de santé de la CPAM (75 %) tandis que celles de l'ASE se tournent vers un centre de santé départemental (70 %), notamment les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Dans les deux cas, le recours à un cabinet médical libéral arrive en deuxième position (68 % à l'ASE et 39 % à la PJJ). Par ailleurs, pour l'ASE, les lieux de réalisation des bilans de santé ajoutés par les répondants (catégorie "Autre"), concernent tous la présence d'un médecin interne à l'établissement de placement (15 %).

1.4.2. Les bilans de santé à l'ASE : révélateurs d'un fonctionnement organisationnel

Parallèlement à l'affiliation, le bilan de santé à l'entrée des enfants en placement est l'autre grand élément où se donne à voir la politique du service de l'ASE en matière de suivi de la santé des enfants. À l'échelle de nos entretiens, les services sont pris entre deux grandes « tentations »: soit que les bilans soient réalisés par les médecins de PMI, ce qui permet qu'ils soient systématiques et assurés avec un regard médical informé et cohérent entre les différents soignants ; soit qu'ils soient laissés à la discrétion des différents lieux d'accueil. Entre ces deux tentations, les services oscillent, s'arrangent en fonction de leur possibilité, tentent de formaliser. Ainsi, dans certains

départements, le bilan des moins de 6 ans est assuré par la PMI et pour les plus âgés, le service communique aux lieux d'accueil un document pour transmission à leurs soignants pour réaliser des bilans cohérents entre eux (mêmes points d'attention) :

« C'est une grande réflexion au niveau du département, il y a une procédure de mise en place pour garantir le secret médical pour éviter les bilans à droite et à gauche. Pour les enfants en placement judiciaire un bilan systématique est réalisé à l'admission de l'enfant, un support est envoyé à la famille d'accueil ou à l'établissement, charge à eux d'aller consulter un médecin traitant pour réaliser le bilan qui est ensuite envoyé au médecin de PMI. Le bilan revient sur le site qui a le suivi de l'enfant. » (Cadre ASE)

Dans cet autre département, là encore, le bilan de santé des plus jeunes est assuré par la PMI, les enfants plus âgés étant laissés à la discrétion des lieux d'accueil :

« Vous faites un bilan de santé à l'entrée en placement ?

Il y a un bilan avec la PMI pour les moins de 6 ans confiés en familles d'accueil. » (Cadre ASE)

D'autres départements sont beaucoup plus dans le flou sur le bilan de santé, nos interlocuteurs constatent en cours d'entretien qu'ils n'ont pas de politique cohérente :

« Après en termes de démarches pour l'accès aux soins, peut-être on ne fait pas assez au niveau de notre service. Nous ne sommes pas assez attentifs à ces dimensions soins et santé. Je sais qu'au niveau du service d'accueil d'urgence, ils font faire un bilan complet directement pour tout jeune accueilli, mais nous on est dans l'entre-deux, nous ne sommes pas assez calés sur la mise en place de ce bilan et pour les mineurs isolés, c'est encore pire. » (Cadre ASE)

Les services peuvent bien avoir une intention générale ou la conscience claire qu'un bilan de santé à l'entrée en placement serait nécessaire, mais ils s'affrontent – faute d'avoir engagé des démarches coordonnées – à leurs propres limites, et au fait de déléguer cette partie du travail aux lieux d'accueil. Les familles d'accueil doivent faire chacune avec leurs propres ressources :

« Il y a un bilan de santé à l'arrivée ?

Ce n'est pas posé comme un protocole. Ça a été un sujet, mais ce n'est pas posé, du coup chacun fonctionne à sa sauce, du coup contrairement aux établissements qui font des bilans de santé qui ont des conventions avec des médecins pour faire ces bilans. Nous on est sur du cas par cas et on délègue beaucoup de choses aux familles d'accueil. Moi je travaille beaucoup avec la puéricultrice parce qu'on a toujours des enfants avec des problématiques de santé. Pour les plus grands on demande à l'assistant familial d'aller faire les dents, les yeux… on mobilise la puéricultrice… et le chef de service en rappel. C'est toujours un sujet qui est abordé à l'arrivée de l'enfant, mais malheureusement il faut qu'on ait ce protocole, parce que, comme on fonctionne aujourd'hui, on a des choses qui passent au travers. » (Cadre ASE)

Dans cet exemple, on peut observer une dilution des rôles professionnels, où le chef de service se saisit de certaines situations, dans d'autres c'est la puéricultrice. Dans d'autres configurations la grande inconnue en termes de bilan de santé se trouve du côté des établissements d'accueil collectif. Les familles d'accueil ont une injonction à faire une visite annuelle, quant aux foyers le cadre répondant leur fait confiance sans réellement savoir ce qu'ils font effectivement.

« En principe les établissements le font ?

Concernant le soin ça reste une prérogative de l'autorité parentale, on ne se substitue pas mais on veille à ce que les enfants placés soient en bonne santé. En famille d'accueil il y a une visite obligatoire tous les ans. La CPAM avait mis en place un protocole de bilan pour les enfants accueillis.

Pour les établissements c'est quelque chose qui est sous-entendu mais vous ne savez pas si c'est fait ?

C'est quelque chose qui est sous-entendu après il faudrait voir les différents projets d'établissement s'ils ont inclus la dimension du soin et comment ils pratiquent dans leurs établissements. » (Cadre ASE)

Il ressort que, face à des problématiques médicales spécifiques aux carences de soin (manque de soins de soi, négligences de l'hygiène, des problèmes d'audition et de vue) et aux maltraitances (troubles psycho-affectifs, rapports difficiles au corps) dont les cadres sont bien conscients, la politique des services interrogés varie entre au moins deux possibilités. Dans un cas, les services de PMI sont mobilisés pour les plus jeunes et/ou pour produire une fiche de bilan de santé et la recueillir auprès des soignants mobilisés par les différents lieux d'accueil. Dans un autre cas, le service compte sur ses différents lieux d'accueil sans toujours savoir si le bilan est fait et, s'il est fait, s'il l'est avec une attention suffisante aux points spécifiques aux enfants placés en protection de l'enfance. Ce qui ressort là c'est l'écart entre le service en tant qu'organisation située assez loin des enfants et des familles et le fait que le soin est prodigué par les intervenants quotidiens (foyers et familles d'accueil). Intervenants dont on ne connaît et contrôle que partiellement les pratiques en matière de soin ainsi que les compétences relatives aux problématiques spécifiques aux enfants placés.

Lors des entretiens réalisés avec les éducateurs référents, le même flou est apparu à propos des bilans de santé en termes de réalisation, de personnes compétentes, de contenu et de suivi éducatif. Un département a un protocole relativement clair qui systématise les bilans de santé pour les enfants dans deux filières repérées en fonction de leur âge : les médecins de PMI et les médecins de la CPAM :

« Ce qui est fait sur notre département on a des protocoles à l'entrée dans le service, soit il a moins de six ans et il doit être vu dans les 3 mois, il doit être vu par le médecin de

PMI, soit il a plus de 6 ans et dans les trois mois, et il doit être vu dans les trois mois par un médecin de la CPAM. L'objectif c'est un premier bilan de santé qui permet de voir s'il y a nécessité de consultation chez un spécialiste. On suit les indications du médecin qui a pratiqué le bilan, et qui dit soit tout va bien soit spécialiste… après soit ils se basent, si on a le carnet de santé, les vaccinations, soit il n'y a pas et c'est des décisions médicales. » (Éducateur ASE)

Pour les autres départements, il peut exister une filière claire pour les moins de 6 ans auprès des médecins et puéricultrices de PMI. Avec cet extrait on redécouvre autrement l'importance de la collaboration ASE-PMI à travers la « formation » et la sensibilisation qui peut être faite auprès des éducateurs référents par des professionnels de santé sensibilisés aux problématiques spécifiques à la protection de l'enfance :

« Pour les moins de 6 ans ça se passe très bien parce qu'on a un gros boulot avec la PMI, dans le quotidien, dans la gestion, j'ai des super-puéricultrices sur le site et elles ont des consultations de nourrissons très efficaces, avec des puérs qui connaissent les problématiques de protection de l'enfance, elles sont efficaces. Voilà… moi je me suis fait sensibiliser par un médecin sur les retards de langage, sur les bilans ophtalmo, ça fonctionne bien parce qu'on a le support des consultations de PMI, on a même fait des doubles références avec des puéricultrices de PMI sur certains enfants. Là ça fait des liens intéressants et des continuités. » (Éducateur ASE)

Dans d'autres départements, la question du bilan est plus floue, les médecins de PMI interviennent sans que l'on sache véritablement s'ils font un bilan (au sens d'une consultation médicale) ou un bilan des éléments de santé au regard du carnet de santé de l'enfant. Enfin, dans d'autres organisations, la question du bilan de santé est largement laissée aux lieux d'accueil. Dans cette configuration, la dimension de la santé échappe complètement aux éducateurs référents, ne disposant d'aucune information, que ce soit sur la réalisation concrète de ce bilan ou sur le contenu de ce bilan. La possibilité d'intégrer la dimension du suivi de la santé dans l'accompagnement éducatif des enfants et des jeunes s'amoindrit.

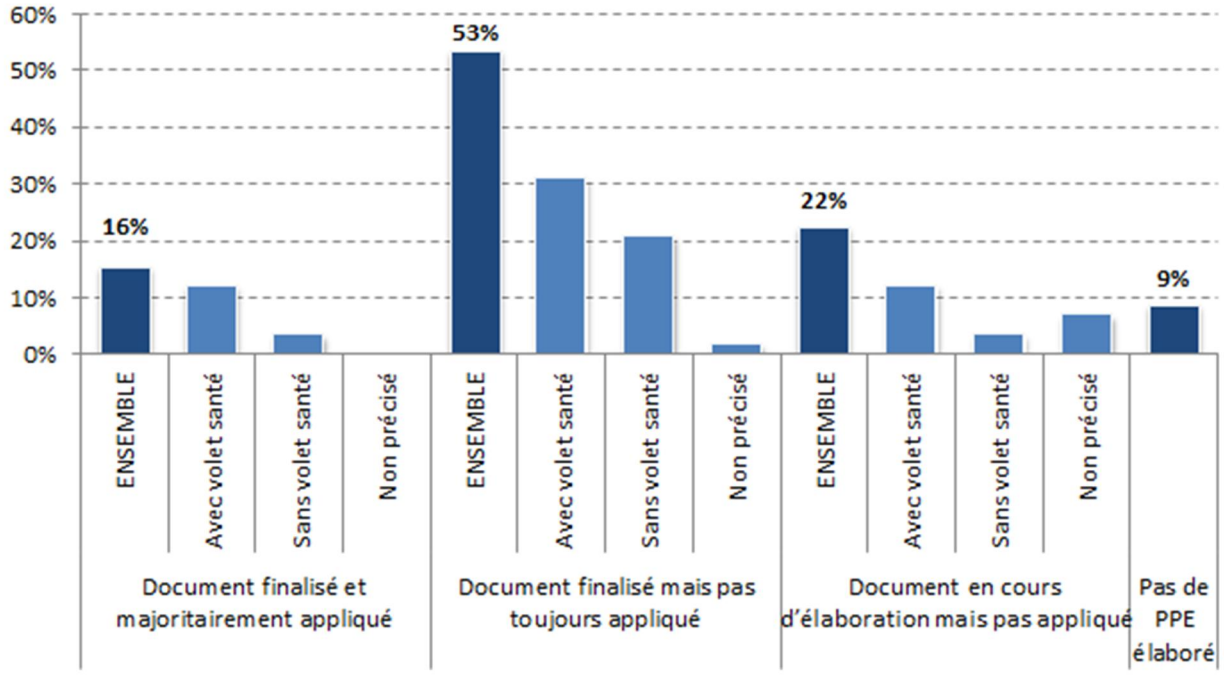
Au final, si l'ensemble des départements interrogés semble avoir une politique de bilan de santé systématique à l'entrée en placement, ces bilans médicaux peuvent être faits de manière très variée. Entre des bilans systématiquement réalisés par des personnels PMI qui exercent un regard expert sur les problématiques de santé en protection de l'enfance et ont donc la possibilité de former les éducateurs à ces questions ; et des bilans « décentralisés » réalisés par les différents lieux d'accueil (quitte à être transmis aux médecins de PMI), bilans que les éducateurs suivent de loin comme des étapes dont le franchissement doit être vérifié sans être ni forcément informés ni sensibilisés à ce qu'ils disent de la situation familiale et du parcours de l'enfant.

1.4.3. Le Projet Pour l'Enfant et la place accordée à la santé

Le Projet Pour l'Enfant (PPE), introduit par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, a pour objectif de remettre l'enfant au centre du dispositif de protection de l'enfance. L'article L. 223-3-1 du Code de l'action sociale et des familles indique que ce document est co-construit par les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale et qu'il *« 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 départemental et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les interventions ».* Bien que l'existence d'un volet santé ne soit pas clairement spécifiée, la construction du PPE doit se baser sur l'ensemble des besoins de l'enfant, dont notamment ses besoins en termes de santé.

Huit ans après la parution de la loi, 69 % des services ASE ont finalisé l'élaboration d'un PPE pour l'ensemble des unités territoriales, mais ce PPE est appliqué dans seulement 16 % des départements (cf. figure 20). Ainsi, plus de la moitié des Conseils Départementaux a un document finalisé mais qui n'est pas toujours appliqué par les différents acteurs territoriaux de la protection de l'enfance. Par ailleurs, 9 % des services ASE n'ont pas encore élaboré de PPE et 22 % sont en cours d'élaboration.

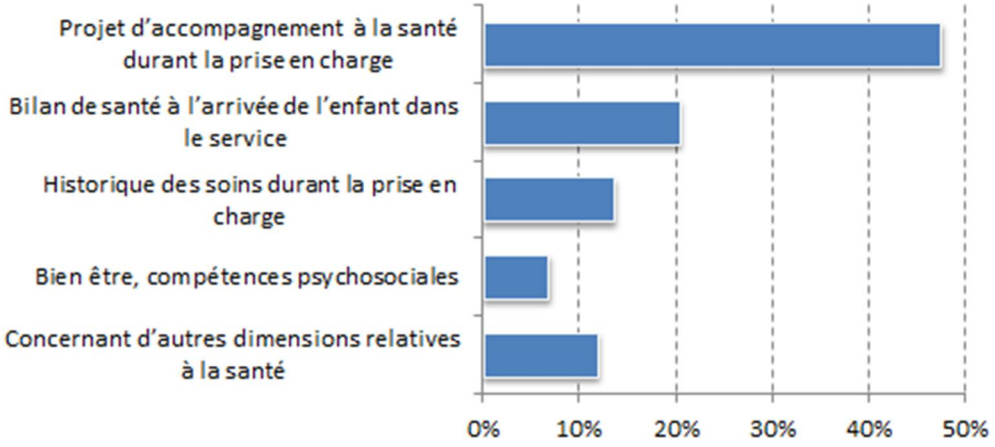
Fig.20 : Elaboration d'un Projet Pour l'Enfant (PPE) par les services ASE, pour l'ensemble des unités territoriales, et existence d'un volet santé



Source : Questionnaire EFIS auprès des services ASE

En outre, parmi les départements ayant terminé la trame d'un Projet Pour l'Enfant, un tiers d'entre eux n'y a pas intégré de volet sur la santé. Ceux qui sont en cours d'élaboration semblent encore moins avancés sur cette question. Au total, 47 % des services ASE ont travaillé à un PPE avec un volet santé portant, a minima, sur le projet d'accompagnement à la santé durant la prise en charge, mais seuls 14 % prévoient un historique des soins durant cette prise en charge (cf. figure 21). Le moment de l'arrivée de l'enfant dans le service, intégrant notamment le bilan de santé, est quant à lui traité par seulement un cinquième des services ASE ayant répondu. Enfin, les questions de bien-être et de compétences psychosociales (estime de soi, gestion du stress et des émotions, empathie, coopération) ne sont abordées que par 7 % des départements.

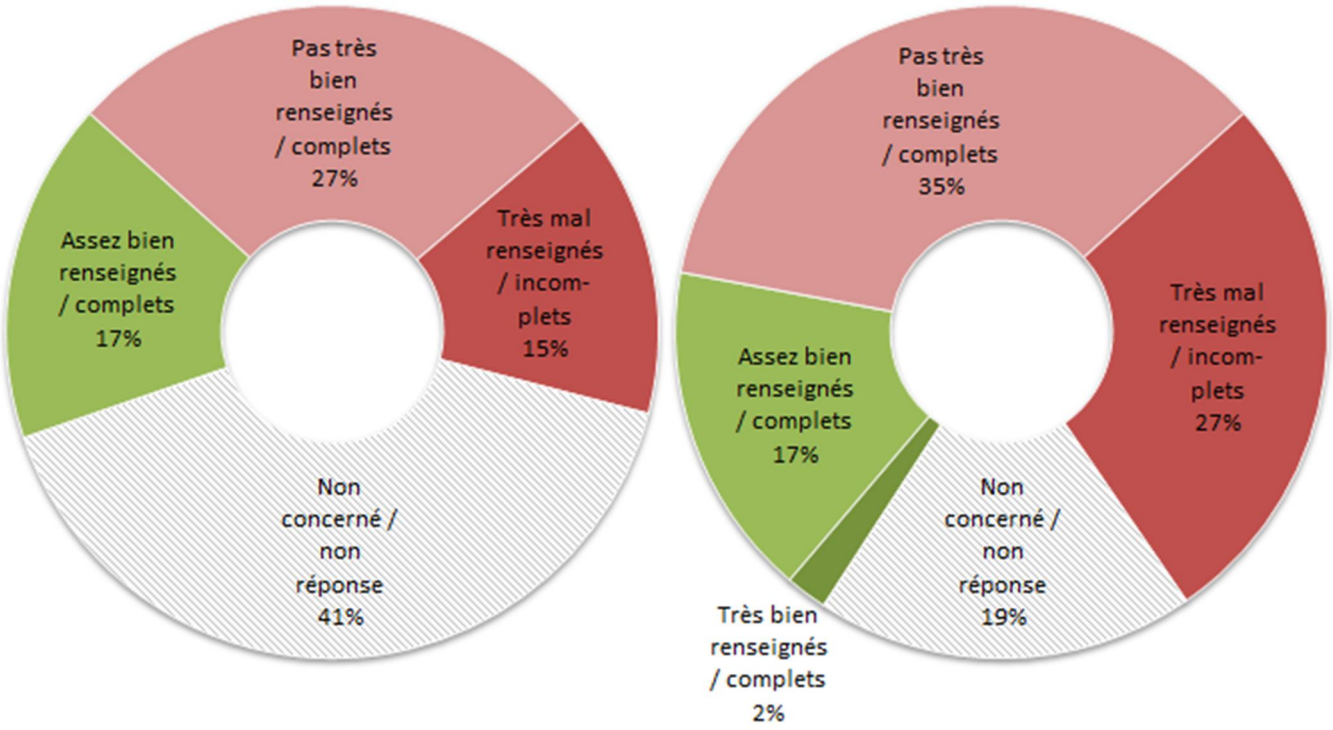
Fig.21 : Part des services ASE ayant un volet santé dans un PPE, avec la thématique…



Source : Questionnaire EFIS auprès des services ASE

Là encore, des différences existent entre les services d'aide sociale à l'enfance et les directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse, notamment dans l'évaluation de la qualité des renseignements apportés dans les PPE pour l'ASE ou, pour la PJJ, dans les Documents Individuels de Prise en Charge (DIPC). Tout d'abord, seuls trois services ASE sur cinq se sont sentis concernés par cette question, contre quatre DTPJJ sur cinq (cf. figure 22). D'autre part, parmi les répondants, aucun service ASE n'a estimé que les PPE étaient très bien renseignés et/ou très complets sur les questions des soins et de l'accès aux soins (couverture maladie, problématiques de santé, objectifs de soins durant l'accompagnement). Au total, la proportion des territoires ayant une opinion positive du renseignement des PPE/DIPC est sensiblement identique au sein des deux institutions (19 % pour la PJJ et 17 % pour l'ASE). En revanche, du fait des non réponses de l'ASE, la proportion d'insatisfaits est plus élevée à la PJJ (62 % contre 42 % à l'ASE).

Fig.22 : Renseignement des DIPC (PJJ) et des PPE (ASE) des mineurs sur les questions touchant aux soins et à l'accès aux soins



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et

Le manque de renseignements du PPE avec des éléments pertinents relatifs à la santé, apparu dans l'analyse des réponses au questionnaire, est renforcé par les entretiens réalisés avec les acteurs de l'ASE. Ce point est à comprendre également à la lumière de la réalisation des bilans annuels sur la situation de l'enfant. De façon majoritaire, si le cadre ASE affirme que la question de la santé est systématiquement abordée en bilan, c'est plus une position de principe et une déduction faite sur la base de l'omniprésence des questions de santé concernant les enfants placés qu'un véritable constat :

« Il y a un point systématique sur la santé lors de ces bilans ?

Ça c'est de la responsabilité du responsable de l'aborder systématiquement

Oui de toute façon parce qu'on a énormément d'enfants qui ont des suivis médicaux. C'est quelque chose que l'on a en tête systématiquement. » (Cadre ASE)

« Et il y aura une rubrique santé dans le PPE à venir ?

Alors la rubrique santé je ne l'ai plus en tête (cherche un exemplaire). Il y a une rubrique, la santé abordée en termes de partenariats et des autres établissements et intervenants qui interviendront autour de l'enfant. Il n'y a pas de rubrique santé

particulière, les items sont plutôt ouverts en termes d'objectifs, il n'y a pas d'items spécifiques santé scolarité. » (Cadre ASE)

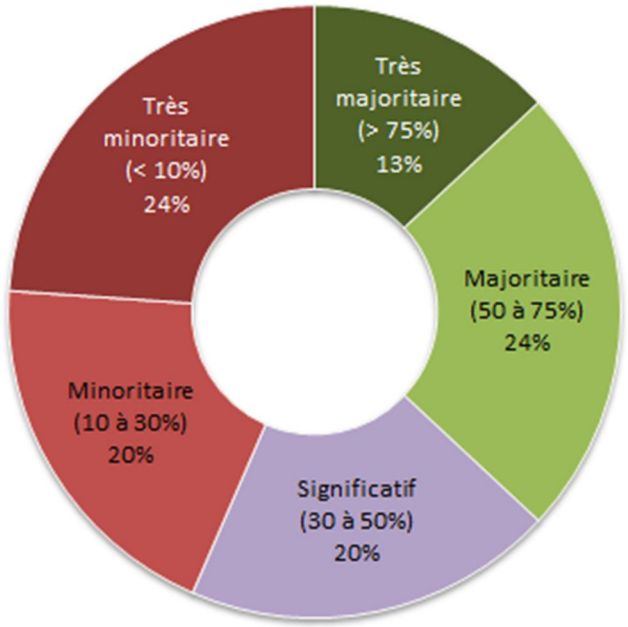
« Dans le contrat d'accueil en présence des parents, on va évoquer qui fait quoi, le PPE après dans les 3 mois, en gros, normalement il y a tout un volet concernant la santé, qui fait quoi, on s'articule avec le parent, notamment pour les rendez-vous, l'accompagnement. » (Cadre ASE)

Des différents entretiens avec les cadres, il ressort nettement que la santé est un élément parmi d'autres du suivi éducatif des enfants. Même si la santé est un objectif général reconnu comme important, la concrétisation reste floue. Par exemple, les acteurs interrogés n'étaient pas en mesure de nous indiquer le contenu de la rubrique dédiée à la santé dans le PPE si elle existait. Ce constat vient faire contraste avec la gravité et la spécificité des problématiques de santé évoquées par les cadres.

1.4.4. Le Recueil Information Santé : entre renseignement et acceptation

Un autre dispositif existe au sein de la Protection Judiciaire de la Jeunesse : le Recueil d'Information Santé (RIS). Ce document fait partie intégrante du dossier du mineur pris en charge par un dispositif de la PJJ. Outre les informations sur l'état civil du jeune et l'exercice de l'autorité parentale, il contient des données sur la couverture sociale – de base, comme complémentaire –, le médecin traitant, la couverture accidents du travail, le carnet de santé, les besoins de santé spécifiques, les bilans de santé, les soins pénalement obligés, le récapitulatif des démarches à engager ainsi que les objectifs d'intervention éducative en santé.

Fig.23 : Proportion de mineurs ayant un Recueil d'Information Santé (RIS) renseigné - PJJ

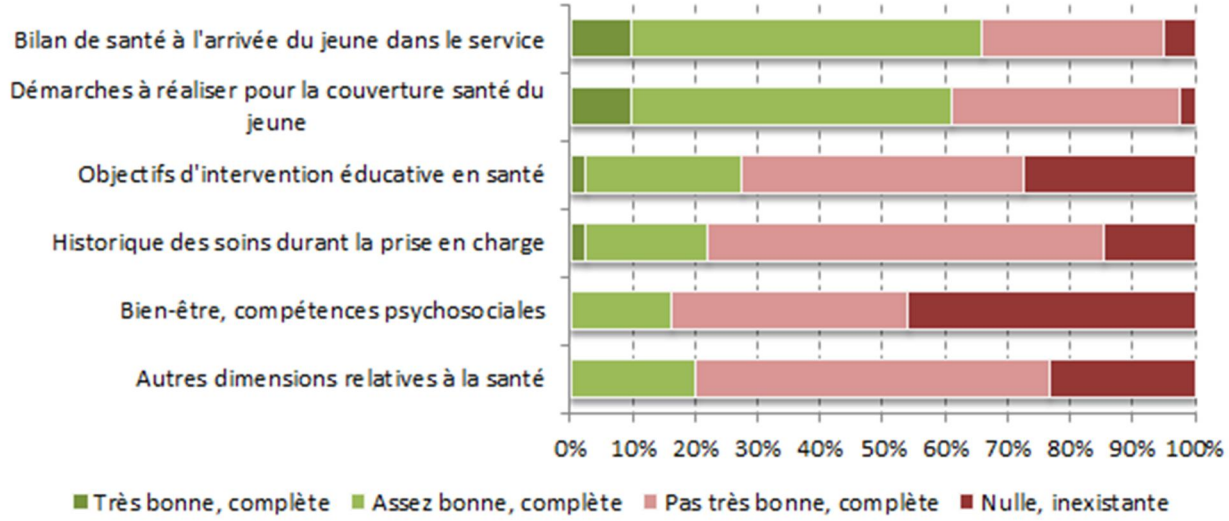


Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

Outil intéressant, les RIS semblent cependant peu renseignés (cf. figure 23). En effet, seules 37 % des DTPJJ déclarent que la proportion de jeunes placés ayant un RIS renseigné est majoritaire et seulement 13 % estiment que cela concerne plus de 75 % des jeunes placés du territoire. À l'inverse, près du quart des DTPJJ considère que les jeunes ayant un RIS renseigné représentent moins de 10 % des enfants placés.

En outre, la qualité de l'information apportée dans les RIS renseignés n'est pas toujours celle escomptée (cf. figure 24). Celle-ci est jugée « très bonne / complète » ou « assez bonne / complète » par deux-tiers des DTPJJ en ce qui concerne le bilan de santé à l'arrivée du jeune dans le service et par 61 % pour les démarches à réaliser pour la couverture santé du jeune. En outre, les objectifs d'intervention éducative en santé ne sont jugés satisfaisants que par 28 % des DTPJJ, l'historique des soins durant la prise en charge par 22 % et les questions de bien-être et de compétences psychosociales (estime de soi, gestion du stress et des émotions, empathie, coopération) par 16 %.

Fig.24 : Qualité de l'information apportée dans les Recueils d'Information Santé (RIS)



Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

A l'image des bilans de santé, le recueil d'information santé est peu souvent rempli par les éducateurs qui y voient une forme d'intrusion dans l'existence des jeunes avec qui ils tentent d'aménager une rencontre. Le RIS est particulièrement peu renseigné en milieu ouvert, les professionnels ne se sentant pas légitimes. Mais il est également partiellement utilisé en hébergement :

« Alors le RIS c'est un outil aussi mais il y a un souci d'utilisation sur les territoires, c'est un outil sur les hébergements c'est pas trop compliqué mais sur les milieux ouverts c'est plus compliqué. C'est un outil intéressant mais il faudrait qu'on s'intéresse à pourquoi il n'est pas rempli par les éducateurs. » (Référent santé PJJ)

Plusieurs raisons à ce faible engouement pour le RIS. D'une part, il apparaît donc comme le support d'un regard intrusif sur la santé du jeune :

« Ils disent que c'est une charge, moi je ne suis pas certaine. La santé pour l'ensemble des professionnels c'est de l'ordre de l'intime mais il y a rien dans ce document qui est

de l'ordre de l'intime, c'est l'identité du jeune, ses pathologies, pour ouvrir un PAI. » (Référent santé PJJ)

Il apparaît également, la santé ne faisant pas partie des domaines de prédilection ni des domaines accessibles pour les éducateurs réticents, comme un travail supplémentaire :

« Alors dans l'ensemble les professionnels disent c'est encore un énième document à remplir, alors c'est vrai qu'ils en ont un certain nombre. » (Référent santé PJJ)

Aussi, ce document peut finir par devenir objet de crispation et de lutte autour de la nature du travail éducatif :

« Déjà au moment où ce document est sorti il n'a pas été bien vendu, il y a eu des positions syndicales, des éducs sont encore dans ce discours là et ils disent que ça doit être rempli par du personnel médical après qu'est-ce qu'on en fait. Aujourd'hui très peu sont remplis ou alors pas très bien, ça aussi les infirmières territoriales y travaillent. » (Référent santé PJJ)

1.4.5. La « PJJ promotrice santé » : apports et partenariats

Un autre dispositif, plus récent, intitulé « PJJ promotrice santé » a été initié par la Protection Judiciaire de la Jeunesse en 2013, impliquant tous les niveaux professionnels de l'institution. Cette action vise à *« Améliorer la santé globale des jeunes pris en charge par la PJJ (la santé étant posée comme un facteur de réussite de la prise en charge éducative), en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge, dans une approche de promotion de la santé. »*[12] Cette action est très bien jugée sur les territoires puisque neuf-dixième des DTPJJ estiment que cette démarche nationale apporte concrètement des bénéfices dans leur travail territorial autour de la santé des enfants placés (cf. figure 25). Ces bénéfices concernent :

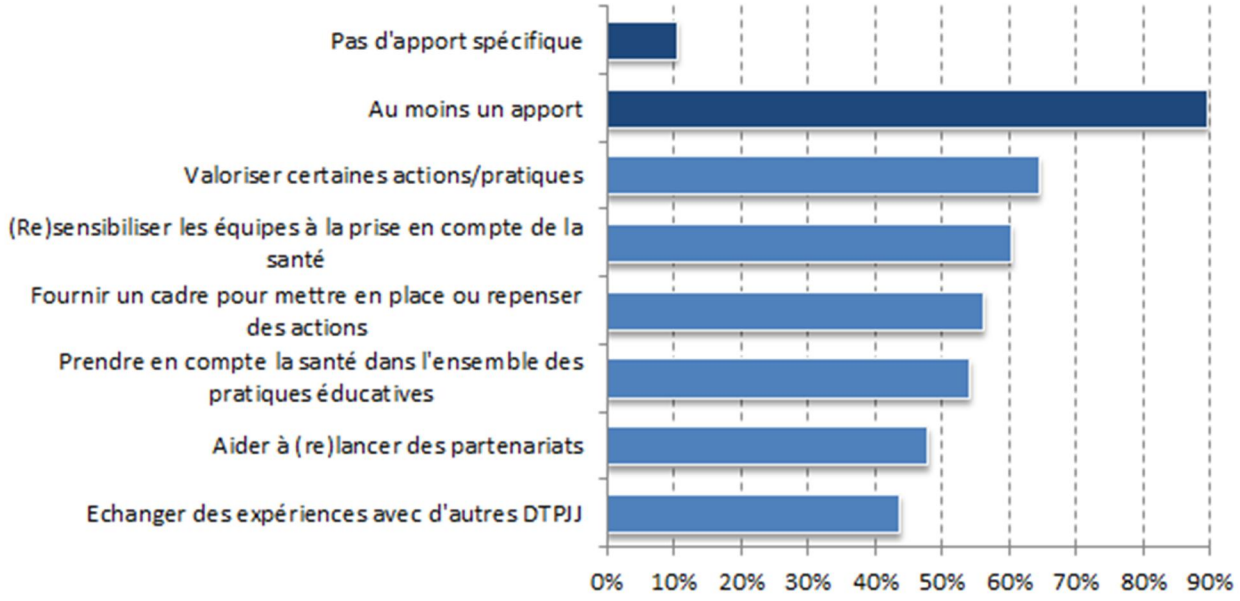
- les actions autour de la santé des mineurs placés, en permettant notamment la valorisation de certaines pratiques déjà en cours au niveau territorial (65 %), mais aussi un appui à la mise en place ou à la réflexion de nouvelles actions grâce à l'instauration d'un cadre structurant (56 %) ;
- une nouvelle prise en compte de la santé en interne, cette démarche ayant permis de (re)sensibiliser les équipes à cette question (60 %) ainsi que de prendre

[12] Note de la DPJJ du 1er février 2013 portant mention du lancement du projet « PJJ promotrice de santé ».

en compte plus largement le concept de santé dans l'ensemble des pratiques éducatives (54 %) ;

- le travail en partenariat avec d'autres institutions, qu'elles soient externes (ARS, réseaux de santé, PTS, IREPS, etc.) (48 %) ou internes, cette démarche ayant permis d'échanger des expériences avec d'autres directions territoriales autour de la question de l'accès à la santé (44 %).

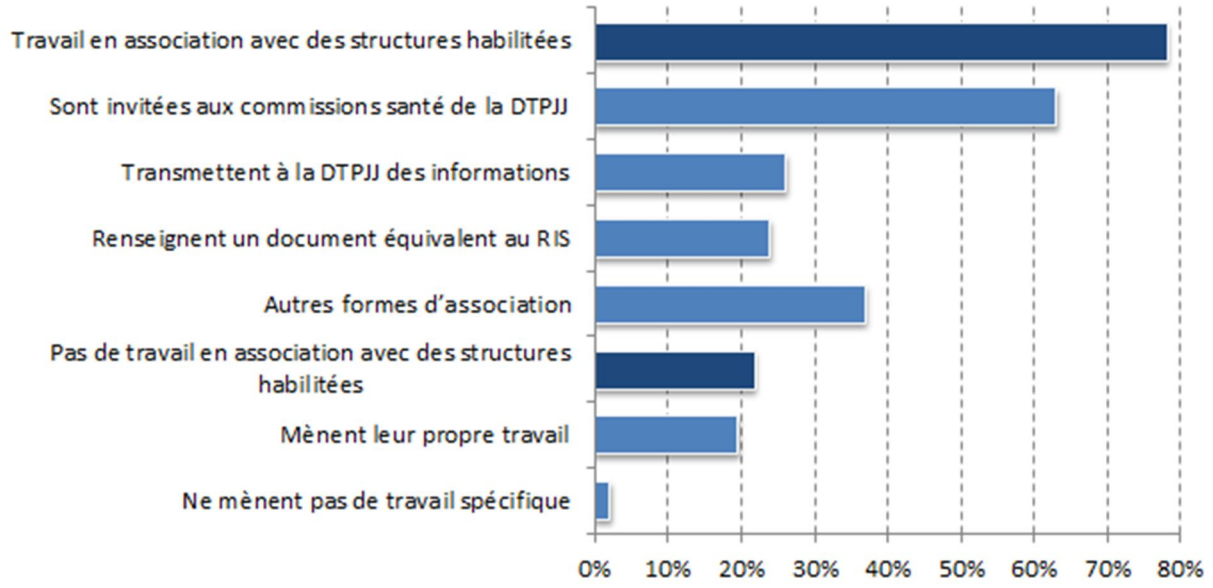
Fig.25 : Apports concrets de la démarche "PJJ promotrice de santé" dans le travail des DTPJJ autour de la santé des enfants placés



Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

Enfin, une majorité de DTPJJ travaille les questions de santé des mineurs en association avec les structures habilitées (78 %) et, lorsque ce n'est pas le cas, les structures habilitées mènent le plus souvent leur propre travail autour de la santé de leur côté (20 %, cf. figure 26). Le partenariat consiste notamment à l'invitation des établissements et services aux commissions santé de la DTPJJ (63 %). Les « autres formes d'association » qui représentent une part importante des réponses (37 %) ont majoritairement traits aux formations des professionnels ainsi qu'à l'intégration de (certains) établissements dans la convention avec la CPAM.

Fig.26 : Association des structures habilitées aux travaux des DTPJJ autour de la santé des mineurs



Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

1.4.6. Les soignants face à la perte d'information sur les parcours de soin des enfants placés

Si des documents sont produits et standardisés pour tenter de systématiser les bilans de santé et le recueil d'information sur la santé, les soignants interrogés constatent – à leur échelle – que cette information est trop souvent perdue au gré des parcours des enfants. C'est un tel constat qui est à l'origine de l'engagement d'une des soignantes sur ces questions de santé :

« Ce sont des témoignages, des choses vécues personnellement qui m'ont sensibilisée. La première fois en tant que médecin de PMI c'est parce qu'une maman arrivait en consultation avec son bébé et quand je lui ai demandé qu'est-ce que je dois savoir sur votre histoire médicale, la maman s'est fermée et elle a fini par fondre en larmes et elle m'a dit j'ai été placée toute mon enfance, je n'ai aucun dossier médical, j'ai changé d'endroit, j'ai une cicatrice mais je ne sais pas à quoi c'est dû. C'est là que je me suis dit il faut à tout prix que ces enfants aient accès à leur dossier médical. » (Médecin PMI)

En dehors du recueil d'information dans des documents spécifiques ou lors des bilans de santé, les parcours de protection de l'enfance demandent à ce qu'une histoire des soins puisse être faite. D'où l'importance du carnet de santé et de son remplissage :

« Souvent le carnet de santé est vide parce que les médecins n'ont pas le temps. Je leur ai dit vous pourriez remplir le carnet de santé parce qu'il y a différents lieux ; le carnet de santé doit pouvoir suivre l'enfant. » (Médecin PMI)

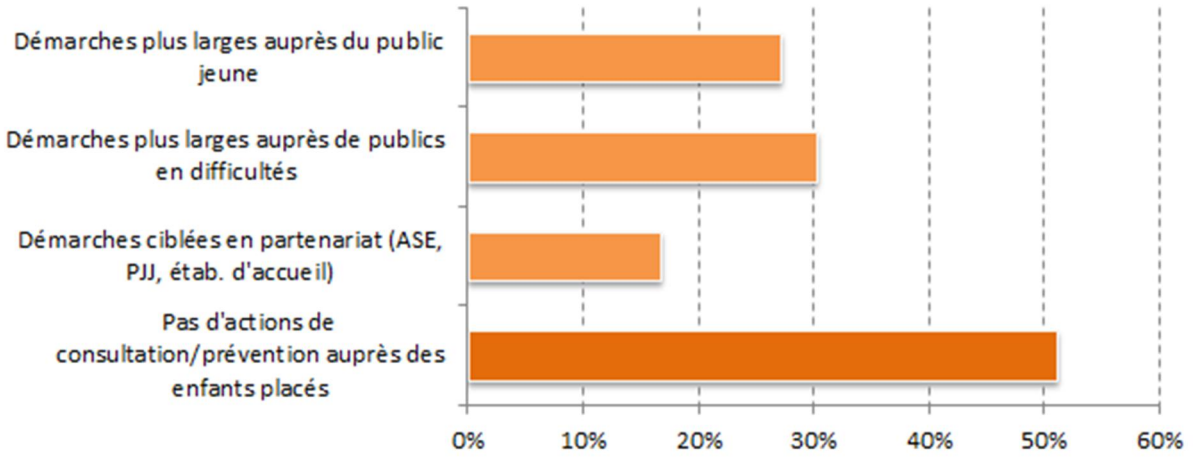
D'où des propositions de carnet de santé dématérialisé pour ne plus être exposé aux pertes et destructions :

« Je commencerai par le plus simple, ce sont des enfants placés en urgence ils ont le plus souvent pas de carnet médical rien. Si ils avaient un carnet de santé dématérialisé, si ils avaient… comme pour les adultes, il y a un projet de carte avec code d'accès pour avoir accès à l'ensemble du dossier médical. Pour les enfants, ce serait intéressant, quand ils sont placés en urgence ». (Médecin PMI)

1.4.7. Différents niveaux d'actions de prévention en direction des jeunes protégés

Environ la moitié des CPAM mène ou a déjà mené des actions de consultation santé et/ou de prévention santé auprès des enfants placés (cf. figure 27). Celles-ci s'inscrivent alors dans le cadre de démarches plus larges, que ce soit à destination de publics en difficultés (30 % des CPAM) ou du public jeune (27 %). Les CPAM menant des actions ciblées en partenariat avec les acteurs de la protection de l'enfance (ASE, PJJ, établissements d'accueil) sont peu nombreuses (17 %).

Fig.27 : Engagement des CPAM dans des actions de consultation santé, de prévention santé auprès des enfants placés



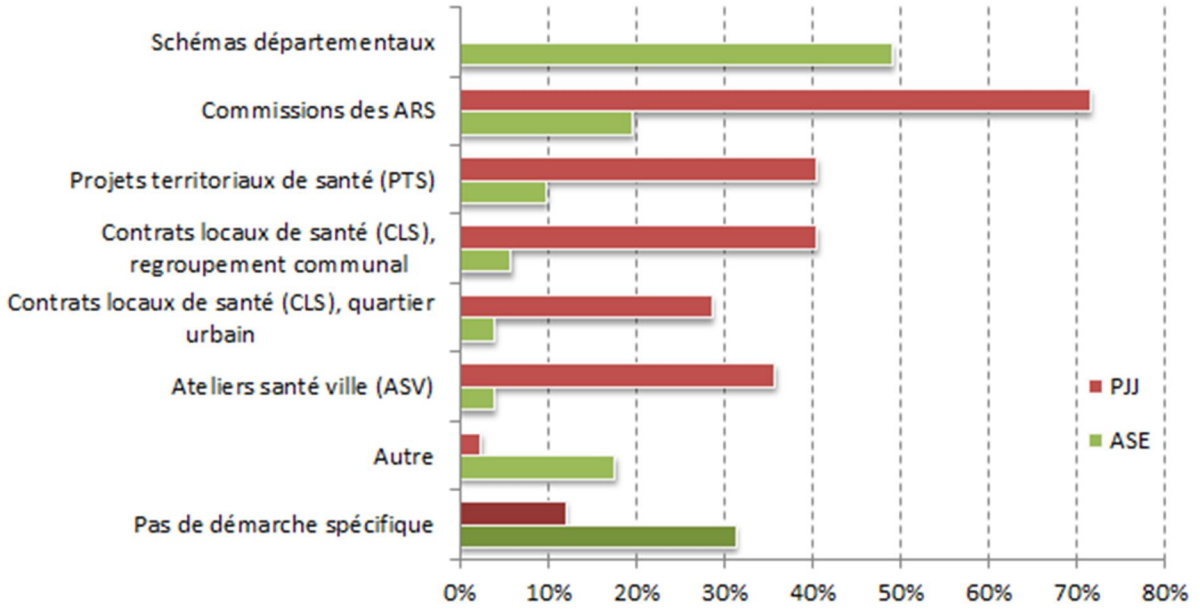
Source : Questionnaire EFIS auprès des CPAM

Les questions d'accès à la santé des mineurs placés peuvent également être traitées, par les directions territoriales de la PJJ et les services ASE, avec d'autres acteurs du territoire, dans le cadre de démarches d'évaluation, de réflexion et/ou de planification partagées (cf. figure 28). Ainsi, 7 DTPJJ sur 10 sont intégrées aux commissions des Agences Régionales de Santé (ARS), au sein desquelles la santé des enfants placés est

abordée. D'autre part, environ 4 sur 10 participent à un ou plusieurs Contrats Locaux de Santé (CLS, 45 %)[13], à un ou plusieurs Programmes Territoriaux de Santé (PTS, 40 %) et/ou à un ou plusieurs Ateliers Santé Ville (ASV, 36 %).

Seules 12 % des DTPJJ déclarent ne pas être engagées dans des démarches spécifiques partagées, sur ces questions de l'accès à la santé des mineurs placés. Ce taux est beaucoup plus important au sein de l'ASE : 31 % ne participent à aucune démarche d'évaluation, de réflexion ou de planification avec des partenaires. Une fois encore, l'action majoritaire des services ASE s'inscrit à l'intérieur de la collectivité, dans le cadre d'un schéma départemental. Les 18 % de réponses « Autre » portent essentiellement sur le recours à des études et enquêtes ainsi que sur des liens avec les établissements de protection de l'enfance. Finalement, seul un service ASE sur cinq participe à des commissions ARS, un sur dix à des PTS et un sur treize à des CLS.

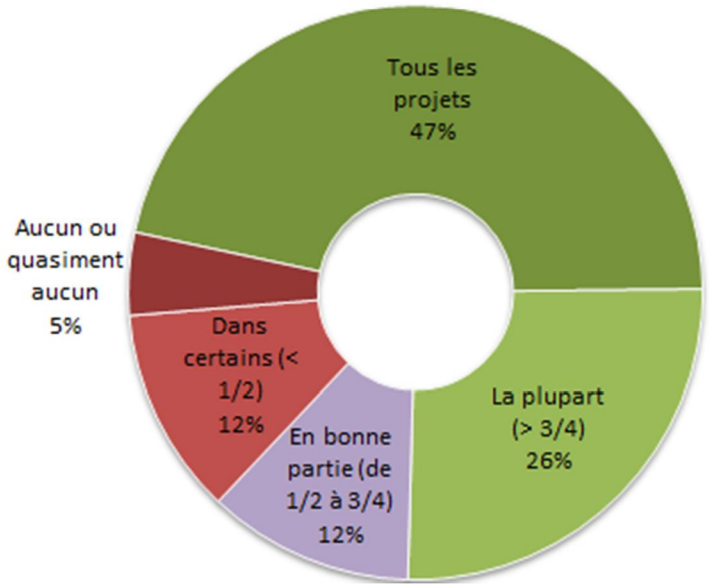
Fig.28 : Engagement du territoire dans des démarches d'évaluation, réflexion, planification partagées sur l'accès à la santé des enfants placés



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

[13] Une minorité participe uniquement à un ou plusieurs CLS à l'échelle d'une communauté d'agglomération, d'un pays ou d'une communauté de communes (5 %), d'autres participent uniquement à un ou plusieurs CLS à l'échelle d'un quartier urbain (16 %) tandis que la majorité des DTPJJ concernées participe à des CLS aux différents échelons géographiques (24 %).

Fig.29 : Volet accompagnement / développement / soutien à la santé dans les projets de service des unités d'hébergement de la PJJ



Source : Questionnaire EFIS auprès des DTPJJ

Près des trois-quarts des Directions Territoriales de la PJJ introduisent un volet accompagnement / développement / soutien à la santé dans tous les projets de service incluant des unités d'hébergement (47 %) ou dans la plupart d'entre eux (26 %). La proportion de DTPJJ n'inscrivant pas ces thématiques dans les projets de service est finalement assez faible : 5 % quasiment jamais et 12 % dans moins de la moitié des cas (cf. figure 29).

Synthèse : L'utilisation des différents outils/supports

À partir des réponses obtenues aux questionnaires, le bilan de santé s'avère n'être que moyennement répandu : systématique dans 35 % des situations ASE et 53 % des situations PJJ. Sa réalisation est laissée à l'appréciation des référents au regard de l'histoire de l'enfant dans 50 % des situations notamment les motifs de placement, l'âge de l'enfant et l'exposition à des situations de grande précarité. Les répondants évoquent l'impossibilité de les réaliser faute de moyens (manque de médecins). Si à la PJJ, la majorité de ces bilans est effectuée dans le 1er mois dans un centre de la CPAM, ils ont lieu entre 1 et 3 mois à la PMI suite à une mesure gérée par l'ASE. 44 % des départements répondants ne font pas de bilan en cours de placement.

En ce qui concerne le PPE, 47 % des services ASE ont travaillé à un PPE avec un volet santé portant, *a minima*, sur le projet d'accompagnement à la santé durant la prise en charge, mais seuls 14 % prévoient un historique des soins durant cette prise en charge. Dans ces cas-là, la santé est conçue comme une absence de maladie. Les questions de bien-être et de compétences psychosociales (estime de soi, gestion du stress et des émotions, empathie, coopération) ne sont abordées que par 7 % des départements. La difficulté de concrétiser sur un support cet élément du suivi éducatif, malgré l'importance reconnue, apparaît très nettement dans les discours recueillis.

Le Recueil d'Information Santé est un outil complet mais peu renseigné. Seules 13 % des DTPJJ estiment qu'au moins les trois-quarts de leurs jeunes disposent d'un RIS complété dans leur dossier. Les éducateurs voient dans cet outil une forme d'intrusion dans l'existence des jeunes avec qui ils tentent d'aménager une rencontre.

Des actions de prévention collectives ciblées pour les jeunes placés sont menées par 17 % des CPAM répondantes. Au regard des problématiques rencontrées par les jeunes pris en charge par la PJJ, les DTPJJ sont très engagées dans des démarches spécifiques partagées, sur ces questions de l'accès à la santé des mineurs placés (seules 12 % des DTPJJ déclarent ne pas être engagées). Différemment, 31 % des services ASE ne participent à aucune démarche d'évaluation, de réflexion ou de planification avec des partenaires autour de la santé des mineurs protégés. Ce taux varie considérablement selon le lieu d'accueil de ce dernier.

2. JEU DES ACTEURS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

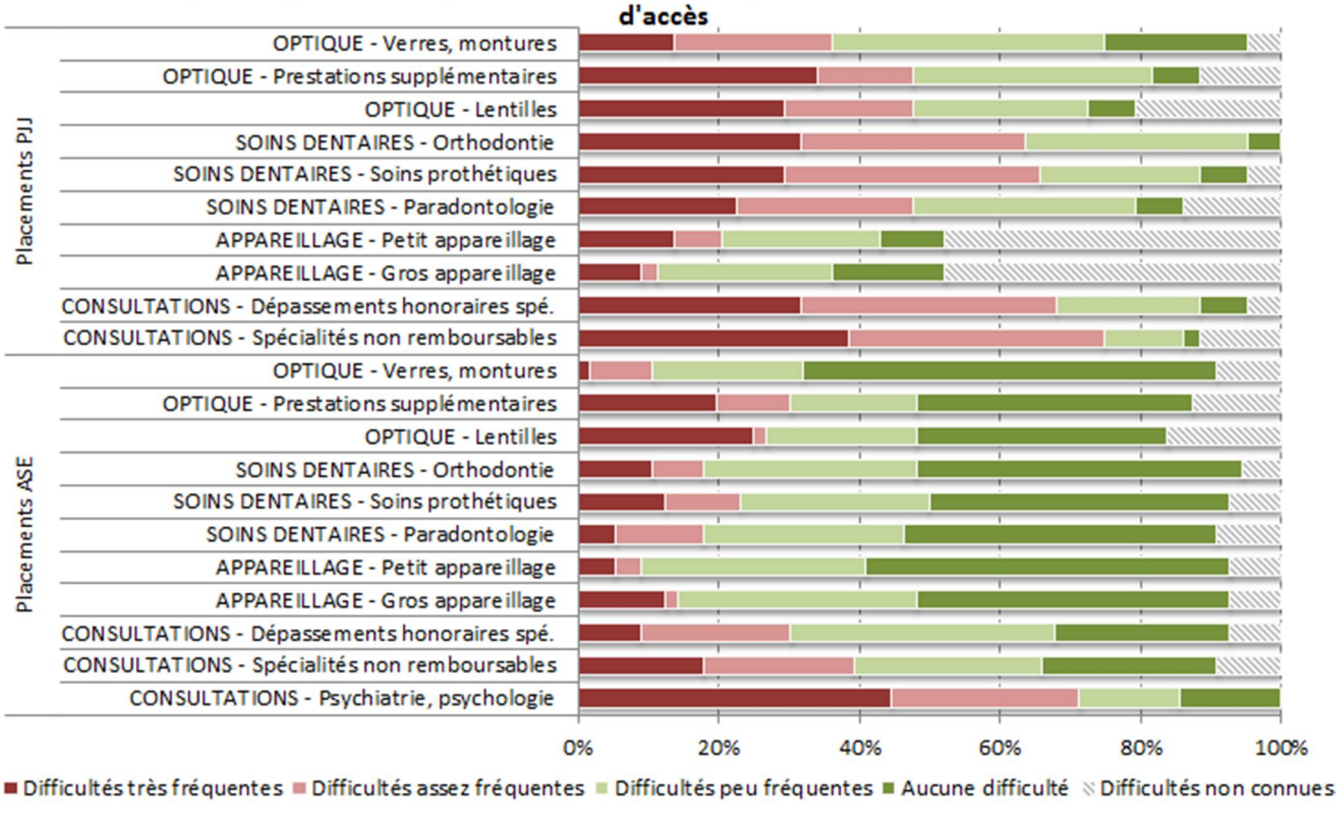
Il s'agit ici de savoir dans quelle mesure la santé au sens large constitue un levier, un axe éducatif, que ce soit dans la relation avec l'enfant ou avec le parent. En effet, la littérature fait état du large spectre de l'implication des parents à travers le suivi de la santé de leur enfant. Suivi qui se traduit à la fois par les questions administratives sur l'affiliation mais aussi sur l'accord et/ou l'information d'une consultation.

2.1. FREINS ET DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS

2.1.1. Principales difficultés et jeunes concernés

Selon le type de placement, les professionnels estiment que les mineurs placés en protection de l'enfance rencontrent plus ou moins de difficultés pour se faire soigner (cf. figure 30). Pour les professionnels de la PJJ, les difficultés les plus fréquentes concernent les consultations de spécialistes ainsi que les soins dentaires. En effet, trois sur quatre estiment que les difficultés sont « très fréquentes » ou « assez fréquentes » concernant le non remboursement de certaines consultations de spécialistes et 68 % concernant les dépassements d'honoraires de spécialistes. Pour les soins dentaires, les difficultés rencontrées par les mineurs sont mises en avant dans deux-tiers des directions territoriales.

Fig.30 : Types de soins pour lesquels les enfants placés rencontrent des difficultés d'accès

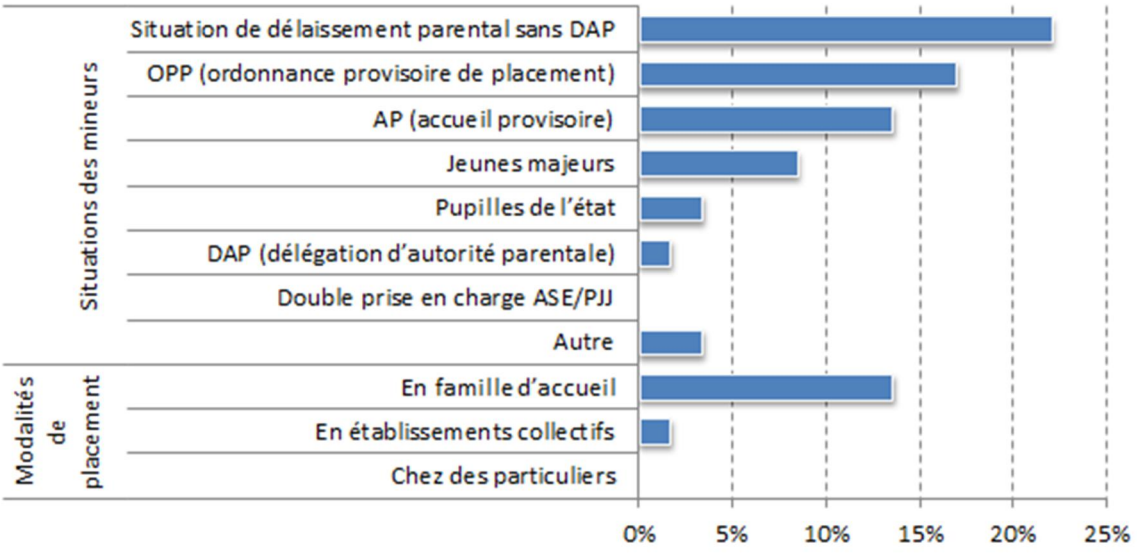


Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

Les professionnels de l'ASE estiment quant à eux que les difficultés rencontrées sont moindres. Ainsi, pour les consultations de spécialistes, les taux relatifs aux difficultés sont environ deux fois plus faibles (39 % pour le non remboursement et 30 % pour les dépassements d'honoraires) et ils avoisinent seulement les 20 % pour les soins dentaires. En revanche, les difficultés d'optique, notamment pour les lentilles et les prestations supplémentaires sont davantage mises en avant (environ 30 %). Par ailleurs, la plus importante difficulté concerne les consultations psychiatriques, les thérapies et les suivis psychologiques : 45 % des répondants déclarent que les mineurs ont des difficultés « très fréquentes » et 27 % « assez fréquentes », soit un total de 72 % des départements. C'est probablement le manque de soignants et de ressources en termes de soins psychiques qui joue là. Malheureusement, cette information n'a pas été recueillie pour la PJJ.

Comme pour l'affiliation CMU, ce sont les mineurs en famille d'accueil qui semblent rencontrer le plus de problèmes pour se soigner (cf. figure 31). Cependant, cette modalité est citée par seulement 14 % des départements, la plupart estimant que les difficultés d'accès aux soins ne dépendent pas du lieu de placement (85 %). De même, les deux-tiers pensent que la situation du mineur n'a pas d'impact sur l'accès aux soins. Pour le tiers restant, ce sont dans les situations de délaissement parental sans délégation de l'autorité parentale (DAP) que les difficultés sont les plus prégnantes (22 %). On retrouve, en deuxième position, les mineurs bénéficiant d'une OPP (17 %). Les situations les plus simples sont celles où le Président du Conseil Départemental a l'autorité parentale (DAP et pupilles de l'État). Les doubles prises en charge ASE/PJJ ne posent pas non plus de problème particulier.

Fig.31 : Situations pour lesquelles les mineurs placés à l'ASE sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins

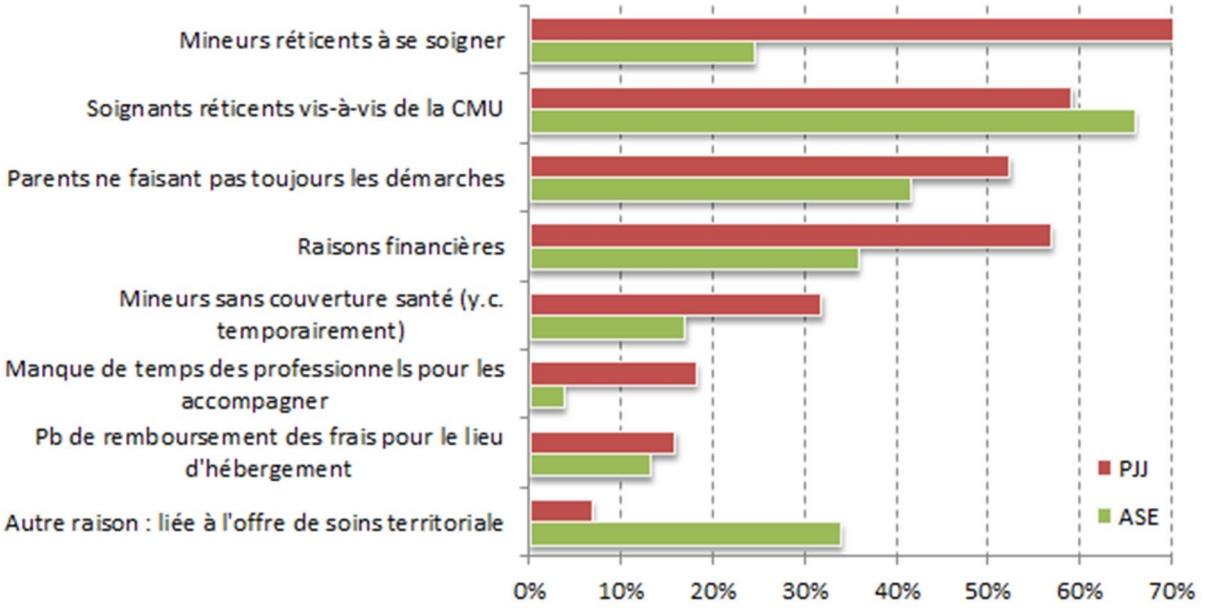


Source : Questionnaire EFIS auprès des services ASE

Les services de l'ASE comme les directions territoriales de la PJJ sont d'accord pour dire que les difficultés d'accès aux soins tiennent principalement à trois facteurs combinés (cf. figure 32) : le fait que certains soignants soient réticents à prendre des mineurs couverts par la CMU (66 % pour l'ASE et 59 % pour la PJJ), le fait que les parents ne fassent pas toujours les démarches liées à l'autorisation de soins, à l'accompagnement du mineur, etc. (52 % pour la PJJ et 42 % pour l'ASE) ainsi que pour des raisons financières liées au tiers payant, aux dépassements d'honoraires, aux problèmes de remboursement de la part de la mutuelle, etc. (57 % pour la PJJ et 36 % pour l'ASE).

Cependant, sept directions territoriales de la PJJ sur dix avancent un facteur supplémentaire qui arrive en première position et qui est directement lié au comportement des jeunes eux-mêmes, à savoir qu'ils refusent les soins ou certains équipements. Par opposition, 34 % des services ASE ont cité un facteur complètement extérieur aux mineurs, à leur placement ou aux institutions les ayant en charge, mais liée à l'offre de soins globale du territoire. Cela concerne essentiellement le manque de structures pédopsychiatriques ou pouvant offrir un suivi psychologique (CMP, CMPP). Notons également que cette modalité de réponse n'était pas proposée dans le questionnaire et qu'elle concerne donc probablement beaucoup plus de départements.

Fig.32 : Raisons des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les mineurs



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

2.1.2. Les difficultés et refus des soignants de ville face aux jeunes placés

Par-delà la réticence de certains soignants de ville à s'occuper d'enfants couverts par la CMU (réticence et refus bien plus rarement signalés dans les entretiens), les deux soignants interrogés ont signalé – en connaissance de cause – l'inattention des soignants de ville à la spécificité du parcours de soin et des affections des enfants placés au titre de la protection de l'enfance. Ainsi, les soignants trop pressés peuvent ne pas comprendre que le renseignement du carnet de santé est d'autant plus essentiel pour ces enfants qu'ils sont – justement – dans des parcours où ce carnet va retracer une histoire qui, sinon, va se perdre :

« Souvent le carnet de santé est vide parce que les médecins n'ont pas le temps. Je leur ai dit : vous pourriez remplir le carnet de santé parce qu'il y a différents lieux ; le carnet de santé doit pouvoir suivre l'enfant. « Ah non je n'ai pas le temps parce que les enfants changent tout le temps, je n'écris pas, je n'ai pas le temps de remplir une fiche parce que ces enfants vont changer ». Donc on a écrit une lettre pour les médecins libéraux : on aimerait que vous puissiez le voir une fois par an en dehors des maladies pour remplir la courbe de croissance, voir s'il va bien. C'est ce que m'a dit un monsieur médecin : « moi je le vois que quand il est malade alors je ne sais pas comment il va, s'il parle ». » (Médecin PMI)

Cette nécessité de reconnaissance des spécificités des enfants placés, dont sont convaincus la majorité des médecins de PMI, se heurte à des incompréhensions de la

part des instances de délégation telles sur l'ordre des médecins. C'est ce que traduit bien ce médecin :

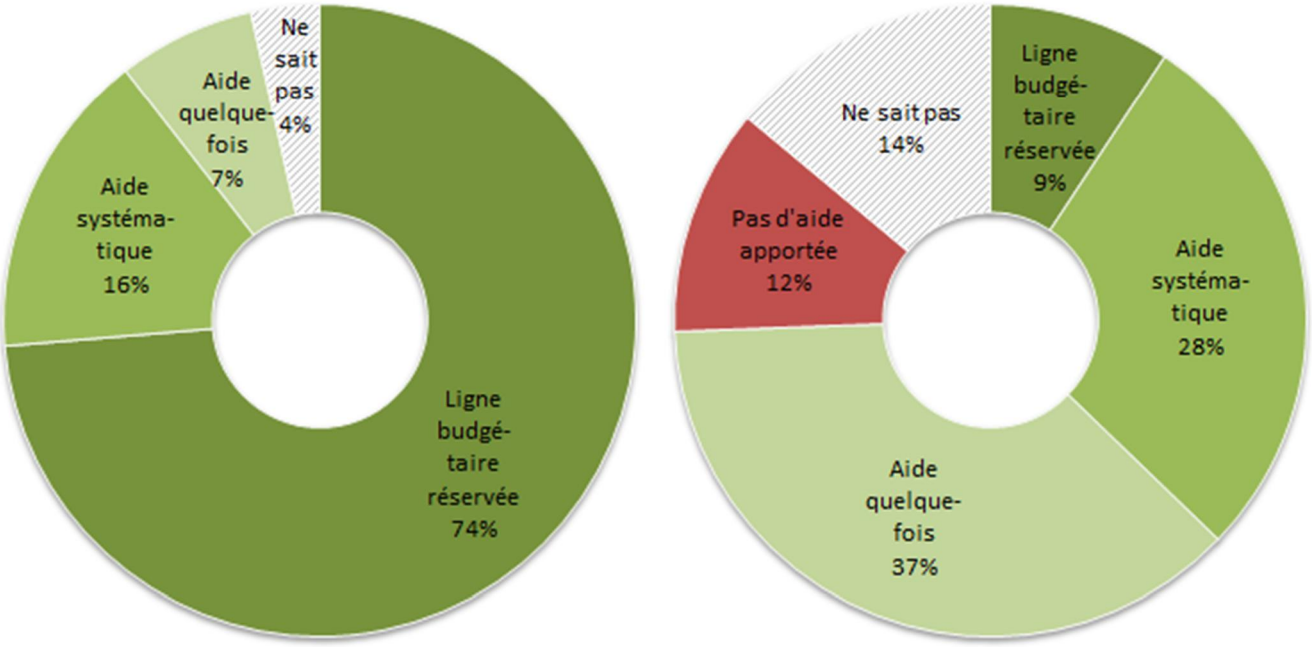
« Un jour, au cours d'une première consultation, je questionne prudemment un garçon de 7 ans qui avait vécu des actes de barbarie, pour savoir si, comme pour toutes les autres parties de son corps que j'examinais, il avait des questions concernant celle de sa zigounette ? Il me répond qu'il « veut bien me montrer car il s'inquiète beaucoup de sa cicatrice du dessous ?». Je l'ai rassuré en lui expliquant que c'était, en fait, une ligne anatomique naturelle. Très soulagé, il a alors saisi l'occasion que l'on parle ensemble cette zone de façon assez neutre, pour poser plusieurs autres questions. Il avait des angoisses persistantes suite aux violences sexuelles qu'il avait vécues avant son placement et manifestement personne ne lui avait permis de les évoquer. Cette expérience m'a beaucoup appris car spontanément un médecin (surtout s'il est libéral), pas formé et sans contact « naturel » avec les éducateurs, ne s'autorisera pas à interroger du côté des organes génitaux et du sexuel chez des enfants abusés de peur d'être trop intrusif. (Médecin de PMI)

Fascination, répulsion, aussi formés soient-ils en termes techniques, les soignants non spécialisés risquent de reproduire dans leur rapport à ces enfants, le rapport que ces derniers ont à leurs propres atteintes. Par-delà donc l'accès aux soins et aux soignants, les enfants en protection de l'enfance « se confrontent » à des acteurs du soin qui ne comprennent pas leur spécificité.

2.1.3. Accompagner les difficultés financières

Comme dit précédemment, les raisons financières sont un des principaux facteurs qui entravent l'accès aux soins des enfants placés. Pourtant, les services ASE tentent de remédier à cette difficulté (cf. figure 33) en réservant spécifiquement une ligne budgétaire à cet effet (74 %) ou en apportant une aide systématique (16 %). Cela ne semble cependant pas suffisant. La position des DTPJJ est toute autre puisque seules 9 % ont une ligne budgétaire réservée et 28 % proposent une aide systématique.

Fig.33 : Aide apportée aux mineurs face aux difficultés financières d'accès aux soins



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et

Les raisons financières sont également évoquées par les assistants familiaux lors des entretiens réalisés. Les assistants familiaux sont dans une relation de proximité avec les enfants, une relation qui les amène à mieux observer leurs possibles maux, à être plus sensibles à leurs souffrances et aux délais de soin induits par les temps de réponse du service pour des demandes de remboursement (ce qui les amène à avancer parfois les frais). Une relation qui les amène aussi à payer de leur poche pour prendre soin des enfants au-delà de la réponse « technique » mais pour prendre soin de l'estime de soi. Le cas des montures de lunette CMU met particulièrement bien en scène cet aspect. Les assistants familiaux, face au désarroi des enfants devant des montures inesthétiques, paient parfois la différence pour leur permettre d'avoir accès à un soin qui ne les disqualifient pas :

« Et je reviens sur la CMU, vous aussi vous avez eu le problème des lunettes CMU qui ne conviennent pas aux enfants ?

Oh oui c'est une catastrophe, j'ai eu le cas. Alors soit on prend les montures CMU et ils sont tout petits ils s'en fichent. Moi A il a eu besoin et là du coup c'est moi qui ai payé la différence. Après en vous en parlant ça me vient à l'époque j'en n'ai pas parlé à la maman d'A ou à la référente, parce que peut être que la maman aurait pu participer. Ça c'est vrai que ça limite vachement. C'est pas génial. Et puis il y a aussi une chose chez les ados ils aiment bien des montures un peu tendance donc… mais ça s'est quand même bien amélioré. (Assistant familial) ».

La couverture CMU peut poser problème pour l'accès aux spécialistes d'après les assistants familiaux. Par ailleurs, face aux dépassements d'honoraires et au règlement de soins non compris dans le panier CMU, ces derniers doivent faire des demandes au service pour pouvoir engager les frais et, face aux délais de réponse, préfèrent parfois engager eux-mêmes les frais pour répondre aux besoins rapides de soin de l'enfant. Les assistants familiaux assurent donc toute une part de l'accès aux soins des enfants placés en avançant eux-mêmes certains frais qui ne seront pas remboursés, comme l'ostéopathe, ou bien en avançant les frais de certains soins dans l'attente de l'établissement de la CMU.

Synthèse : Freins et difficultés d'accès aux soins

Pour les professionnels de la PJJ, les difficultés les plus fréquentes concernent les consultations de spécialistes (non remboursement ou dépassement d'honoraires dans 68 % des cas), ainsi que les soins dentaires. Les professionnels évoquent également les soins d'optique (30 %) et surtout les consultations psychologiques (thérapie, consultations psychiatriques, suivi psychologique). Les difficultés d'accès aux soins sont davantage marquées dans les situations de délaissement parental sans délégation de l'autorité parentale (22 %).

Les services de l'ASE, comme les directions territoriales de la PJJ, s'accordent pour dire que les difficultés d'accès aux soins tiennent principalement à trois facteurs combinés : le fait que certains soignants soient réticents à prendre des mineurs couverts par la CMU (66 % pour l'ASE et 59 % pour la PJJ), le fait que les parents ne fassent pas toujours les démarches liées à l'autorisation de soins, à l'accompagnement du mineur, etc. (52 % pour la PJJ et 42 % pour l'ASE), ainsi que pour des raisons financières liées au tiers payant, aux dépassements d'honoraires, aux problèmes de remboursement de la part de la mutuelle, etc. (57 % pour la PJJ et 36 % pour l'ASE).

Par rapport à ces trois points, les DTPJJ évoquent beaucoup plus fréquemment les refus de soins des jeunes (dans près de 70% des réponses) tandis les services de l'ASE évoquent plus fréquemment les refus de soins face à la couverture CMU des enfants placés. On retrouve là un des effets de la différence d'âge des deux publics (les enfants plus âgés pris en charge par la PJJ étant plus en position de refuser de se soigner).

Pour tenter de remédier aux raisons financières entravant l'accès aux soins des enfants placés, une ligne budgétaire est réservée à cet effet (74 % des services ASE et 9 % des DTPJJ) ou une aide systématique est apportée (16 % des services ASE et 28 % des DTPJJ). De la même façon, à l'échelle de l'accueil familial, les assistants familiaux sont amenés à engager eux-mêmes des frais pour répondre aux besoins rapides de soin de l'enfant.

Par-delà les difficultés d'accès aux soins liés aux raisons financières et refus des soignants, les soignants de ville ignorent trop souvent la spécificité des affections de ces enfants – dont les histoires particulières peuvent les malmener – ainsi que le besoin crucial de bien renseigner leurs soins (via le carnet de santé) vu que ces enfants sont pris dans des déplacements et des parcours qui risquent, sinon, de les laisser « sans histoires ».

2.2. ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF A LA SANTE : UN ENJEU AUTOUR DU PRENDRE SOIN DE SOI

Dès les premiers entretiens réalisés, il est apparu massivement que la question de la santé recouvrait un enjeu autour du « prendre soin », également comme une mission de la mesure de protection. Il est fait le constat que les jeunes accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance ont pu éprouver un manque d'attention à l'égard de leurs besoins, pas seulement sanitaires, et une difficulté à pouvoir prendre soin d'eux. C'est précisément ici que se situe un enjeu de l'accompagnement éducatif, le « prendre soin ».

Cette dimension vient directement questionner le champ des compétences professionnelles et les attributions prévues institutionnellement : Qui est en charge de prendre soin de cet enfant ? Comment se traduit et se décline cet accompagnement entre le référent éducateur, l'éducateur ou l'assistant familial présent au quotidien avec l'enfant et les parents ?

2.2.1. Travailler la santé avec les jeunes PJJ

Le travail sur la santé avec les jeunes se trouve pris en étau entre le rapport lacunaire au soin de soi des jeunes eux-mêmes, et le rapport complexé à la question de la santé des éducateurs. Les éducateurs doivent apprendre à insister et porter la question de la santé auprès de jeunes qui se désintéressent de leurs propres soins :

« Oui les éducs essaient de les motiver à reprendre en main leur santé, c'est l'idée et c'est là-dessus que l'on travaille à (nom de ville), aussi dans le département. Les éducs sont sensibles à ça et les familles d'accueil également et ça oui les éducs essaient d'inverser la tendance sur la prise en charge. Après, des fois l'éduc a pris des rendez-vous et le jeune n'a plus envie d'y aller et la tendance après pourrait être la dernière fois j'ai pris rendez-vous, il n'y est pas allé, je ne prends plus rendez-vous. Et là j'essaie de faire en sorte qu'on ne laisse pas tomber pour que le jeune arrive à comprendre qu'on n'en a pas rien à faire de sa santé et, de plus en plus, c'est une attitude collective de l'équipe. Il n'y est pas allé mais on insiste. » (Référent santé PJJ)

Ils doivent également sensibiliser et dédramatiser le recours, notamment aux soins psychiques :

« Il y a aussi le côté des mineurs qui est très réfractaire au monde de la psychiatrie parce qu'ils sont déjà très en difficulté et dès qu'on parle psy pour eux c'est je suis fou. Et après c'est tout ce travail éducatif à dire en quoi consiste une consultation en tout cas pouvoir amener à une consultation, en toute sérénité et c'est compliqué à travailler une obligation de soin et surtout psy. » (Cadre PJJ)

Enfin, face à une approche trop frontale qui pourrait braquer des jeunes réticents, les éducateurs et les équipes doivent trouver des recours, des détours pour aborder la santé finalement d'une manière plus large :

« Il y a des astuces que l'on utilise. On sait qu'on va avoir du mal à aborder la consommation de cannabis, par contre le jeune parlera davantage des problèmes d'endormissement. ». (Cadre PJJ)

2.2.2. La santé : révélatrice d'une relation de confiance avec un adulte d'après les jeunes

Pour un mineur pris en charge par l'ASE ou par la PJJ, accéder aux soins nécessite de formuler une demande, de l'adresser à un professionnel, souvent éducateur, intermédiaire avant de consulter un professionnel de santé. Ainsi, la dynamique relationnelle est à l'œuvre ici et s'exprime dans le discours des jeunes à deux niveaux.

Le premier concerne le fait d'aller vers, de faire la démarche de consulter un médecin ou de solliciter un adulte en l'alertant sur son état (douleurs, symptômes, maladie). Ainsi, voici ce qu'ils répondent lorsqu'on leur demande ce qu'ils font lorsqu'ils ont mal quelque part :

« Je demande à mes éducateurs, je lui dis que j'ai mal à la tête et ils me donnent un cachet. Ou alors il me prend un rendez-vous *chez le médecin ou c'est moi qui le fais et après je vais chez le médecin, logique. » (Téo, 16 ans)*

« Ouais ça me soulage, j'en ai parlé avec les éducs, avec la psy, avec une infirmière pour le lycée, toutes les personnes que j'ai vues. J'ai posé des questions à une éducatrice, elle m'a écouté, elle m'a répondu. » (Téo, 16 ans)

« A qui en parler en premier ? Aux éducs. C'est aux éducateurs que je peux faire confiance. Vous avez confiance en eux pour ces questions-là ? Ben j'ai appris à les connaître. (Victoire, 14 ans) »

« As-tu confiance dans les professionnels pour pouvoir leur poser des questions sur la santé ? Ouais c'est leur boulot. À un plutôt qu'à un autre ? Non, le premier venu. » (Damien, 14 ans)

« Tu vois toujours le même médecin ? Ouais c'est le même. Et est-ce que tu en parles toujours au même éducateur ? Non ça change, celui qui est là. Ça change rien. » (Victoire, 14 ans)

« Si tu as une question sur la santé ? Soit avec mon ref s'il est là, sinon, un autre. » (Olivier, 16 ans)

« Ça dépend, un truc je me fais frapper quand c'est très grave je préfère que ce soit moi et quand c'est pas vraiment grave comme une gastro c'est le foyer, ou vaccin c'est moi. Je sais pas j'aime bien prendre des rendez-vous. Je suis rassuré que c'est fait. Peut-être que je vais demander aux éducateurs de prendre rendez-vous et c'est pas fait. » (Téo, 16 ans)

Globalement, les jeunes attribuent à leurs éducateurs le rôle d'accueillir leurs demandes en ce qui concerne la santé notamment pour consulter. Ainsi, ils rattachent

cette mission plus à la fonction (au statut) qu'au professionnel en lui-même. L'hypothèse inverse aurait pu être formulée au regard du caractère intime, personnel de la santé. Toutefois, cet élément converge avec les travaux démontrant que les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance délimitent différemment les sphères de l'intime, de l'histoire du privé, au regard du fait que leur vie familiale dans son ensemble est ouverte, observée voire pénétrée par les services sociaux au moment même de la mesure, l'intime est déversé dans le monde social. À cela s'ajoutent les nombreuses occasions où l'enfant est amené à évoquer son histoire, son vécu auprès de multiples professionnels. D'ailleurs, dans de nombreux lieux d'accueil (collectifs ou familiaux), cette question du respect de l'intime, de l'espace de chacun est centrale et travaillée auprès des jeunes à différents niveaux.

« Je sais qu'il y a 4-5 mois, j'ai eu des problèmes de santé, si je m'étais pas boostée, je suis sûre qu'au jour d'aujourd'hui ça se serait aggravé, et je dis merci à mon éducatrice en même temps qui me poussait à aller à l'hôpital sinon j'y serais jamais allée. ». (Yaël, 16 ans)

« Par rapport à la santé, si j'ai des questions, je vais voir ma référente si elle ne peut pas me répondre, elle me pousse à aller voir des professionnels. » (Yaël, 16 ans)

Même si l'éducateur est sollicité de façon indifférenciée en fonction de sa disponibilité, il représente un vrai rouage dans la préoccupation de la santé, en aidant les jeunes à mieux décrypter leurs symptômes et à les orienter vers les professionnels les plus appropriés. Ainsi, il participe à ce que le jeune puisse se repérer dans le paysage des professionnels de santé.

Le deuxième niveau, après avoir sollicité, concerne le sentiment de se sentir compris et pris au sérieux, ce qui soulève la question de la légitimé de leurs ressentis. L'évaluation du diagnostic réalisé suit le sentiment d'efficacité du traitement prescrit.

« Si en fait, la dernière fois je lui ai dit que j'ai mal aux genoux et il m'a dit que c'est la croissance, donc je lui ai rien dit. Je vais lui redire que j'ai mal aux genoux et il va me dire que c'est la croissance. » « Ça m'est déjà arrivé pendant un mois, il y a certains médicament qui me donnent ça marche pas. » (Téo, 16 ans)

Même si ce jeune exprime clairement son souhait de consulter au regard d'une douleur, il doute du diagnostic réalisé et de l'efficacité du traitement prescrit. Il évoque ici relativement clairement, le fait que le médecin ne considère pas sa douleur comme « importante » ou nécessitant un examen approfondi, sentiments qui se manifestent par le fait de remettre en doute la crédibilité du médecin.

« Par exemple pour… quelqu'un qui nous connaît depuis longtemps, ben comme le médecin il connaît beaucoup de monde, il connaît pas la situation, il croit que c'est des bobards. Ben s'il y a un médecin ici il y a quelqu'un qui dit j'ai mal au ventre, à la tête

mais en fait de la mytho. Il donne des médicaments et il y a rien. Il va discuter un peu avec les éducs. » (Téo, 16 ans)

« J'ai l'impression que les éducs me prennent au sérieux quand j'ai mal. » (Olivier, 16 ans)

« Après quand on a du mal à parler de quelque chose on a plus de mal à parler à quelqu'un de l'extérieur. » (Téo, 16 ans)

Dans leurs propos, les jeunes expriment eux-mêmes le fait que certaines douleurs n'ont pas d'origine organique, mais le manque d'articulation entre l'éducatif et le sanitaire, leur renvoie le sentiment d'une prise en charge éclatée avec le sentiment d'être perçu comme menteur par le corps médical, lorsque ce dernier n'est pas « familier » de ce public.

2.2.3. L'accès à l'histoire des soins : la récupération du carnet de santé

Première étape dans la confrontation plus directe et concrète des éducateurs référents à la question de la santé des enfants placés, la récupération du carnet de santé. Dès ce moment-là, ce qui pourrait apparaître comme un domaine crucial du suivi peut sembler bien mal « embarqué » tant les informations contenues dans le carnet de santé et le devenir futur du carnet de santé sont aléatoires. Un éducateur constate donc que le suivi de la santé peut être compromis dès la recherche du carnet de santé et des informations qu'il contient :

« Et pour le carnet de santé ça se passe comment ?

On les demande aux parents et soit les parents ont le carnet de santé de l'enfant et nous le transmettent soit il a été perdu, les informations que l'on peut avoir sur la santé des enfants c'est très aléatoire. » (Éducateur ASE)

Même constat chez cet autre éducateur très sensible à la cohérence et la continuité du suivi santé de l'enfant. Il est un des professionnels interrogés qui fait le plus de lien entre le travail sur la santé et le travail éducatif. Pour lui, ces deux dimensions peuvent être compromises dès le début du placement avec les difficultés à exploiter les informations du carnet de santé :

« Il est indispensable qu'il y ait une cohésion autour de l'enfant accueilli dans plein de domaines mais surtout dans le domaine de sa santé, sinon on a des difficultés à avoir une continuité. L'enfant a déjà une histoire dans sa famille en rapport à sa santé, on a des parents avec des problématiques, d'incestes. Souvent on n'a très peu accès à cette histoire-là. À travers le carnet de santé on n'a pas accès, on n'a pas toujours le carnet, et ce qui s'est passé n'est pas toujours inscrit dans le carnet. » (Éducateur ASE)

Pour cet éducateur, l'ASE – face au domaine du soin – notamment n'est pas réellement considéré comme un interlocuteur qui doit avoir une appréhension globale de l'enfant et de sa situation et donc de sa situation sanitaire. Aussi, se retrouve-t-il fréquemment

avec un sentiment de dispersion tant sur la santé que sur les problématiques éducatives que la santé reflète.

« Pensez-vous manquer d'informations sur la santé des enfants placés ?

Oui complètement, si je prends les partenaires extérieurs, l'ASE est quand même le partenaire à qui on s'adresse pour trouver un lieu d'accueil de l'enfant. Il va falloir que vous assuriez la place, on va nous décrire factuellement la situation du jeune mais l'historique… moi perso je trouve que l'unicité de l'individu dans sa dimension d'histoire il y a plein de choses qu'on nous dit pas… » (Éducateur ASE)

Une des éducatrices interrogée est plutôt sur l'idée de travailler avec les parents, qu'ils soient à distance des soins de leur enfant ou pas. Aussi, elle ne s'attache pas tellement à l'état et à la qualité de l'information contenue dans le carnet de santé mais plutôt à ce que le carnet de santé reflète du concernement parental vis-à-vis de l'enfant et donc du type de travail qu'elle va devoir faire avec les parents pour les associer au suivi médical de l'enfant :

« Le carnet de santé, c'est quelque chose qui va tout de suite être demandé aux parents. C'est vous qui connaissez votre enfant, est-ce que vous avez des choses à nous dire ? L'idée c'est que, pour le lieu d'accueil, on puisse s'appuyer sur les connaissances que les parents ont de l'enfant de manière à bien respecter ce qui a été mis en place pour pouvoir également ensuite garder une place aux parents. Si on est sur le même secteur c'est pour pouvoir garder le même médecin. Si les parents veulent rester présents il y a deux possibilités, soit ils continuent de prendre les rendez-vous pour leur enfant soit ils viennent sur les lieux de placement et accompagnent leur enfant lors des visites. Si les parents sont dans un défaut de soins, ça se repère tout de suite, le carnet de santé n'est pas rempli, en mauvais état. Là on va essayer de les mobiliser autour de ça, ça peut être des leviers qui vont être mis en place pour valoriser la famille autour de ce qu'elle peut faire. Ça peut aider à restaurer l'autorité parentale par ce bais. » (Éducateur ASE)

La préoccupation du carnet de santé peut être révélatrice de pratiques plus générales non établies au niveau institutionnel, teintées d'aléatoire et de dispersion.

« Si on reprend le parcours d'un jeune, comment et quand se pose la question de la santé, qu'est-ce qui se passe à quel moment, et qui s'en charge ?

Nous, c'est pas quelque chose, quand un enfant arrive, la question du carnet de santé se fait par le lieu de placement. Quand il y a un placement, on demande à ce qu'il se déplace avec le carnet de santé, mais c'est après dans le lieu de placement qu'ils vont vérifier un petit peu, souvent il y a des médecins, par exemple dans les foyers, ou des infirmières qui peuvent faire un bilan au début du placement, et quand c'est chez des familles d'accueil, elles font un bilan chez un médecin référent dans leur ville. Soit il peut y avoir… Je vous avoue que je ne suis pas trop au clair avec ça. » (Éducateur ASE)

Cette éducatrice sait ou plutôt considère que ce sont les lieux d'accueil qui récupèrent et exploitent le carnet de santé pour entamer les démarches de soin avec les enfants. Dans son cas, elle ne se sent pas en charge personnellement de cette dimension et est dans une posture distanciée en s'informant de temps à autre.

A ce propos, les référents santé constatent que, malgré la démarche de PJJ promotrice de santé, les éducateurs tendent à rester –pour une partie d'entre eux – distants de ce sujet, hésitant à impulser une démarche de bilan :

« Pour les équipes, le carnet de santé c'est confidentiel, on ne veut pas faire d'intrusion donc on le demande pas. J'ai dû leur expliquer que c'était une condition sine qua non pour la collectivité, on avait besoin de savoir si le jeune était vacciné, s'il avait des pathologies éventuelles etc… sur toutes les questions de santé c'était survolé y compris par le milieu ouvert. » (Cadre PJJ)

2.2.4. Le rapport des professionnels PJJ à la santé des enfants

Le recours lacunaire aux bilans de santé comme le faible remplissage du RIS renvoient au rapport des éducateurs à la santé des jeunes qu'ils prennent en charge. Ce rapport a évolué, la plupart des acteurs rencontrés le soulignent, néanmoins il reste marqué par une forte distance voire une perception très classique de la santé, bien éloignée de la notion de santé bien être :

« Alors les équipes elles avaient une perception hygiéniste de la santé, on en était encore avant la 2ème guerre mondiale, c'était répondre s'il y avait maladie, handicap, et elles fonctionnaient de manière impérieuse, elles avaient une vision de l'articulation… l'accès aux soins… Il n'y avait pas de contact dédié, y compris pour la carte vitale, l'accès aux droits (…) Il y a des professionnels plus investis que d'autres, mais pour la plupart de ces professionnels ils ont une vision hygiéniste, ils avaient tendance à faire de la santé sans le savoir, l'inscription de la santé dans l'environnement, la santé bien être, ils y participaient… Là il y a un atelier prend soin de toi… pas mal de choses qui sont faites. Mais il y a encore beaucoup d'éducateurs qui n'ont pas le sentiment de faire de la santé dans l'action éducative. Qui renvoient la santé à la maladie et au handicap. » (Cadre PJJ)

C'est cette vision classique voire technique de la santé qui contribue à la faire considérer comme une affaire de spécialistes et de professionnels dédiés. Aussi, pour nombre d'éducateurs, la santé apparaît et comme un domaine très technique (qui appartient aux spécialistes) et comme relevant du corporel et de l'intime. Elle est, à ce titre, exclue de l'action éducative portant sur le psychique et sur la socialisation du jeune. Face à ce rapport distant, la PJJ a mis en place des démarches (PJJ promotrice de santé) et des personnes ressources (conseillers techniques santé) ou supports pour aider et accompagner les équipes. Un important travail de coordination s'amorce où chaque professionnel doit repérer son rôle relativement à ceux des autres, où les infirmiers (lorsqu'ils sont présents) doivent sensibiliser sans assumer à la place des

éducateurs, et où les éducateurs référent santé doivent coordonner sans faire à la place des éducateurs référents.

« Est-ce que la santé est travaillée par les équipes ?

C'est travaillé pas suffisamment, ça fait partie du rôle des infirmières de sensibiliser à ces questions-là, sans faire à leur place. Leur rôle c'est de sensibiliser les équipes éducatives. » (Cadre PJJ)

« Et c'est difficile de motiver les éducs pour qu'ils deviennent référents ?

C'est assez compliqué de mobiliser les gens sur ces questions-là. La santé ça fait peur : les éducs pensent que c'est de l'intime, que ce n'est pas de leur domaine, ça leur fait un peu peur. Et on voit bien, suite à une réflexion faite par un référent santé à une commission santé, c'est qu'ils se sentent un peu seuls et c'est sur eux que repose la prise de rendez-vous. C'est un problème parce qu'il y a des référents pour chaque jeune et le référent santé n'est là que pour coordonner.

Il y a un risque que les autres éducs se déchargent sur les référents de la question de la santé ?

C'est le risque, et ce n'est pas spécifique à l'hébergement c'est aussi en milieu ouvert. » (Cadre PJJ)

Néanmoins, malgré les réticences, les cadres de santé interrogés notent que les équipes ont évolué sur le sujet de la santé et se montrent plus sensibles :

« La santé ne vient pas comme une évidence et après ces dernières années il y a eu une évolution notable. Je suis arrivée il y a onze ans : c'est notable ; aujourd'hui chaque éducateur se sent concerné par cette question. La santé est vraiment prise en compte. Lors des journées promotrices de santé, il y a un éducateur qui va venir qui n'est pas référent, ça montre que c'est présent. Cette question de la santé, c'est peut-être plus facile pour les femmes que pour les hommes, mais grosso modo ça évolue. » (Cadre PJJ)

« Il y a plus d'implication sur toutes les questions de santé bien être, il y a une attention portée plus grande, les articulations sont plus fluides. Il y a une dynamique autour de la santé bien être après les points de rupture. C'est quand des nouveaux arrivent dans l'équipe, même si il y a des outils, j'ai créé un mémo santé. Un référent disait il n'y a pas forcément implication des éducateurs qui ne sont que de passage et nous on ne s'implique pas non plus. ». (Cadre PJJ)

2.2.5. Le soin : une dimension secondaire du suivi éducatif sur le terrain ?

À travers la parole des cadres, les services apparaissent franchement ambigus dans leur positionnement vis-à-vis de la santé, pris entre des grandes orientations officielles (bilans de santé pour tous, suivi de la santé dans le PPE, collaboration avec les parents) et des arrangements et impératifs pratiques plus troubles. Quand les cadres nous parlent du suivi de la santé de la part des éducateurs référents, on retrouve cette

même ambiguïté. Ce qui serait sensé être un domaine crucial ou du moins important est traité comme un domaine parmi d'autres du suivi éducatif et ce tant par manque de moyens humains pour réellement suivre cette question que par manque de compétence des éducateurs sur cette question.

« Et la santé elle vous semble bien suivie en général ou pas ?

Je n'ai pas l'impression que ce soit une priorité, d'une manière générale quand il y a un problème particulier, il y a une mobilisation autour d'une pathologie particulière… Mais que les choses soient prévues, je n'ai pas l'impression que ce soit… la priorité.

Comment vous vous positionnez face à cela ?

Ça fait partie de la prise en charge et de toute façon les choses s'enclenchent rapidement parce que les enfants ont quasi systématiquement des soucis de santé.

Pourquoi la santé n'est pas une priorité ?

La multitude des tâches, les travailleurs sociaux qui ont entre 40 et 50 situations et le fait que les enfants nous arrivent dans leur globalité et que ce n'est qu'une partie de la prise en charge, au même titre que la relation avec les parents, la scolarité, l'accès à la fratrie etc. » (Assistant familial)

Ce cadre oscille dans son propos entre le fait de dire que les problématiques de santé sont rapidement traitées (parce qu'elles ont des implications sérieuses) et le fait que la santé est un domaine secondaire du suivi éducatif, notamment du fait de la charge de travail des éducateurs. On voit clairement que ce type de fonctionnement favorise principalement la gestion de la santé curative et somatique et éloigne largement les services et les professionnels de la question de la santé bien être. Mais, plus loin que cette gestion de la santé « visible » (c'est à dire quand elle se manifeste par des pathologies), la santé est un domaine qui peut être plus difficilement géré et accompagné du fait du manque de connaissances des éducateurs face aux problématiques médicales :

« La santé n'est pas énoncée comme un objectif, elle est sous-estimée, ils [les éducateurs] ne sont pas assez sensibilisés à cela. Il y a eu un travail il y a quelques années avec un power point diffusé par circonscription sur les constats assez lourds de tous les problèmes que présentaient les enfants placés, avec des problèmes visuels, auditifs, qui montraient que ce public était particulièrement touché. Ça avait redonné un peu de sens à ce qu'on pouvait proposer dans le cadre du contrat d'accueil, le rôle du médecin traitant. » (Cadre ASE)

Ce premier service a tenté de gérer ce manque de connaissances par une démarche éphémère de sensibilisation. Cet autre service tente d'associer des puéricultrices de PMI à certains suivis pour relayer les éducateurs sur les problématiques médicales spécifiques :

« Quel est le positionnement des éducateurs ?

Ils ne sont pas forcément à l'aise avec ce sujet-là. C'est pour ça qu'on voulait qu'il y ait un référent médical. Après dans les faits, s'il y a pas de puér, c'est à l'éduc que l'assistant familial fait remonter les premières informations. Après, ils font remonter à moi, moi ça m'arrive de demander aux médecins. C'est important qu'il y ait des référents santé sur la santé ; l'éduc c'est pas sur lui qu'il faut faire reposer la responsabilité de tel ou tel examen médical. Nous, on a eu une situation avec des suspicions de violences physiques, bébés secoués. Là on a eu besoin de faire le point avec la puér. Elle a dit il faudrait faire tel ou tel examen, il faut que ce soit le personnel médical. C'est pas à l'éduc de le faire. On ne peut pas leur reprocher de ne pas avoir fait le bon examen et encore moins à la famille d'accueil. » (Cadre ASE)

L'importance des problématiques médicales chez les enfants placés et le manque de spécialisation voire la franche impréparation des éducateurs référents comme de certaines familles d'accueil soulignent à nouveau l'intérêt d'une collaboration entre les services de l'ASE et de la PMI. En effet, sans cette collaboration on a le sentiment que la santé est gérée comme un calendrier d'examens à suivre et que, quand elle devient un problème trop manifeste, elle est soit gérée par les lieux d'accueil soit prise en relais par la hiérarchie, notamment via la collaboration avec la PMI. Un partenariat ASE-PMI permet visiblement d'assurer une circulation rapide de l'information sur les différentes situations et permet aux soignants de rappeler au personnel éducatif l'importance de la dimension du soin dans le suivi global de l'enfant.

D'après les assistants familiaux qui accueillent l'enfant dans leur famille, les éducateurs référents semblent se tenir à distance de ces questions jugées soit trop prosaïques, soit trop intimes et ne sont pas forcément très précis dans ce qu'ils transmettent aux familles d'accueil, les laissant découvrir les questions de santé dans l'intimité avec l'enfant accueilli :

« C'est le référent de l'enfant qui me parle de la santé et après c'est moi qui pose les questions, mais il ne rentre pas jusqu'au fond du problème, c'est à nous de découvrir, il y a toujours une petite retenue. » (Assistant familial)

Par contre, ces relations peuvent se tendre lorsqu'il s'agit de santé psychique. Il est alors question non pas uniquement de traitements à administrer mais d'une orientation plus globale de l'enfant qui vient empiéter sur le rôle de l'éducateur qui est, justement, d'évaluer une situation et de l'orienter vers un type ou un autre de prise en charge. Cette assistante familiale s'est ainsi retrouvée en butte avec l'éducateur référent d'un enfant sur une question d'orientation en IME :

« Sur certains cas, j'ai eu le cas d'une gamine avec un besoin d'une prise en charge psy, dans le libéral parce qu'il n'y avait plus de places en CMP. Je devais faire un bilan psy.

Elle était dans une CLIS, je voulais pas qu'elle aille en IME. J'avais monté le dossier avec la CLIS et son entraîneur ; il me fallait un bilan psy, ça n'a pas été pris en charge. Ça a été pour moi.

C'était votre choix, c'était pour vous ?

Surtout qu'elle a été quand même en IME, la référente a voulu qu'elle aille en IME et ça a été la dégringolade complète. Mais là je l'ai sortie de l'IME et elle a un contrat d'avenir et elle travaille quand même [20 ans en fin d'année]. On vit quand même avec l'enfant, on voit ce qui est bien ou moins bien. On pourrait décider de certaines situations, mais on n'a pas le droit de parole. On nous le fait bien comprendre on vient parce qu'il faut qu'on vienne. C'est pas avec tous les éducs, certains nous font comprendre que sans nous ils pourraient pas travailler. » (Assistant familial)

L'ensemble de ces éléments invite à questionner la continuité des soins dans le parcours de l'enfant dans le dispositif de protection de l'enfance. La dimension de la santé n'échappe pas au risque de parcours fractionné, où le nouveau lieu de placement ne dispose pas de l'historique des soins effectués et n'a pas le temps de mettre en place avec le jeune une prise en compte globale de sa santé, en lui permettant d'intérioriser une attention à prendre soin de lui, en le préparant à l'accès à la majorité. Ces difficultés s'expriment de manières différentes selon les lieux d'accueil, qui peuvent disposer de ressources spécifiques pour favoriser une continuité du soin.

Synthèse : L'accompagnement éducatif à la santé

Le travail sur la santé avec les jeunes protégés se trouve pris en étau entre le rapport lacunaire au soin de soi des jeunes eux-mêmes, et le rapport complexé à la question de la santé des éducateurs. Les éducateurs doivent au quotidien porter la question de la santé auprès de jeunes qui se désintéressent de leurs propres soins, notamment en dédramatisant le recours aux soins psychiques.

Globalement, les jeunes attribuent à leurs éducateurs le rôle d'accueillir leurs demandes en ce qui concerne la santé notamment pour consulter. Ils rattachent cette mission plus à la fonction (au statut) qu'au professionnel en lui-même en s'adressant avant tout au travailleur social présent au moment où il en a besoin. Les travailleurs sociaux représentent un vrai rouage dans la préoccupation de la santé, en aidant les jeunes à mieux décrypter leurs symptômes et à les orienter vers les professionnels les plus appropriés. Dans leurs propos, les jeunes expriment eux-mêmes le fait que certaines douleurs n'ont pas d'origine organique, mais le manque d'articulation entre l'éducatif et le sanitaire, leur renvoie le sentiment d'une prise en charge éclatée avec le sentiment d'être perçu comme menteur par le corps médical, lorsque ce dernier n'est pas « familier » de ce public.

Les pratiques autour du carnet de santé sont extrêmement variables, non systématisées. À partir du discours des travailleurs sociaux, trois conceptions émergent : le carnet de santé comme un pont entre le sanitaire et le social, le carnet de santé réservé au monde et aux professionnels du sanitaire, le carnet de santé comme révélateur du « concernement » parental vis-à-vis de la santé de l'enfant.

Pour nombre d'éducateurs, la santé apparaît et comme un domaine très technique (qui appartient aux spécialistes) et comme relevant du corporel et de l'intime, alors même que les jeunes peuvent en parler beaucoup plus facilement. Ayant constaté un manque dans la chaîne de la santé, certains services ont confié de façon spécifique cette mission à des éducateurs référents santé. Toutefois, ce type de fonctionnement participe à un nouveau fractionnement avec un interlocuteur supplémentaire, à moins qu'un travail approfondi de coordination professionnelle soit réalisé. Le manque de connaissances des éducateurs face aux problématiques médicales est relevé à plusieurs reprises tant par les cadres que par les professionnels éducatifs eux-mêmes.

La dimension de la santé n'échappe pas au risque de parcours fractionné, où le nouveau lieu de placement ne dispose pas de l'historique des soins effectués et n'a pas le temps de mettre en place avec le jeune une prise en compte globale de sa santé, en lui permettant d'intérioriser une attention à prendre soin de lui, en le préparant à l'accès à la majorité.

2.3. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES VARIABLES SELON LES LIEUX D'ACCUEIL DU MINEUR

Les multiples strates institutionnelles concernées par la santé des enfants protégés participent à une difficile délimitation des champs de compétences, notamment par ceux qui ont à agir sur la santé dans le quotidien de l'enfant. En effet, au-delà des orientations institutionnelles, en termes de fonctionnement, de procédure et d'organisation administrative, la santé de l'enfant vient mobiliser chaque professionnel dans un questionnement sur la délimitation de son champ de compétences. Ainsi, selon les lieux d'accueil de l'enfant, notamment qu'il soit collectif ou familial, les logiques professionnelles seront différentes, basées sur des conceptions de l'accompagnement à la santé variables. Dans leur discours, les parents eux-mêmes, ont pu relever des points de différence (cf. chapitre 3, point 3.2). Les soignants, quant à eux, relèvent une impréparation générale des acteurs de l'éducatif sur les questions de santé des enfants placés.

2.3.1. L'absence de préparation des professionnels de l'éducatif aux questions de santé

Les soignants interrogés constatent une impréparation générale des acteurs éducatifs sur la question de la santé. Cette impréparation va de la négligence des informations disponibles (ou à rendre disponibles) sur la santé des enfants à une mésinterprétation des différents signes médicaux :

« On se rend compte-là, quand les enfants arrivent à 11-12 ans, l'éduc fait tout l'historique avec les parents, pourquoi l'enfant est pupille, comment ça se passe à l'école et moi je dis « alors au niveau de la santé ? » Et là, c'est un grand blanc. Ça veut dire que ni l'éduc ni l'inspecteur n'ont écrit dans les rapports l'état de l'enfant physique, si l'enfant est décalotté, est-ce qu'il a une scoliose, « oh oui il est harmonieux » Oui il est harmonieux mais il peut avoir un retard de croissance. » (Médecin PMI)

Autre manifestation de l'impréparation des éducateurs, le refus de s'approcher trop près du physique et des questions liées au physique des enfants accueillis. Une attention aux soins de base est alors perdue. Les éducateurs restant dans une conception dialogique et psychologisante de leur rôle tandis que les enfants sont laissés seuls face à leurs corps et leur manque distordu ou distant à ce corps :

« A la pouponnière où là ça va et un service petite enfance où là il y a des enfants de 4 à 10 ans, où les éducateurs ne veulent pas assister à la douche des enfants, ne font pas les soins des enfants, ils ne veulent pas leur passer de la crème etc… Les enfants restent sous la douche sous l'eau sans se laver et on n'a parfois des enfants qui ont une très mauvaise hygiène au niveau de leurs organes génitaux. Moi je trouve que les corps de métiers que l'on met au niveau des temps du matin du réveil et de la douche ne sont pas adaptés. » (Pédiatre)

Cette soignante note que les intervenants véritablement qualifiés et armés pour faire face aux troubles du rapport au corps de ces enfants sont trop rares dans les établissements d'accueil :

« Les éducs ils ne savent pas mettre les bons mots ?

Ben non ils nous disent il a été abusé, je vais pas lui regarder le zizi pour voir si c'est propre. Parce qu'on a des enfants, des filles qui ont des vulvovaginites parce qu'elles ne se lavent pas, elles se font caca dessus et les éducateurs hommes sont réticents à regarder. Et quand on envoie une aide-soignante, une femme, c'est quand même mieux. » (Pédiatre)

Comme pour les médecins de ville non préparés à faire face aux problématiques des enfants placés (voir point 2.1.2), les évitements des éducateurs reproduisent alors les difficultés et distorsions qu'ont connues les enfants, les laissant, encore une fois, seuls face à leurs troubles. Le soignant formé à ces questions est celui qui peut ré-indiquer, appuyer sur l'importance de dépasser la répulsion pour établir un autre rapport de l'enfant à son corps. Faute d'une telle préparation des éducateurs, les soignants constatent une totale hétérogénéité des pratiques et des sensibilités :

« Du coup, on a de tout après, des originalités des éducs qui nous disent moi j'ai prévu un scan de prévu, de l'orthophonie alors que l'enfant est jeune. Et quand le médecin de PMI dit qui a demandé ce scan, mais c'est l'assistante familiale qui est très convaincante qui a demandé au médecin généraliste. Et ça ne sert à rien de faire un scan du cerveau pour un retard d'apprentissage. Ou alors une dame qui me dit : c'est un scandale, on ne connaît pas le rhésus des enfants. Qu'est-ce qu'on s'en fout ? Mais c'est les assistantes familiales qui le demandent. On s'en fout, les transfusions c'est en rhésus universel. Entre ceux qui ne font rien et ceux qui se prennent pour des médecins il y a quand même des aberrations un peu étonnantes. » (Médecin PMI)

On se retrouve alors pris entre des situations de négligence et des « préconisations » non-maîtrisées. Dans ces situations, il est probable que l'impréparation des acteurs de l'éducatif (éducateurs et assistants familiaux) rencontre la « candeur » des soignants de ville. Tous sont impressionnés et maladroits avec les problématiques de santé spécifiques des enfants placés en protection de l'enfance. Aussi la préconisation sauvage de l'assistant familial rencontre le manque de moyens ou la perplexité du soignant pour aboutir à des « pseudo-soins ».

2.3.2. Le traitement médical des affections éducatives a des effets éducatifs

Les deux soignants ont insisté sur ce point : l'impréparation des acteurs de l'éducatif sur les questions de santé des enfants placés est d'autant plus dommageable que le traitement médical des affections issues de troubles éducatifs a des effets éducatifs. Autrement dit, traiter médicalement des somatisations issues du parcours de

placement a des effets médicaux et éducatifs sur l'enfant en termes de rétablissement de l'image de soi :

« Je leur ai dit qu'il y avait des problématiques médicales et qu'il fallait les soigner. Le fait que j'ai réussi à soigner beaucoup de choses qui étaient des maladies psychosomatiques où on me disait dans le contexte c'est normal d'être malade. Ben oui mais on peut les soigner sur le côté médical. Mais bon il faut être là aux réunions, c'est des traitements sur la durée. Ils ont aussi le droit à la santé ces enfants-là, il faut les restaurer. » (Médecin)

2.3.3. Une nécessaire expertise

L'ensemble de leurs remarques amènent les deux soignants interrogés à souligner la nécessaire expertise dont doivent disposer services et établissements de protection de l'enfance pour faire face à cette question bien spécifique de la santé des enfants placés. Une expertise pour bien interpréter les signes physiques dans des situations où – vu ce qu'ont vécu les enfants – les différents intervenants peuvent être « émus » voire franchement paniqués :

« Avec ce guide là[14], on a essayé d'expliquer aux assistants sociaux si on place un enfant en OPP en urgence, d'avoir le réflexe carnet de santé, ou faire une photocopie des vaccins parce qu'on ne va pas leur prendre l'enfant et le carnet de santé. Ou alors après, l'exemple de l'enfant avec des tâches mongoloïdes, souvent quand ils sont métis du pourtour méditerranéen. Avant c'était une petite tâche au-dessus du sacrum et depuis quelques années elles migrent et elles sont parfois derrière sur le dos, sur les jambes et comme c'est comme un bleu ou en anneau autour d'une cheville et du coup on se dit ça peut être des tâches bleutées, ça ne ressemble pas à des hématomes mais le lendemain matin on ne sait pas si c'est un bleu que l'enfant peut se faire et parfois on a des jeunes médecins libéraux qui faisaient faire des radios en urgence. Ça peut entraîner des excès d'investigations parce que justement un jeune médecin peut se faire avoir et une assistante sociale pareil. » (Médecin PMI)

L'expertise nécessitée est plus spécifiquement celle des médecins de PMI, plus habitués aux questions de développement de l'enfant et, surtout, de troubles de ce développement au gré des possibles distorsions éducatives, dysparentalités :

« Ça, quand il a deux ans c'est essentiel de savoir s'il ne babille pas, s'il louche, s'il n'accroche pas le regard. J'ai même des enfants qui ne sont tellement pas stimulés,

[14] Le soignant interrogé évoque là un guide conçu et rédigé localement pour aider les différents professionnels dans la prise en charge sanitaire des enfants placés.

qu'ils bavent parce qu'ils ont tellement pas été stimulés et ils ont le visage tellement lisse, on leur stimule le pourtour de la bouche et faire de l'orthophonie après. » (Médecin PMI)

Il s'agit de lire l'état de santé de l'enfant en fonction des négligences, distorsions éducatives, troubles et atteintes qu'il a pu vivre. Aussi dans ces situations, les symptômes ne renvoient pas à des affections somatiques « neutres » parce que physiques, mais à une histoire profondément humaine qui ne peut que troubler le soignant non préparé :

« Pour le rapport à la santé de ces enfants moi je fais toujours un examen d'entrée clinique, parce que la peau c'est quelque chose de très intéressant et de très parlant, les dermatoses, l'eczéma, la gale… le poids et la taille c'est également intéressant, mais je n'ai pas le carnet de santé pour dire s'il y a eu une cassure de la courbe, les dents aussi, l'état visuel également on a des enfants qui ont un schéma corporel un peu gauche, en fait on s'aperçoit qu'ils ne voient pas d'un œil et l'audition avec des otites séreuses non diagnostiquées, il faut leur poser des diabolos. » (Pédiatre)

L'enjeu est d'être en capacité, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, de mieux répondre à l'ensemble de ces questions de soins des troubles liés à l'enfance en danger et faire le tri entre ce qui relève de troubles réellement somatiques (ou profondément somatisés) et de troubles éducatifs :

« Plutôt par participation aux réunions d'équipe, la hiérarchie non. On a mis en place un pool plateforme santé social : il a des pédopsychiatres, des psychologues, des orthophonistes, une infirmière des aides-soignantes, pour faire des évaluations, pour des bilans des schémas corporels et psychomoteurs et donner accès à différences consultations spécialisées. Au niveau du centre départemental de l'enfance. Grâce à ça on a une évaluation au moins médicale, parce que quand un enfant arrive avec un retard psychomoteur très important la question se pose s'il y a pas un problème psychologique, neurologique. Il y a une évaluation médicale qui doit être faite au démarrage ; la carence éducative n'explique pas tout. » (Pédiatre)

2.3.4. Le travail sur la santé dans les lieux collectifs

Le placement en hébergement au sein de la PJJ permet aux éducateurs d'avoir accès à une dimension corporelle, quotidienne qui ouvre sur une dimension plus large et globale de la santé au-delà de la consultation ponctuelle :

« Quelle est la spécificité de l'hébergement sur cette question de la santé ?

C'est différent, la question des repas, de la nutrition et des rapports à l'hygiène et les problèmes de mal être, le respect de l'autre, la contenance on va dire et après en second lieu on a l'addiction qui arrive et la sexualité. Mais c'était surtout l'hygiène et la nutrition.

Comment est-ce travaillé ?

En hébergement, toute la question de la nutrition a été travaillée avec les cuisiniers et les jeunes. Par rapport à leur poids, ils ont été orientés vers des partenaires. Orientation vers des centres hospitaliers ou des associations. Maintenant, on voit apparaître des problèmes d'anorexie qu'on n'avait pas avant, qui mettent beaucoup plus en difficultés les équipes, plus qu'un jeune en surpoids. » (Infirmière PJJ)

En ce qui concerne l'ASE, la problématique est toute autre. En effet, le travail réalisé au sein des foyers n'est pas rendu visible aux yeux des cadres ASE ni des référents. Les établissements ont leurs propres soignants en interne et leurs propres réseaux de soignants en externe, ce qui suppose qu'ils s'occupent de la santé, mais les cadres n'ont pas d'informations précises à ce sujet.

« Vous avez des échos qui vous donnent une idée de comment ça se passe en établissement ?

Moi je pense qu'ils font un minimum de bilan, parce qu'on voit les enfants et je n'ai pas rencontré d'enfants qui avaient des problèmes de santé massifs. J'ai vu des enfants avec des maladies graves et les établissements les avaient traités de manière correcte. Et les établissements ont des infirmières et là, c'est sûr que les bilans sont faits. Alors peut-être pas sous forme de bilans mais en tout cas il y a des suivis. Il y a un suivi ça c'est sûr, peut-être pas de bilan mais l'accès aux soins oui. Mais toujours en lien avec les parents parce qu'on ne peut pas décider. » (Cadre ASE)

Les cadres ASE ne disposent pas d'informations précises à propos de ce que font les établissements précisément mais estiment avoir suffisamment d'indicateurs sur un suivi de la santé des enfants. Soit, mais cela est bien loin d'une politique explicite, concertée et organisée. Cette autre cadre est plus clairement dubitative :

« Les foyers forcément c'est plus à distance, c'est une synthèse tous les 6 mois, le référent qui va aller voir le jeune, mais il n'y a pas le même contact. Je ne sais pas comment ils sont concernés. Il y a l'évaluation des établissements, est-ce qu'ils ont un regard par rapport au suivi médical des enfants ? » (Cadre ASE)

Enfin, cet autre cadre réalise la faiblesse des informations à sa disposition au moment de la tenue de l'entretien :

« Ça dépend. Cette enquête m'interpelle beaucoup parce que je m'aperçois qu'il y a beaucoup de questions où je n'ai pas de réponses, notamment sur les établissements. Il y a des établissements qui ont des temps de médecin, d'infirmier, des partenariats avec des centres de la sécurité sociale, mais ce n'est pas systématique. Mais d'un point de vue central nous, à l'ASE, on n'a pas de vision précise sur ce qui se passe. ». (Cadre ASE)

2.3.5. Le travail avec les familles d'accueil autour de la santé

Du point de vue des services, les foyers posent une question de transparence sur leurs pratiques de suivi de la santé des enfants et non pas une question de moyens ou de compétences. Les familles d'accueil, par contre, semblent beaucoup moins préparées face aux problématiques médicales spécifiques de ces publics. Pour les cadres le risque est, dans leur cas, que les familles d'accueil réagissent avec un « bon sens » familial face à des maux qui sont autrement complexes et lourds que ceux rencontrés en population générale :

« En famille d'accueil la question du soin est bien prise en charge ou il y a encore des choses à faire ?

Oui. Les soucis qu'on peut avoir mais… On a un recrutement de familles d'accueil en ce moment, là, et celles qui sont nouvelles, qui agissent dans le bon sens et qui n'amènent pas systématiquement l'enfant chez le médecin. Et il faut leur rappeler qu'on n'est pas prescripteur, ce n'est pas leur enfant, on ne connaît pas leur histoire et il faut amener l'enfant chez le médecin, il faut rappeler qu'il faut présenter l'enfant. » (Cadre ASE)

« Je ne pense pas qu'il y ait de problème au niveau des éducs, c'est pas leur boulot, plus pour les assistants familiaux qui doivent accueillir des enfants avec des problématiques de santé lourdes. Ils doivent avoir des formations mais aussi des accompagnements. Les familles d'accueil apprécient le suivi des puéricultrices qui viennent au domicile, regardent les examens, qui font le lien avec les médecins, on fait des réunions régulières, je ne suis pas forcément sûr que c'est les éducs qui doivent avoir une formation sur la santé, leur job d'intermédiaire ils le font. » (Cadre ASE)

Les familles d'accueil souffrent, aux yeux des cadres, d'un manque de préparation face aux maux spécifiques des enfants accueillis en protection de l'enfance, mais également d'un décalage face à certaines problématiques du fait de leur âge :

« Je pense par exemple à une jeune qui s'est repérée une maladie en classe à partir de ce que le professeur disait, une maladie qui touche vraiment sa féminité. Ils sont en double référence, un homme, et une femme, et cette dernière s'occupe de ces démarches, il faut dire aussi que cette jeune fille n'a pas de parents, et une famille d'accueil un peu âgée. On arrive au terme avec plusieurs interventions chirurgicales. » (Cadre ASE)

Cette problématique de l'âge est intéressante. Les familles d'accueil peuvent – du fait de leur âge – être plus en position grand parentale que parentale face aux jeunes accueillis. Aussi, elles peuvent être plus rétives à aborder certaines problématiques médicales liées à la croissance des enfants. Notamment l'accès à la sexualité des jeunes filles :

« Mais globalement la santé devrait être mieux suivie ?

Je pense qu'il y a des choses qui devraient être systématisées, je pense notamment à l'accès aux soins et à la façon d'aborder les choses, je pense aux jeunes filles accueillies

en famille d'accueil depuis longtemps, ça je pense que ce sont des choses… Il y a des familles d'accueil chez lesquelles cela marche très bien d'autres, chez lesquelles les choses sont plus complexes. » (Cadre ASE)

Aussi, les différents cadres interrogés insistent sur l'accompagnement des familles d'accueil face aux problématiques médicales des enfants placés. Accompagnement par des binômes d'éducateurs, des binômes éducateurs/psychologues. Ces accompagnements sont destinés à s'assurer d'un suivi « minimum », mais aussi d'un accompagnement-initiation aux problématiques spécifiques des enfants placés ou encore de supports face à certains soins spécifiques comme les soins psychiatriques :

« C'est plutôt nous qui abordons la question de la maltraitance. C'est nous qui accompagnons les assistants familiaux pour les aider à décrypter des comportements. Ce sont des choses qu'on aborde facilement ; on se fait aider par la psychologue du site qui peut venir en soutien du référent, mais c'est vrai que le médecin de PMI on ne la sollicite pas par rapport à ça. » (Cadre ASE)

« Aujourd'hui on a notre psy qui consacre beaucoup de temps à l'accompagnement des familles d'accueil, y compris au domicile. Pour une gamine, la psy rencontre la famille d'accueil et la gamine pour aider à tenir, mais ce n'est pas que l'éduc. Après on a toujours une tension avec les éducs : les familles d'accueil se plaignent de ne pas les voir assez souvent à domicile. Mais s'ils ne font pas leur boulot comme ils devraient faire, c'est surtout par manque de temps. Après qu'il y ait des sensibilisations particulières sexualité, suicide, oui…. » (Cadre ASE)

À travers les propos des différents cadres interrogés, ressort le sentiment que le suivi des familles d'accueil face aux questions de santé est loin d'être abouti. Une attention est de mise, des démarches existent, mais on est loin d'être dans une démarche systématique ou même un « protocole » explicite :

« Ben là aussi ça dépend des assistantes familiales, certaines sont sensibles, d'autres moins. Pour avoir travaillé sur le groupe elles ne se sentent pas forcément soutenues sur les démarches, les soins psychiatriques. On a besoin de poser un protocole qui n'est pas posé actuellement. Aller voir un médecin généraliste… Les soins dentaires ce sont des choses qui sont négligées du fait du coût mais on n'a pas de suivi de ça… On n'a pas de document où tout cela est consigné. » (Cadre ASE)

« Donc il y a des problèmes de suivi de la santé plutôt chez les nouvelles familles d'accueil ?

Oui c'est bon à rappeler chez les plus anciennes. C'est aussi un problème plus large d'isolement des familles d'accueil. Pour faire le lien avec le schéma départemental, on était plutôt sur le soin… on a mis en place une fiche action sur un pôle d'assistants familiaux en lien avec la psychiatrie, de faire un travail commun sur les repérages et

sur les problématiques sexuelles, on a beaucoup d'enfants abusés qui nous arrivent. » (Cadre ASE)

Dans le même temps, les assistants familiaux pointent également des soucis de fonctionnement des services au niveau de la gestion de la santé, et proposent des pistes d'amélioration, notamment pour fluidifier les procédures et donc les parcours de soins des enfants.

2.3.6. Des propositions d'amélioration du suivi de la santé énoncées par les assistants familiaux

Les assistants familiaux ont une position plus proche et sensible avec les enfants accueillis. Une position qui les amène à déceler plus rapidement les maux, à être plus engagés dans le suivi de santé des enfants. Aussi, les trois améliorations souhaitées par ces professionnels sont une meilleure écoute de la part des autres professionnels, un recueil d'information sur la santé des enfants – « un carnet de santé bis » –, et des accords avec le service pour faciliter l'accès à certains soins.

Les assistants familiaux souhaitent être plus entendus dans les différentes commissions se tenant autour du soin – notamment psychique – des enfants et non pas en être exclus au nom de leur manque d'expertise. Ils ont à gérer les manifestations des troubles psychiques au quotidien et peuvent très simplement se sentir suffisamment experts et éprouvés pour pouvoir en parler avec les autres professionnels :

« Un travail au niveau des assistants familiaux pour vraiment leur donner l'assurance qu'il y a une vraie transparence et qu'une aide va leur être apporté au niveau des CMP, même s'ils ont mis un service d'aide thérapeutique pour les familles d'accueil en difficulté avec des enfants très en difficulté. Ça se serait bien, c'est d'apporter une aide médicale et aussi laisser participer les familles d'accueil aux synthèses dans les CAMSP et CMP. Et là vous êtes exclues parce que vous n'êtes pas capables de le comprendre…. Donc l'importance d'associer les familles d'accueil aux synthèses. Mais il est très rare que l'assistant familial puisse rapporter le comportement de l'enfant à l'école, etc… Ils ont que ce que l'enfant veut bien leur dire, mais entre ce que vit un enfant et ce que vous vous vivez avec lui ce n'est pas forcément la même chose. On ne vous donne pas les résultats de synthèse, le référent peut avoir des retours, il ne vous les donnera pas forcément. » (Assistant familial)

Deuxième demande, disposer d'un « carnet de santé bis » propre au parcours médical de l'enfant pendant sa prise en charge ASE. Un carnet de santé pour les professionnels qui ne pourrait pas être objet de tensions (autour du fait d'en disposer) avec les parents :

« Qu'il faudrait un carnet de santé à part du carnet de santé, que ça reste bien dans le dossier du jeune. Parce que déjà quand l'enfant va chez les parents on n'est pas sûr de

le récupérer. Il nous faut une connaissance plus approfondie de l'enfant, s'il a des terreurs nocturnes, énurésie, encoprésie. Un carnet de santé ASE. Qu'on puisse savoir quels suivis il y a eu. Maintenant, les médecins de famille ils connaissent tellement, ils écrivent rien sur les carnets de santé donc moi je note tout au fur et à mesure. Donc dès que le médecin est parti je note.

Vous prenez la peine de noter ce qui s'est passé pendant la consultation.

Je prends la peine de noter pourquoi il est venu et les médicaments. » (Assistant familial)

Enfin, troisième demande, que le service fixe pour les dépassements d'honoraires, des paliers de prix à ne pas dépasser plutôt qu'il n'attende à chaque fois une demande pour lui apporter une réponse. Dans le même ordre d'idée, une assistante familiale demande à pouvoir disposer d'une liste de spécialistes à consulter, fixée par le service, plutôt que d'être laissée dans l'incertitude d'une prise en charge en cas de dépassement d'honoraires. Ces deux demandes se résument à une seule : que le service les laisse moins assumer seules les arbitrages autour des soins avec dépassement d'honoraires et leur fixe explicitement un cadre, des limites pour qu'elles puissent arbitrer en fonction des besoins des enfants :

« Et aujourd'hui quelles évolutions, améliorations vous verriez sur l'accès à la santé des enfants confiés dans votre département, votre service ?

Alors je pense que bon, il y aurait des choses à améliorer au niveau des papiers. Si on pouvait déjà avoir des cartes vitales pour tous les enfants, ce serait plus facile, parce que certains médecins ils font un petit peu la tête quand ils doivent faire les fiches de soins ; surtout les spécialistes, ils ont l'habitude avec leurs petites machines. Les attestations de soin pour les enfants ça peut être pour six mois, un an, et le renouvellement peut tomber n'importe quand dans l'année. Normalement, le service, c'est eux qui font la demande, mais des fois ils peuvent être en retard. Et une chose aussi, c'est les prises en charge, on demande des prises en charge, pour les lunettes, les semelles etc… Ça nous oblige à nous déplacer pour faire un devis qui de toute façon sera accepté, alors autant fixer un seuil financier. Ça fait un déplacement supplémentaire. Les médecins ça leur fait un travail supplémentaire d'envoyer la fiche de soin et nous ça nous oblige à la signer. » (Assistant familial)

« Ça c'est dans le compte rendu à l'assistante sociale, je note tout ce qui se passe, ce qui s'est passé dans la semaine. C'est pour ça que j'aime bien faire des mails, comme ça tout est noté. Par exemple, si l'enfant a une bronchite sévère, j'envoie une copie d'ordonnance au médecin du secteur, qu'elle puisse avoir un dossier médical de l'enfant. Et ça, ce serait bien que toutes les assistantes familiales on puisse envoyer tous les trimestres toutes les ordonnances. On pourrait les envoyer et que ce soit mis dans le dossier des enfants. » (Assistant familial)

Les assistants familiaux sont engagés de manière proche et personnalisée auprès des enfants qu'ils accueillent. Cette proximité et cette personnalisation ont plusieurs effets concernant l'accompagnement à la santé de ces enfants : ces professionnels perçoivent plus finement et crûment que les acteurs plus distanciés (éducateurs et responsables de secteur ou de circonscription) et les maux des enfants et les souffrances et gênes qu'ils leur occasionnent. Aussi, sont-ils d'une part plus impactés par ces souffrances qui peuvent les laisser perplexes et les amener à demander de l'aide, et plus disposés à prendre l'initiative d'inscrire l'enfant dans un réseau de soin proche et personnalisé pour engager des soins. C'est chez ces professionnels que l'on voit le plus nettement s'opérer la « transformation » du soin en « care ». C'est à dire le passage de l'accompagnement technique aux soins et à la santé, à un engagement auprès de l'enfant pour prendre soin de lui et l'amener à prendre soin de soi.

Synthèse : La variabilité des pratiques professionnelles selon les lieux d'accueil

Les multiples strates institutionnelles concernées par la santé des enfants protégés participent à une difficile délimitation des champs de compétences et harmonisation des pratiques, notamment dans le quotidien de l'enfant.

Les soignants intervenant en protection de l'enfance insistent sur la spécificité des questions de santé dans ce domaine. Il s'agit premièrement de faire le tri entre des affections réellement somatiques et des affections issues de l'histoire éducative des enfants. Deuxièmement, il s'agit d'être initié aux situations de protection de l'enfance. Sinon la charge affective et émotionnelle liée à ce qu'ont vécu les enfants dans leurs relations et leurs corps impactent les acteurs de l'éducatif et les soignants, les amenant à reproduire l'évitement que les enfants peuvent eux-mêmes avoir par rapport à leur corps et leurs troubles. Troisièmement, ces soignants plaident pour la mise à disposition – au sein des services et des établissements de protection de l'enfance –d'une réelle expertise (des professionnels du soin formés à ces questions) sur les questions de santé en protection de l'enfance.

Le placement en hébergement au sein de la PJJ permet aux éducateurs d'avoir accès à une dimension corporelle, quotidienne qui ouvre sur une dimension plus large et globale de la santé au-delà de la consultation ponctuelle. En ce qui concerne l'ASE, la problématique est toute autre. En effet, le travail réalisé au sein des foyers n'est pas rendu visible aux yeux des cadres ASE ni des référents. Les établissements ont leurs propres soignants en interne et leurs propres réseaux de soignants en externe, ce qui suppose qu'ils s'occupent de la santé, indépendamment du suivi global réalisé par le référent.

Les différents cadres interrogés insistent sur l'accompagnement des familles d'accueil face aux problématiques médicales des enfants placés, qui semblent peu préparées face aux problématiques médicales spécifiques de ces publics. Accompagnement par des binômes d'éducateurs, des binômes éducateurs/psychologues, destinés à s'assurer d'un suivi « minimum », mais aussi d'un accompagnement-initiation aux problématiques spécifiques des enfants placés ou encore de supports face à certains soins spécifiques comme les soins psychiatriques.

Les assistants familiaux, par leur proximité et leur sensibilité, décèlent plus rapidement les maux, et sont très engagés dans le suivi de santé des enfants. L'accompagnement technique aux soins et à la santé, laisse rapidement la place à un engagement auprès de l'enfant pour prendre soin de lui et l'amener à prendre soin de soi.

Ces professionnels souhaitent trois améliorations : une meilleure écoute de la part des autres professionnels, un recueil d'information sur la santé des enfants – « un carnet de santé bis » –, et des accords avec le service pour faciliter l'accès à certains soins.

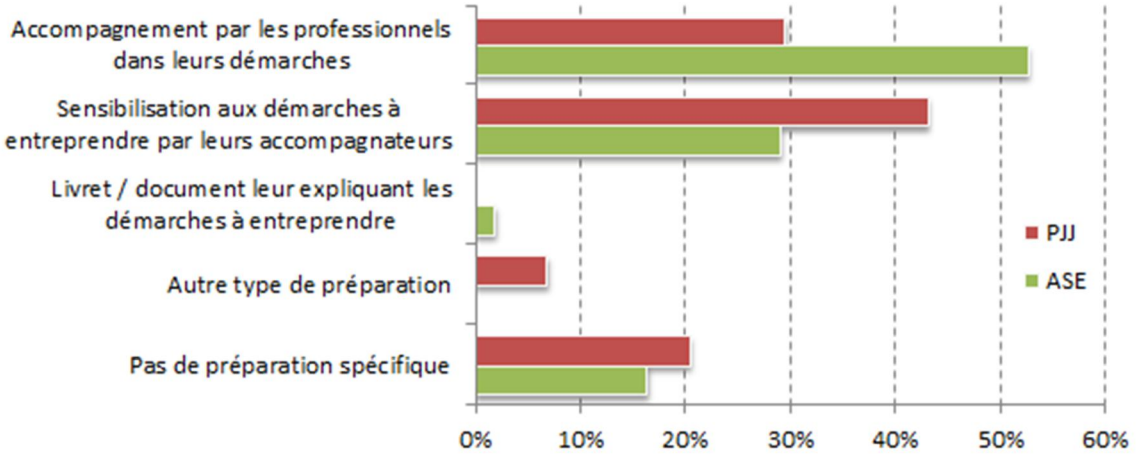
2.4. LE PASSAGE A LA MAJORITE : UN ENJEU DE TAILLE POUR CHACUN DES ACTEURS

La période adolescente où le jeune accueilli en protection de l'enfance progresse vers l'accession à la majorité génère de nombreuses questions éducatives, suite aux nombreux travaux démontrant le manque d'autonomisation de ces jeunes et le risque accru d'exposition à une précarité plurielle arrivés à l'âge de 18 ans, lorsque toute mesure de protection prend fin. La question de la santé de l'enfant (tant au niveau administratif qu'éducatif) n'est pas épargnée par ce constat de manque de préparation du mineur aux responsabilités, devoirs qu'il va devoir endosser. Tant les réponses aux questionnaires que les discours recueillis dans les entretiens avec les différents acteurs le démontrent.

2.4.1. Quelle préparation des jeunes au niveau institutionnel ?

Dans les questionnaires, un service ASE sur six (16,4 %) et une direction territoriale PJJ sur cinq (20,5 %) déclarent ne pas du tout préparer le passage à la majorité des enfants placés du point de vue de leur santé, ce qui constituent des proportions relativement importantes (cf. figure 34). Les services ASE semblent cependant davantage impliqués dans ces questions de fluidification du parcours des jeunes puisque plus de la moitié des répondants signifie que les professionnels accompagnent les jeunes dans leurs démarches de couverture santé. Pour les DTPJJ, la situation la plus fréquente consiste en une sensibilisation des jeunes, par leurs accompagnateurs, aux démarches à entreprendre (43 %). Quelques directions territoriales déclarent qu'il n'y a pas de politique systématique, mais une adaptation à la situation du jeune (« Autre type de préparation », 7 %).

Fig.34 : Préparation du passage à la majorité des enfants placés, du point de vue de leur couverture santé



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

2.4.2. Anticipation de l'avenir et prise d'autonomie autour de la santé pour les jeunes

Disposer de la CMU et d'une carte vitale personnelle représente pour certains jeunes une anticipation de l'avenir. En effet, parmi les jeunes rencontrés nombreux sont ceux qui, se rapprochant du passage à la majorité, se soucient de leur avenir et des démarches qui leur incomberont. Un sentiment de solitude plus que d'indépendance est présent, évoquant une absence de ressources une fois adulte. Partant du fait que personne n'accomplira les démarches pour eux ni avec eux lorsqu'ils seront contraints de les réaliser, alors ils perçoivent le fait d'être couverts par la CMU pendant leur minorité comme facilitant le passage à l'âge adulte.

« J'ai la CMU, depuis longtemps. C'est eux qui l'ont fait. Comment dire après plus tard c'est pas mes parents qui feront ma CMU, j'aurai pas de souci à le refaire. » (Théo, 16 ans)

« [Pas de carte vitale à son nom] *Ça m'aiderait à avancer à prendre mes responsabilités, mes rendez-vous. » (Gaël, 16 ans)*

« Je me sens capable de faire toutes les démarches quand j'aurai 18 ans. C'est mes démarches, si je les fais pas, personne ne va le faire pour moi. C'est important. » (Olivier, 16 ans)

« Je me sens indépendante. De nous-mêmes on se doit de… Si on le fait pas, personne ne le fera. » (Yaël, 16 ans)

2.4.3. La préparation au passage à la majorité d'après les cadres de l'ASE

Les acteurs de la CPAM interrogés soulignent fortement la question du passage à la majorité des jeunes placés. À leurs yeux, les acteurs de l'ASE ne s'articulent pas suffisamment à eux sur cette question et laissent partir les jeunes, soit en logement accompagné ou autonome, soit en retour en famille, sans se préoccuper d'avertir la CPAM pour qu'elle puisse les retrouver et assurer la continuité de la couverture santé. Effectivement, dans leurs entretiens, les cadres ASE interrogés n'ont pas du tout relaté de démarches d'information des CPAM sur le départ des jeunes à leur majorité en fin de placement. Si les services préparent les sorties de placement, c'est principalement sous l'angle de la préparation des jeunes à prendre en charge leur santé. Mais ces démarches restent, à priori, très générales. Dans certain département la question de la santé est prise dans une démarche bien plus globale de « prise de soin » de soi, sans s'apparenter non plus à une réelle sensibilisation à la prise de soin de soi (comme dans la démarche PJJ Promotrice de Santé au moins dans ses grandes lignes) :

« Actuellement, on travaille davantage sur l'autonomie, et sur la sortie du dispositif. Ça peut être l'autonomie autour de la prise en compte de sa santé. Il y a deux référents éducatifs qui travaillent sur les situations de 16 à 21 ans, et là ils travaillent surtout sur le budget, ça peut rejoindre la santé, comment bien manger avec un petit budget. » (Cadre ASE)

L'aspect prosaïquement administratif de l'accès à la santé n'est pas réellement pris en compte sauf en termes d'association des enfants aux démarches administratives dans leurs dernières années de placement, sans être systématique ni très soutenu :

« Donc vous faites un bilan administratif pour tous les enfants, est-ce qu'il y a un travail sur la sortie des enfants ?

Le travail c'est d'associer les enfants à tout ce qui est administratif ; c'est ce qui est demandé. Après, les liens avec la CPAM, il faut voir pour les sorties. » (Cadre ASE)

Ce cadre évoque également une orientation générale de sensibilisation à la santé prise en charge par les éducateurs référents mais sans objectifs clairs de sensibilisation aux soins de soi ou d'acquisition de compétences de gestion de sa santé à la majorité. On reste donc là sur des « objectifs éducatifs » très généraux au nombre desquels la santé notamment dans la perspective du passage à la majorité, mais pas sur une réelle préparation d'une problématique identifiée et cernée dans sa spécificité :

« Il y a une préparation à la majorité des enfants, une socialisation à la santé ?

Ça fera partie du protocole, mais ça pour le coup, la prise en charge de sa santé, c'est abordé par les éducs. Les éducs sont positionnés là-dessus mais en lien avec des professionnels de santé.

Vous, en tant que chef de service, vous animez une direction de ce point de vue-là ?

Non. Non on est souvent sur du cas par cas, pas une politique globale. Après, sur mon site, il y a une vraie habitude de travail en pluridisciplinaire. En termes de prévention, nous sur notre territoire on a des actions partenariales de prévention autour de la santé où on va travailler sur la sexualité avec le centre de planification, mais ce n'est pas une impulsion départementale… c'est au cas par cas. » (Cadre ASE)

Au regard des différents discours, il est possible d'observer la singularité de chaque accompagnement en ce qui concerne le passage à la majorité. Peut en découler, une forte variation inter-individuelle du niveau d'informations des droits à la santé par exemple des jeunes en protection. La réflexion collective et la mise en place d'orientations générales à ce niveau-là ne sont encore que rarement observées. Leur non-systématisation peut être également comprise à la lumière de la difficulté à délimiter le champ de compétences des différents acteurs éducatifs, plus ou moins enclins à modifier le contour et le contenu de leurs pratiques d'accompagnement. Cette logique, dans une moindre mesure, peut être observée à propos de la place accordée aux parents des enfants protégés.

Synthèse : Le passage à la majorité des mineurs protégés

La question de la santé de l'enfant (tant au niveau administratif qu'éducatif) n'est pas épargnée par ce constat de manque de préparation du mineur aux responsabilités, devoirs qu'il va devoir endosser lorsqu'il sera majeur.

D'après les répondants afférant à la CPAM, les acteurs de l'ASE ne s'articulent pas suffisamment à eux sur cette question et laissent partir les jeunes, soit en logement accompagné ou autonome, soit en retour en famille, sans avertir la CPAM pour qu'elle puisse les retrouver et assurer la continuité de la couverture santé. Dans les questionnaires, un service ASE sur six (16,4 %) et une direction territoriale PJJ sur cinq (20,5 %) déclarent ne pas du tout préparer le passage à la majorité des enfants placés du point de vue de leur santé.

Si les services préparent les sorties de placement, c'est principalement sous l'angle de la préparation des jeunes à prendre en charge leur santé mais pas sur une réelle préparation d'une problématique identifiée et cernée dans sa spécificité. La réflexion collective et la mise en place d'orientations générales à ce niveau-là ne sont encore que rarement observées. Peut en découler, une forte variation inter-individuelle du niveau d'informations des droits à la santé par exemple des jeunes en protection.

Pour certains jeunes interrogés, disposer de la CMU et d'une carte vitale personnelle représente une anticipation de l'avenir. En effet, nombreux sont ceux qui, se rapprochant du passage à la majorité, se soucient de leur avenir et des démarches qui leur incomberont. Un sentiment de solitude plus que d'indépendance est présent, évoquant une absence de ressources une fois adulte. Partant du fait que personne n'accomplira les démarches pour eux ni avec eux lorsqu'ils seront contraints de les réaliser, alors ils perçoivent le fait d'être couverts par la CMU pendant leur minorité comme facilitant le passage à l'âge adulte.

2.5. LA PLACE DES PARENTS DANS LA SANTE DE LEUR ENFANT PROTEGE

La loi réformant la protection de l'enfance (5 mars 2007) a bien accentué la place des détenteurs de l'autorité parentale dans le système de protection de l'enfance, en termes de droits, à l'information du déroulement de la mesure concernant leur enfant, notamment. La question de l'implication des parents dans les mesures éducatives est à présent prégnante, notamment autour du respect de l'exercice de l'autorité parentale, la santé en faisant entièrement partie. Ainsi, un questionnement fort de cette recherche concerne la place et le rôle des parents dans le suivi de la santé de leurs enfants. Plusieurs éléments de compréhension ont été recueillis par le questionnaire et les entretiens afin d'en saisir plus finement les enjeux.

2.5.1. La place et le rôle des parents d'après les jeunes

Au-delà de l'affiliation administrative de l'enfant par rapport à ses parents, un des objectifs de l'entretien était de connaître le point de vue des jeunes sur la place et le rôle de leurs parents. Cette question est évidemment délicate, car les enfants ont bien conscience que l'implication de leurs parents dans ce domaine est un indicateur d'évaluation de leur parentalité, mais aussi renvoie une certaine image connotée de leurs parents. Ainsi, il est parfois difficile pour les jeunes de développer leurs pensées à ce propos, pouvant clore le sujet rapidement :

« Vos parents s'occupaient bien de votre santé ? Oui ils s'en occupent encore bien. » (Dorian, 14 ans)

Certains enfants, en précisant le déroulement des prises de rendez-vous et des consultations, font état de la place de leurs parents par rapport aux éducateurs. Olivier montre l'absence d'automaticité, l'adaptation aux situations (disponibilité de l'un ou de l'autre, importance de la consultation). La proximité géographique du médecin avec la résidence familiale constitue ici un facteur principal de participation de la mère à la prise en charge médicale.

« C'est les éducateurs qui prennent rendez-vous. Je vais toujours chez le même médecin, il est vers chez moi ; des fois ma mère m'accompagne, si elle peut pas j'y vais seul. L'éduc peut m'accompagner si elle veut. J'y vais que quand je suis malade. Si je suis malade j'y vais. Pendant la consultation, je suis avec ma mère. » (Olivier, 16 ans)

« Sais-tu si tes parents sont informés des consultations ? Si j'oublie pas, je leur dis, mais je crois que les éducs doivent leur dire. Sinon, ma mère, elle me dit d'aller chez le médecin. » (Olivier, 16 ans)

« Votre mère elle vous donne des soins ? Oui, elle me donne des médicaments. mais ce n'est pas elle qui va les chercher, c'est nous qui les lui donnons. Elle pense toujours à vous les donner ? Non moi je pense pas trop, mais ici j'y pense assez souvent. Est-ce que vous pensez que votre maman pourrait avoir besoin d'aide pour votre santé ? Hm hm

(approbation) ben souvent elle oublie. Qu'est-ce qu'il faudrait faire, lui en parler plus ? Ben oui. » (Maël, 10 ans)

Au-delà d'une préoccupation de la santé par les parents ressentis par ces jeunes, est évoquée tout de même certaines absences de communication ou certains besoins d'articulations entre la sphère parentale/familiale et institutionnelle.

2.5.2. Les parents en attente d'informations sur la santé de l'enfant pendant l'accueil

Dans leur discours, les deux mères rencontrées font part d'un niveau d'attente d'informations sur la santé de leur enfant tout à fait différent. Alors qu'une ne se sent pas suffisamment informée, l'autre estime que c'est suffisant. Un élément important est à considérer dans cette l'analyse de cette observation : l'âge des enfants accueillis. En effet, la préoccupation parentale liée à la santé diffère considérablement selon l'âge de l'enfant. En effet, durant la petite enfance, les soins prodigués sont plus nombreux et concernent directement la vulnérabilité et la dépendance de l'enfant, ce qui génère une attention particulière à la qualité des soins fournis. Ainsi, les parents de jeunes enfants placés peuvent être beaucoup plus demandeurs d'informations mais aussi d'implication dans cette sphère médicale.

« Comment vous le vivez de ne pas forcément être informée, ça vous dérange ? Pas du tout, ben s'il était à la maison c'est ce qu'il ferait. Non je trouve ça normal, bien. On a confiance, on sait que s'il y a quelque chose ils sont là. » (Mme T.)

« Non pas tenue au courant. » (Mme M.)

« Je sais juste que ma fille a été opérée. » (Mme M.)

Au regard de ces témoignages d'enfants et de parents, nous sommes amenés à questionner le rapport que les éducateurs ont avec les parents autour des questions de santé, rapport tout à fait différent à la PJJ et à l'ASE où le cadre contraint n'a pas la même ampleur.

2.5.3. Le travail avec les parents d'après les soignants

Pour les deux soignants interrogés, le travail avec les parents autour de la santé des enfants placés, même s'il est très délicat, est souvent possible et utile :

« Il y a deux types de parents. Premièrement, les parents à qui on donne un premier rendez-vous, ils viennent pas, ils ont un portable avec un petit forfait, ils changent de numéro, ça peut prendre trois mois pour les contacter, mais on y arrive. Il y a une deuxième catégorie, on a des parents qui sont dans la révolte totale et qui disent qu'ils vont venir nous casser la gueule et il faut être patient et tisser le lien très très progressivement et après quand ils constatent que leur enfant va mieux, que les dents

sont soignées, que l'enfant il a des lunettes, qu'il ne tombe plus, qu'il entend mieux... ». (Pédiatre)

Pour ce professionnel, la santé permet plus particulièrement de faire alliance avec les parents. Les questions de santé permettent de s'intéresser à l'histoire des parents en dehors de questions de troubles, de dysfonctionnements des liens mais d'une manière plus globale et « neutre » parce que médicale. Elle permet aussi de faire ressentir leur utilité aux parents de, potentiellement, les réintroduire dans la ronde éducative :

« C'est pareil, il faut être patient. Le carnet de santé, des fois, il a disparu, il a brûlé ou alors il a pas disparu, les parents le gardent parce qu'ils disent ils m'ont pris mon enfant et je leur donne pas. Mais au bout d'un moment ils viennent et on le regarde ensemble. Parce que moi je leur dis vous êtes les parents de cet enfant, moi j'ai besoin de vous. Quand vous dites aux personnes j'ai besoin de vous ils viennent… Je leur demande comment s'est passée la grossesse, est-ce qu'il y a telle pathologie dans votre famille. Quand ils comprennent ça ils s'apaisent. » (Pédiatre)

2.5.4. Les rapports aux parents des professionnels PJJ

Au-delà du rapport des jeunes et des éducateurs à la santé, cette question se complique également avec l'impératif d'association des parents. Question particulièrement cruciale en milieu ouvert où les parents sont censés être présents et mobilisés :

« Globalement vous arrivez à traiter ces situations complexes ?

Dans celles que j'ai à traiter, je n'ai pas de soucis particuliers dans la mesure où j'ai une convention ou un interlocuteur qui facilite le travail. J'ai également une collègue qui est avec la caisse de B et, en général, ça se règle. Les situations plus difficiles c'est quand la famille…. Là où c'est plus compliqué, c'est en milieu ouvert où la famille est sensée s'en occuper et on n'a pas à venir mettre notre nez là-dedans. » (Éducateur PJJ)

Mais cette question est également présente en hébergement. Le travail des éducateurs avec les parents peut être perturbé par certaines dispositions institutionnelles qui contribuent à sortir les parents de la boucle :

« Mais c'est une question pédagogique que d'associer les parents. Tout ça a été perturbé il y a 2 ans. Il nous a été dit que pour alléger les frais de transport des jeunes en hébergement, il serait intéressant de tous les affilier à la CMU. Sur ce département, les jeunes ayant la CMU ont une réduction sur le pass navigo, donc ça permet de faire des économies sur les transports. Sauf que, en hébergement, les durées de placement sont de plus en plus courtes, le temps que le dossier CMU se mette en place, l'économie réalisée est ridicule et ça pose le problème pédagogique. À partir du moment où un jeune mineur a la CMU à son nom propre, le médecin n'a plus à contacter la famille pour les soins, on n'a pas besoin de demander l'accord des parents pour les interventions. Le rôle du professionnel est donc clair, avant le professionnel doit s'efforcer que le jeune voit

l'intérêt que le jeune en parle avec ses parents, donc maintenant il n'est plus du tout dans ce cas-là. On n'est plus obligé de se soucier de l'avis des parents, le jeune peut faire comme il veut, mais ce que je préconise, c'est que ce soit le service de milieu ouvert qui reste en stand-by vis-à-vis des parents pour faire le lien. » (Éducateur PJJ)

Les éducateurs sont parfois perturbés par le fait que les protocoles qu'ils suivent avec les jeunes ne donnent pas une place très claire aux parents. C'est alors la question de l'autonomie du jeune sur la question de sa santé qui se pose, la question de l'opportunité d'associer des parents parfois distants et parfois tenus à distance par le jeune lui-même.

« Les éducs peuvent être gênés non pas d'accompagner le jeune à la consultation, mais que la restitution du bilan se fasse au regard de l'éduc sans les parents, ça interroge, surtout si le bilan a décrypté quelque chose de grave qui demande un suivi long. Donc c'est aussi possiblement un frein de ne pas savoir ce qu'on peut vraiment faire avec un jeune. Qu'est-ce que les jeunes sont autorisés de faire seuls ? » (Éducateur PJJ)

« Rendre le jeune plus acteur de sa santé, parce que les professionnels sont mobilisés. L'impliquer plus et que la famille fasse partie intégrante de la question de santé. On est déjà dans ce travail-là nous, bien penser à impliquer la famille tant que l'enfant le souhaite parce qu'on a aussi des situations où le jeune ne souhaite pas que la famille soit impliquée. » (Éducateur PJJ)

Le travail avec les parents a aussi pour effet de « spécialiser » les professionnels de la PJJ autour de la santé. Les éducateurs n'apparaissent pas aux parents comme des interlocuteurs pertinents, processus qui replace les infirmières en première ligne.

« Ma collègue se met en lien avec les parents pour obtenir les documents et là on s'aperçoit que quand c'est une professionnelle de santé… elle porte et on s'aperçoit aussi que tous les parents qui seraient réfractaires à donner ces informations… avec une professionnelle de santé ces échanges sont un peu plus faciles. » (Éducateur PJJ)

Une autre référente remarque que les parents sont d'autant plus associés dans les CEF que ces établissements disposent d'infirmières :

« Ça se passe peu, ça dépend des unités, des problématiques. Pour des jeunes qui ont un problème de santé important, là les parents sont associés. En CEF il y a une forte association des parents parce qu'il y a des infirmiers. Donc nous, dans certains cas particuliers, les infirmières rencontrent les parents, mais c'est vrai qu'elles ne sont que deux, elles ne peuvent pas tous les rencontrer. » (Éducateur PJJ)

La spécificité de la PJJ s'exprime ici à deux niveaux : la présence d'infirmières comme interlocuteur spécialisé et reconnu comme expert en matière de santé, et l'exclusivité de mesures judiciaires où l'accord des parents n'est pas sollicité. Ainsi, la dimension

éducative en rapport avec les parents doit trouver sa place dans un contexte professionnel et législatif très marqué, non observable à l'ASE.

2.5.5. Le travail avec les familles autour de la santé d'après les cadres ASE

L'orientation officielle et légale du dispositif de protection de l'enfance est la collaboration et le travail avec les parents. Pour autant, cette collaboration n'est pas aisée, systématique ni réellement bornée. Les cadres des services de l'ASE réaffirment, d'une part la nécessité et l'intérêt d'un travail avec les parents autour de la santé, tout en restant assez flottant sur la portée et la nature réelle de cette collaboration. Dans certain département, le service a plutôt la posture de laisser une porte ouverte aux parents, sans réellement dire à quel point ils s'en saisissent :

« Ensuite, ça va être en fonction du lieu d'accueil, les choses vont être différentes. Quand il s'agit d'une famille d'accueil, il y a un contrat d'accueil signé ici en présence des parents et de l'assistant familial, et sont évoquées les questions de santé. Et le médecin traitant de la famille d'accueil est noté sur ce contrat et on précise, en présence des parents, qu'un bilan médical sera effectué par ce médecin traitant de la famille d'accueil. C'est vrai que là, on peut questionner si la famille d'origine préfère qu'il soit réalisé chez son médecin, ça peut être tout à fait possible sinon ce sera effectué par celui de la famille d'accueil qui souvent est plus à proximité de la famille d'accueil. Dans le cadre d'un accueil en foyer, en établissement, c'est le médecin de PMI. » (Cadre ASE)

On voit d'ailleurs dans cet extrait que la possibilité laissée aux parents de mener le bilan de santé à l'entrée de l'enfant en placement ne vaut que pour les familles d'accueil. Les foyers recourant systématiquement aux médecins de PMI. Cette hétérogénéité des pratiques montre bien que l'on n'est pas face à une posture globale et réfléchie mais plutôt face à des arrangements entre des orientations de dispositifs (travailler avec les parents), des arrangements pratiques (laisser les foyers recourir aux médecins de PMI) et des constats effectifs (une proportion – faible ? – de parents s'occupe de la santé de l'enfant, a fortiori une fois ce dernier placé). On retrouve ce même sentiment à un autre moment de l'entretien avec ce cadre :

« Après dans le suivi, s'il y a un suivi hospitalier, souvent, on demande d'abord aux parents d'effectuer des démarches, car en termes de responsabilité, de fonction parentale, c'est quand même… On priorise bien sûr la place des parents en termes de santé. Maintenant si c'est trop compliqué pour le parent pour diverses raisons c'est le référent qui va accompagner le jeune à ses consultations ou la famille d'accueil. » (Cadre ASE)

Par-delà ce que l'on pourrait considérer comme une déclaration d'intentions (faire avec les parents), les cadres évoquent plutôt des situations où ils ont à « trancher », c'est-à-dire décider fermement de faire sans ou indépendamment des parents du fait de leurs résistances ou inerties :

« Et c'est inscrit dans les pratiques de faire attention à la santé de l'enfant donc nous on intervient aussi auprès de l'enfant si les parents ne sont pas capables de le faire. Donc c'est dans l'esprit des travailleurs sociaux. » (Cadre ASE)

La prise en charge de la santé par le service est, logiquement, plus clairement établie dans le cadre des placements judiciaires qu'administratifs. Dans le cadre judiciaire, la difficulté de collaboration avec les familles est déjà établie aussi, les questions de santé sont prises assez systématiquement en charge par le service. Par contre, dans certaines situations de placements administratifs, la collaboration avec les parents est plus délicate :

« C'est plus compliqué à travailler avec les familles, c'est très incitatif on va dire. On est obligé de faire avec eux, d'être tout le temps dans la négociation et ce qui rajoute de la complexité, c'est que souvent on a des couples séparés et arbitrer entre les droits de la mère et du père. Là c'est à nous d'être dans la protection de l'enfance… C'est plus compliqué pour nous que dans le cadre judiciaire. » (Cadre ASE)

On retrouve la même ambiguïté de positionnement des services constatée plus haut sur les bilans de santé dans la question du travail avec les parents. Les orientations semblent claires et les pratiques parfois contradictoires. Ainsi, ce cadre rappelle l'association des parents à la gestion des questions de santé au moment où le service leur fait signer une autorisation de soins qui a pour effet de décharger les parents de toute cette question :

« La santé est systématiquement abordée avec les parents quand on fait signer l'autorisation de soin : on aborde la question de la santé, des suivis en cours, le carnet de santé et les noms des personnes qui suivent l'enfant. Il y a quand même cette systématisation. » (Cadre ASE)

Plus loin, parlant de la collaboration avec les parents autour de la santé, il évoque plutôt des cas de franche opposition qui amènent le service à se positionner clairement pour limiter les possibilités d'agir des parents :

« Les parents au contraire, s'il y a un domaine où tout le monde est à peu près au clair sur l'intérêt de l'enfant c'est autour de la santé, c'est aussi un travail avec les parents.

C'est un domaine consensuel ?

Oui mais quand c'est problématique ça l'est jusqu'à faire appel au juge justement. Là on est tout de suite dans la problématique de l'autorité parentale.

Vous avez le cas de parents qui refusent le placement ?

Oui qui s'opposent, des parents qui sont absents, des situations que l'on n'a pas le temps de travailler ou des oppositions sur… On a aussi des cas où il y a des maltraitances et on ne veut pas que les parents aient la main pour pouvoir partir avec leur enfant sans avis médical. Là, par précaution, on demande à ce que l'enfant soit

confié à l'hôpital, on demande à ce que l'enfant soit confié à l'établissement de santé. Les parents n'ont pas la main mise sur la durée de l'hospitalisation, ils ne peuvent pas discuter avec les médecins de la sortie. Un enfant de 15 mois, il faisait 5 kilos, c'est hors de question que les parents aient l'occasion de décider de la sortie de l'hôpital et qu'ils repartent dans la nature avec une interruption de suivi de six mois. » (Cadre ASE)

Au final, comme pour les bilans de santé, un manque de réelle orientation semble régner concernant la collaboration avec les parents autour de la santé. Les services semblent tentés de laisser de côté la perspective du travail en collaboration pour gérer de manière plus pratique les différentes situations. Si les parents sont absents, ils n'ont pas forcément le temps d'aller les chercher pour les faire collaborer aux soins et ce, dans le temps des soins.

La santé, malgré l'ambiguïté des services dans sa prise en charge, est un domaine particulier. Elle a en effet pour vertu « d'objectiver » l'état de l'enfant au sein de sa famille ou du fait des pratiques et non pratiques parentales. Parlant santé, il ne s'agit plus de discuter de normes éducatives, de graduations de pratiques (un peu insuffisantes, insuffisantes, un peu excessives etc…) mais de capacité à prendre en charge ou pas, de manquements à des soins, de rendez-vous non honorés. Dans certains cas, la somatisation des troubles par l'enfant vient désigner un problème dans la relation aux parents et amène le service à se positionner :

« Ben là aussi c'est encore plus incitatif on doit autant que possible associer les parents à tout ce qui est démarches de soins. Après… là où on trouve toujours délicat, c'est en lien avec des troubles du comportement qui sont liés aux droits des parents, on a souvent des troubles qui se manifestent en amont ou en aval des visites, c'est compliqué à gérer. Là je pense à un cas avec des vrais troubles du comportement avec un manque d'appétit etc… Dans un cadre judiciaire, on saisit le magistrat ; quand on est face aux parents, on doit faire comprendre que c'est des troubles liés à l'exercice des droits. » (Cadre ASE)

2.5.6. Les relations avec les parents d'après les éducateurs ASE

Les éducateurs sont pris dans le même dilemme que les cadres sauf qu'ils ont à le vivre directement. Ils sont et en contact plus régulier avec les parents et sensibles à les associer si possible au suivi de la santé de leur enfant et sensibles au fait que les parents ne savent pas, ne peuvent pas voire refusent de s'associer aux services pour continuer à accompagner la santé de l'enfant. Cela donne, les concernant, des réponses nuancées où, néanmoins, ils insistent plus que les cadres sur les possibilités de collaboration avec les parents.

Ainsi, cet éducateur a particulièrement insisté dans son entretien sur la possibilité de collaboration avec les parents :

« L'idée c'est que, pour le lieu d'accueil, on puisse s'appuyer sur les connaissances que les parents ont de l'enfant, de manière à bien respecter ce qui a été mis en place pour pouvoir également ensuite garder une place aux parents. Si on est sur le même secteur c'est pour pouvoir garder le même médecin. Si les parents veulent rester présents il y a deux possibilités : ils continuent de prendre le rendez-vous pour leur enfant soit ils viennent sur les lieux de placement et accompagnent leur enfant lors des visites. Si les parents sont dans un défaut de soins, ça se repère tout de suite, le carnet de santé n'est pas rempli ou en mauvais état, là on va essayer de les mobiliser autour de ça, ça peut être des leviers qui vont être mis en place pour valoriser la famille autour de ce qu'elle peut faire. Ça peut aider à restaurer l'autorité parentale par ce biais. » (Éducateur ASE)

Cette posture s'inscrit dans un contexte institutionnel et territorial où l'échange d'informations entre l'ASE et la PMI est décrit comme fluide. Les médecins de PMI font un bilan systématique pour les enfants de moins de 6 ans et demandent à recevoir, via un formulaire standardisé, les résultats des bilans réalisés sur les enfants plus grands par les soignants des foyers et des familles d'accueil. On peut faire l'hypothèse que ce contexte maîtrisé autorise cet éducateur à poser une ligne aussi claire de travail avec les parents. Est envisagée une collaboration autour de la santé même pour les parents dépourvus de droits de visite ou d'hébergement :

« Ici, on a pas mal de carences éducatives et énormément d'abus sexuels et là forcément du coup ça amène une vigilance particulière autour du retour des enfants. Mais sur l'aspect carences éducatives il y a du boulot intéressant à faire avec les parents. Quoique même pour les cas où les parents ne voient pas leurs enfants on les tient au courant, on demande leur autorisation. J'ai la situation d'un père qui se tient encore au courant même s'il n'a pas le droit de voir ses enfants. » (Éducateur ASE)

Mais pour autant, le domaine de la santé est un support de travail avec les parents parmi d'autres :

« Mais l'esprit avec les enfants placés c'est de se donner tous les moyens pour laisser une place aux parents dans la vie de leurs enfants et que, quand ils seront majeurs, qu'ils liront leur dossier, ils se disent mais qu'est-ce qu'il reste. Moi ça me sert, mais ni plus ni moins que l'aspect scolaire. » (Éducateur ASE)

Pour cette autre éducatrice, la collaboration avec les parents est souhaitable mais pas toujours envisageable :

« C'est très variable ça dépend des parents. Il y en a qui vivent pas ça bien du tout, ils se sentent dépossédés, il y en a qui sont soulagés parce que c'étaient des choses compliquées à faire pour eux. Ça dépend comment ils vivent le placement de leur enfant. Et… en général on les désamorce assez vite en leur indiquant que c'est le numéro d'immatriculation de leur enfant, on sort du « maintenant il est à vous » non il est

couvert sous son numéro à lui du coup c'est moins violent. En leur disant que c'est leur numéro de sécurité sociale, qu'ils l'auront à vie.

Pensez-vous que la préoccupation pour la santé puisse être un support éducatif ?

Alors ça peut… c'est difficile de répondre comme ça de quelque chose d'assez systématique, parce que des fois c'est possible et des fois ça l'est pas. On a des parents pour lesquels se mobiliser pour leurs enfants ça va être trop difficile, trop compliqué, parce que la relation à l'enfant est déjà trop dégradée, c'est trop difficile, et pour l'enfant aussi. En tout cas une chose est sûre, on les associe toujours au maximum quand c'est possible mais des fois ça ne l'est pas. Dès qu'on le peut, on fait, en tout cas ils sont toujours informés. Quand il y a rendez-vous chez le médecin, on fait toujours un compte rendu et on le communique aux parents. » (Éducateur ASE)

Quoiqu'il en soit, les éducateurs, bien plus que les cadres, semblent engagés dans une démarche d'association des parents au suivi de la santé des enfants. Même si cet engagement ne peut toujours se concrétiser face à des parents en incapacité, absents voire opposants.

2.5.7. Le travail avec les parents du point de vue des assistants familiaux

Si les éducateurs voient surtout des possibilités de collaboration ou d'association des parents, les assistants familiaux voient peut être plus les manquements et le désengagement de nombre de parents. Certains soulignent la volonté qu'ils ont d'associer les parents au suivi de la santé de l'enfant :

« Et comment se passe la collaboration avec les parents ?

En général ça se passe bien, en général parce qu'il y a différents cas. Moi je les informe au fur et à mesure des problèmes de santé de leurs enfants, je les mets à contribution pour qu'ils aident l'enfant, juste leur dire ben regardez comme il est joli, pour les stimuler un petit peu. Sinon c'est vrai que je discute facilement avec eux, je vais tout leur dire ce qui se passe avec l'enfant. Et quand ils peuvent nous aider tout ce qu'ils peuvent dire, ça a beaucoup d'impact pour l'enfant. » (Assistant familial)

« Ben disons qu'il y a quand même le travail dans l'intérêt de l'enfant, si les parents ne sont pas associés ils se détacheront. Le référent c'est une chose mais si l'assistante familiale elle n'associe pas les parents, pour l'enfant il se sentira mal. Les enfants c'est déjà compliqué pour eux. Moi ma façon de travailler c'est ça, c'est d'associer les parents. Quand ils veulent bien. Pour en revenir à ce garçon qui avait une rupture du canal, la maman m'interdisait de toucher son enfant devant elle. Quand on allait chez le médecin, c'est elle qui le déshabillait, qui le portait. Quand elle le ramenait à la maison, je n'avais pas le droit de toucher l'enfant et il n'avait pas le droit de s'adresser à moi. La complexité pour cette maman… voilà. Quand le placement a été terminé, elle m'a dit Mme X je ne vous en veux pas mais je ne pouvais pas. » (Assistant familial)

« Oui c'est compliqué, parce que ma choupette qui avait un reflux, il fallait faire un examen avec une sonde et les parents s'opposaient et en même temps vous voyez l'enfant qui souffre. Au CAMSP, le médecin rééducateur il voulait filmer les progrès de l'enfant ; les parents ne voulaient pas. Dans ces cas-là moi je ne peux pas, je dis aux parents ce ne sont pas des enfantillages, c'est sa santé. » (Assistant familial)

Les assistants familiaux ont à vivre de près les effets des refus et désengagements des parents sur le suivi de la santé de l'enfant :

« Pour les autres c'est compliqué. Avec la famille qui a tous les droits, ça fait beaucoup. Dès qu'ils arrivent à 9 ans, ils disent non, avec maman, c'était comme ça, mais en fait ça patauge, alors j'appelle les éducs, ça prend du temps. Et là je trouve qu'on n'a pas assez de droits, surtout quand on voit qu'il y a des manques, de gros problèmes, et on peut pas. » (Assistant familial)

À leurs yeux, la santé n'apparaît pas comme un domaine particulièrement porteur ou facilitateur pour mobiliser les parents. Les assistants familiaux ne se positionnent d'ailleurs pas – à l'instar des éducateurs – comme des acteurs chargés de mobiliser, impulser. Ils tendent plus à « rendre sensibles» les parents aux évolutions des enfants, à la nécessité de certains soins. Mais, même ainsi, ils concluent plutôt sur des difficultés de collaboration fréquentes :

« Après, je pense que s'il y a plus un souci, c'est à l'éducatrice de faire le point avec eux. C'est pas notre rôle de faire changer l'opinion des parents, c'est plutôt à l'éducatrice. Et à côté de ça, vous avez les parents qui ne vont vous poser aucune question qui ne vont pas s'y intéresser. » (Assistant familial)

Les soins prennent en effet place et sens dans un quotidien partagé avec l'enfant – un quotidien qui débouche sur une familiarité qui permet de découvrir des maux, mêmes discrets, un quotidien qui induit une préoccupation permanente de l'enfant qui amène à suivre ses soins. Sortis de ce quotidien, les parents semblent trop souvent indifférents à la question du soin.

« Certains trouvent que les parents doivent participer. Moi je vois pas l'intérêt, moi je suis mal à l'aise quand il y a les parents. Les parents viennent les premiers mois. Après, quand ils voient que l'enfant ne s'intéresse pas à eux et qu'on me pose des questions qu'à moi, après ils s'en fichent. Après pour les grands les parents s'en fichent. Je leur dis j'ai emmené votre gamin aux urgences ; bien c'est bien. » (Assistant familial)

Au final, les assistants familiaux semblent plutôt gênés par la question du travail avec les parents autour de la santé de l'enfant. Gênés parce qu'ils constatent fréquemment que les parents ne parviennent pas à s'intéresser à un domaine qui est pourtant un symbole fort du « bien de l'enfant ». Gênés parce qu'ils ont à vivre et subir directement l'attitude des parents lorsqu'elle se répercute sur la santé de l'enfant, des délais de soins, des soins non faits etc…

L'implication des parents dans le suivi sanitaire de leur enfant revêt des formes tout à fait multiples selon les départements, les pratiques professionnelles ainsi que les situations. En effet, la préoccupation attendue de la part des parents à propos de la santé de leur enfant, recouvre également une partie des compétences parentales estimées et évaluées en amont et durant la mesure d'accueil. C'est parfois, justement ce manque de préoccupation qui a motivé une mesure de protection ou qui la maintient. Ainsi, est questionnée également ici indirectement, les modes de soutien à la parentalité proposés aux parents pendant l'accueil de leur enfant. La santé et le prendre soin peuvent résonner de façon tout à fait spécifique pour ces parents, parfois en mal de parentalité, et n'ayant pas eux-mêmes reçus d'attention à leur propre santé, bien-être.

Synthèse : La place des parents dans la santé de leur enfant protégé

Les modalités d'association des parents sont évidemment variées, mais plus clairement établies dans le cadre des placements judiciaires qu'administratifs. Les cadres évoquent alors plutôt les situations où ils ont à « trancher », c'est-à-dire décider fermement de faire sans ou indépendamment des parents du fait de leurs résistances ou inerties. De façon liée, la signature d'une autorisation de soins est également questionnée dans son effet de décharger les parents de toute prise de décision relative à cette dimension du développement de leur enfant.

Dans leurs discours, les jeunes montrent l'absence d'automaticité et l'adaptation aux situations (disponibilité de l'un ou de l'autre, importance de la consultation). Au-delà d'une préoccupation de la santé par les parents ressentis par ces jeunes, sont évoqués certaines absences de communication ou certains besoins d'articulations entre la sphère parentale/familiale et institutionnelle. Un exemple a révélé la proximité géographique du médecin traitant avec la résidence familiale comme un facteur de participation du parent à la prise en charge médicale de son enfant.

Les soignants engagés en protection de l'enfance insistent sur la difficulté mais également la nécessité d'associer les parents sur les questions de santé. Des questions qui interpellent peut-être moins frontalement que celles relatives à l'éducation ou à l'histoire de la famille et qui permettent de réintroduire les parents dans le souci de leur enfant en leur faisant parler de leurs propres affections et de la connaissance qu'ils ont des maladies de l'enfant.

Les éducateurs semblent engagés dans une démarche d'association des parents au suivi de la santé des enfants. Même si cet engagement ne peut toujours se concrétiser

face à des parents en incapacité, absents voire opposants, et toujours pondéré par l'intérêt estimé pour l'enfant. L'opportunité d'associer des parents parfois distants et parfois tenus à distance par le jeune lui-même est mise en parallèle avec le besoin et/ou la nécessité d'autonomie du jeune, par rapport à ses parents.

Plusieurs interlocuteurs de la PJJ remarquent que les éducateurs n'apparaissent pas aux yeux des parents comme des interlocuteurs pertinents, processus qui replace les infirmières en première ligne. Certains remarquent que les parents sont d'autant plus associés dans les CEF que ces établissements disposent d'infirmières.

Les assistants familiaux ont à vivre de près les effets des refus et désengagements des parents sur le suivi de la santé de l'enfant, et semblent plutôt gênés par la question du travail avec les parents autour de la santé de l'enfant. Gênés parce qu'ils constatent fréquemment que les parents ne parviennent pas à s'intéresser à un domaine qui est pourtant un symbole fort du « bien de l'enfant ». Gênés parce qu'ils ont à vivre et subir directement l'attitude des parents lorsqu'elle se répercute sur la santé de l'enfant, des délais de soins, des soins non faits, etc.

3. LE SENS DONNE AU SOIN ET AU PRENDRE SOIN

Connaître les organisations institutionnelles à propos des modalités d'affiliation des enfants protégés et comprendre les délimitations des champs de compétences des différents acteurs mobilisés représentent des enjeux cruciaux pour le respect des droits des enfants en matière de santé. Toutefois, s'avère également indispensable la prise en considération de ce que représentent le soin et la santé pour ces jeunes-là. Le recueil de leur point de vue présenté ici, permet de disposer d'un éclairage relativement inédit, autour de leurs ressentis et de leur compréhension du système qui les protège et prend soin d'eux. De même, le discours des parents a été recueilli, nous permettant de comprendre comment certaines pratiques peuvent être perçues.

3.1. CE QUE DISENT LES JEUNES RENCONTRES

Neuf jeunes ont été interviewés, 7 garçons et 2 filles, âgés de 10 à 17 ans (1 enfant a 10 ans, 2 en ont 14, 5 en ont 16 et 1 en a 17), 4 accueillis par l'ASE et 5 sous l'autorité de la PJJ dans 3 départements différents. Au regard des différentes questions relatives à leur santé, ils ont évoqué nombre de points relatés ci-dessous.

3.1.1. Une conception sociale et concernée de la santé

Présente dans le guide d'entretien, chaque jeune a répondu à cette question commune : « qu'est-ce que la santé ou être en bonne santé ? » Voici leurs mots :

« La santé, c'est tout, bien se nourrir, faire du sport, boire 1,5 litre par jour, éviter d'être malade, être humain quoi. Je fais du sport au lycée mais ici j'ai pas le temps. Je cours ou quand je suis chez moi je fais du vélo. Travailler c'est bon pour la santé mentale. Il y a pas que physique il y a moral, mental, comment on se sent, c'est ça la santé aussi. » (Théo, 16 ans)

« La santé, c'est la vie, c'est ce qui sert à vivre » (Damien, 14 ans)

« S'occuper de soi, être propre. » (Gaël, 16 ans)

« La santé, c'est être guérie. Bien manger, bien grandir. » (Victoire, 14 ans)

« J'ai envie de faire attention à moi. Je me maquille, je me lave, je me coiffe, je m'habille bien » (Victoire, 14 ans)

« Pour moi, je dors bien, tranquille, je respire bien, ça va. » (Ibrahim, 17 ans)

« La santé ? Je me lave les mains tout le temps, mais j'aime pas trop manger équilibré. » (Olivier, 16 ans)

« Maintenant, je sais qu'il faut prendre soin. Quand on a mal quelque part, il ne faut pas le prendre à la légère, c'est pas pour rien. Il faut aller voir les professionnels de santé. » (Yaël, 16 ans)

« Déjà qu'on n'est pas bien par rapport à ce qu'on vit, il faut être bien pour régler les autres problèmes. On n'est pas bien, moral à zéro quand la santé au quotidien ça va pas. » (Yaël, 16 ans)

Deux tendances sont observables : l'image de la santé « socialement décrite » avec ses codes de conduite (manger équilibrer, boire de l'eau et faire du sport) et la santé comme un moyen d'accéder au bien-être grâce au prendre soin de soi. La convergence se situe sur le fait de ne pas se négliger à la fois pour soi et pour les autres. Cette santé est aussi mise en perspective avec la situation particulière de ces enfants où un mauvais état de santé aurait un effet cumulatif et où la bonne santé aurait un effet motivant ou permissif. Il est évoqué ici, en filigrane, l'énergie importante que les enfants doivent déployer pour faire face à leur situation, énergie qui ne peut être investie dans plusieurs domaines : prendre soin de sa santé et être serein par rapport à sa situation familiale, même si les deux s'avèrent complémentaires.

3.1.2. Absence de refus de soin

Aucun jeune n'évoque le fait de refuser se soigner. Il est même possible d'entendre dans leurs discours un phénomène de sur-consultation, comme a pu le relever une assistante familiale. Nous pouvons faire l'hypothèse que les jeunes rencontrés se sentent davantage concernés par la santé que dans la population générale, et que soit observable une polarisation des extrêmes entre les jeunes ne souhaitant pas du tout se soigner et ceux très soucieux de leur santé.

« Non, le médecin je l'ai vu plein de fois pour des prises de sang, le mal au ventre ou le mal de tête. C'est vous qui demandiez ? Non c'est eux qui me disaient, on va t'emmener voir le médecin. Ça apportait quelque chose ? Ouais des médicaments, des bandes, des pommades. Tout pour me soigner quoi. » (Gaël, 16 ans)

« J'aimerai bien tous les mois aller voir le médecin, la santé et tout. » (Ibrahim, 17 ans)

« Je rate jamais un rendez-vous. Dans le foyer, y en a qui ne veulent jamais aller chez le médecin. » (Olivier, 16 ans)

Une conscience de l'importance d'un suivi est présente chez ces jeunes, même si certains ne se sentent pas suffisamment informés sur le choix des examens, sur le diagnostic. Leur comportement peut être interprété comme une recherche de point de vue expert sur leur santé qui serait extérieur à l'ASE, au regard de la difficulté d'interpréter les signes cliniques par les professionnels éducatifs, mais aussi le ressenti des symptômes par les enfants. Cette dimension-là renvoie au prendre soin, à solliciter un professionnel prenant soin, comme une recherche de soins physiques à défaut d'intériorisation ou de possibilité de soins psychiques.

3.1.3. Le vécu de la séparation d'avec les parents : diminution ou augmentation des symptômes

Certains jeunes évoquent leur perception de leur bonne santé en lien avec leur histoire de séparation d'avec leur famille. Nombreux sont les travaux qui ont mis en exergue les manifestations physiques du vécu de la séparation, sous forme de somatisation dans la majorité des cas.

« Je dors tard et je me réveille tôt, les éducs le savent. C'est parce que je suis au foyer, c'est pour ça que je dors tard. Chez moi, je dors pas tard comme ça, c'est parce que je suis pas chez moi. Je suis mal c'est pour ça, je suis encore ici pour 2 ou 3 mois. J'ai mal à l'œil, j'ai sommeil, c'est parce qu'on m'a réveillé tôt [10h]. *» (Olivier, 16 ans)*

Il s'agit bien du vécu de la séparation, Olivier qui souhaite absolument rentrer chez lui manifeste corporellement le mal-être de son éloignement familial, et Victoire qui, se sentant en sécurité dans ce lieu, trouve qu'elle grandit mieux.

« Je grandis mieux ici, je me sens en sécurité » (Victoire, 14 ans)

Cette observation confirme le fait que le rapport à la santé est spécifique chez les enfants ayant vécu une séparation d'avec leur(s) parent(s) dans le cadre de la protection de l'enfance. Ils éprouvent dans leur corps certains vécus, mais aussi le corps constitue une façon de manifester certaines douleurs difficilement verbalisables.

3.1.4. Participation à des actions de prévention

Majoritairement, les jeunes rencontrés ont participé à des actions de prévention. Les domaines concernés par des actions ou par une vigilance des lieux de vie de ces jeunes sont : l'alimentation, le sommeil et la consommation de drogue.

« Ils font gaffe quand même à la santé. Ils font gaffe à ce qu'on mange, si on mange un hamburger, au dessert un fruit. » (Damien, 14 ans)

« As-tu participé à des actions collectives de prévention, liées à la consommation, au sommeil… ? Oui pour le sommeil mais pas la consommation. » (Olivier, 16 ans)

« Avez-vous déjà eu des plans de prévention ? Oui sur la drogue, j'ai été dans un foyer pour jeune fille il y a 2 ans, une intervention sur drogue, addiction et toxicomanie. » (Yaël, 16 ans)

Synthèse : Ce que disent les jeunes rencontrés

À propos de leur vision de la santé, deux tendances sont observables : l'image de la santé « socialement décrite » avec ses codes de conduite (manger équilibré, boire de l'eau et faire du sport) et la santé comme un moyen d'accéder au bien-être grâce au prendre soin de soi. La convergence se situe sur le fait de ne pas se négliger à la fois pour soi et pour les autres. Cette santé est aussi mise en perspective avec la situation particulière de ces enfants où un mauvais état de santé aurait un effet cumulatif et où la bonne santé aurait un effet motivant ou permissif.

Certains jeunes évoquent leur perception de leur bonne santé en lien avec leur histoire de séparation d'avec leur famille. Ils éprouvent dans leur corps certains vécus, mais aussi le corps constitue une façon de manifester certaines douleurs difficilement verbalisables.

Aucun jeune ne mentionne le fait de refuser se soigner. Il est même possible d'entendre dans leurs discours un phénomène de sur-consultation, comme a pu le relever une assistante familiale. Nous pouvons faire l'hypothèse que les jeunes rencontrés se sentent davantage concernés par la santé que dans la population générale, et que soit observable une polarisation des extrêmes entre les jeunes ne souhaitant pas du tout se soigner et ceux très soucieux de leur santé.

Majoritairement, les jeunes rencontrés ont participé à des actions de prévention, sans vraiment faire le parallèle avec leurs propres conduites à risque. Les domaines concernés par des actions ou par une vigilance des lieux de vie de ces jeunes sont : l'alimentation, le sommeil et la consommation de drogue.

3.2. CE QUE DISENT LES PARENTS

Quelle lecture les parents ont de la santé de leur enfant protégé ? Quel vécu de leur place de parents ? Quelle place occupe la santé dans la relation avec leur enfant et avec les professionnels en charge de l'application de cette mesure ? De nombreuses questions ont soutenu les entretiens menés avec les deux mères rencontrées, dont les discours mettent à jour les éléments analysés ci-dessous.

3.2.1. L'enfant est le principal informateur des parents sur sa santé

L'enfant est le premier concerné par les soins, interventions dont il bénéficie. Toutefois, jusqu'à un certain âge, la compréhension des raisons, du cadre, des objectifs de ces consultations, tient de la responsabilité des adultes. Ce que nous observons ici, c'est que l'enfant occupe une fonction de relai entre les adultes à propos de sa santé. Il est indirectement « chargé, missionné » de transmettre ces informations médicales. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il transmet les informations dans l'autre sens, en informant son lieu de vie des soins médicaux dont il a pu bénéficier pendant son séjour en famille. Ce fonctionnement peut être le révélateur d'un manque de communication entre les adultes, l'enfant restant le seul « pont » entre eux.

« Non, pas tenue au courant, je le savais par mes enfants. » (Mme M.)

« Voilà comme il me dit, j'ai rendez-vous chez le dentiste, il m'a fait ça. C'est lui qui nous en parle. Déjà, on n'a pas de contact avec la personne qui s'occupe de lui au pavillon, on peut appeler T par contre [l'enfant]. *Et ça c'est bien ou c'est frustrant ? Oui* [c'est bien] *quelque part je laisse cette personne gérer T et je pense que si on avait plus de contacts cela ferait plus d'affinités et je ne voudrais pas qu'il y ait des différences avec les autres enfants qui eux n'ont pas forcément de parents. Je trouve ça très bien comme ça. » (Mme T.)*

Un enfant nous l'a également dit :

« Sais-tu si tes parents sont informés des consultations ? Si j'oublie pas, je leur dis, mais je crois que les éducs doivent leur dire. » (Olivier, 16 ans)

3.2.2. Observation d'écarts importants de pratique selon les lieux d'accueil

Au regard des discours de ces parents, les modes de communication employés varient considérablement d'un lieu à l'autre. En effet, il semble difficile pour les parents de pouvoir entrer en contact avec des référents sur les lieux collectifs pour poser des questions sur la santé, alors qu'existerait une certaine proximité et/ou facilité avec les familles d'accueil. Évidemment, les écarts de pratique et de considération de la santé ne peuvent se réduire à cette simple dichotomie. Les deux mères évoquent directement ou indirectement ce qui relèverait de la confiance en la préoccupation du lieu d'accueil pour la santé de leur enfant et la considération de leurs douleurs.

Émerge ici l'acceptation d'une suppléance en ce domaine qui peut se traduire par le fait de ne pas être décisionnaire ni informé au quotidien de ces actes réalisés considérés comme usuels. Évidemment, cela prend appui sur la considération des compétences parentales mais aussi des compétences de l'équipe éducative. Sentiments d'importance, de reconnaissance, de considération sont recherchés par tous parents, et a fortiori dans les situations de séparation en protection de l'enfance.

« C'est pas facile pour les avoir au téléphone. Je dirais le plus où on a des nouvelles tous les mois c'est parce qu'on rencontre la psy du village une fois par mois. On arrive à discuter avec elle ». (Mme T.)

« Non je trouve ça normal, bien. On a confiance, on sait que s'il y a quelque chose ils sont là. » (Mme T.)

« Quelque part je laisse cette personne gérer T » (Mme T.)

« Ma fille se plaignait régulièrement de son ventre et ils laissaient trainer les choses et ils lui disaient arrête et c'est juste quand elle s'est pliée de douleur qu'ils l'ont envoyée aux urgences et elle avait une appendicite et elle s'est fait opérer pour une péritonite » (Mme M.)

« En famille d'accueil c'est vraiment autre chose. Que ce soit pour tout j'étais vraiment prévenue. Même au début elle m'expliquait bien le traitement, me l'écrire, pas de souci. Quand c'était juste un médecin non mais pour l'ORL oui. Même pour faire un test d'effort dans un laboratoire j'avais fait la demande pour être avec lui. Il a même été opéré des végétations, elle m'a bien tenue au courant de l'opération, elle m'a déconseillé de venir à l'opération, ça coûtait cher en taxi mais après, elle avait vu avec l'éducatrice pour qu'il puisse venir après l'hôpital chez moi. Elle m'a tenue au courant de l'opération du début à la fin. » (Mme M.)

3.2.3. CMU et autorisation de soins vont de pairs

Nous pouvons remarquer une certaine méconnaissance du contenu de l'autorisation de soins signée. Au-delà de la question de la valeur légale de ce document, les parents n'ont pas de connaissance de ce qu'il contient et l'associent au document scolaire. On peut faire l'hypothèse qu'il y a un caractère rassurant au fait de le concevoir identique à un document signé par tous les parents d'enfants scolarisés. A la différence près qu'il s'ajoute à une automaticité de la couverture CMU pour ces enfants, et s'inscrit donc dans une mise à distance des décisions parentales. Pour Mme M, *« leur place c'est sur ma carte à moi »*. La question de l'appartenance et/ou de l'affiliation tant parentale que sociale apparait ici en toile de fond.

« Et vous avez signé une autorisation de soins ? Oui. Sur quoi elle portait, vous savez exactement ? Non, j'allais vous dire c'est comme le principe de l'école quand ils interviennent qu'ils aient notre autorisation après dans le détail non » (Mme T.)

« Vous a-t-on demandé de signer une autorisation globale de soin pour votre enfant ? Oui. Moi on m'a juste dit si vous pouvez signer ce papier-là s'il y a une urgence et que c'était pour pouvoir agir vite s'ils n'arrivaient pas à me joindre. » (Mme M.)

« Au début, quand ils sont partis, ils étaient sur ma carte à moi et après ils ont eu chacun leur numéro. Vous étiez d'accord ? Ben non parce que leur place c'est sur ma carte à moi. » (Mme M.)

Synthèse : Ce que disent les parents rencontrés

Ce que nous comprenons à travers le discours des parents, c'est que l'enfant occupe une fonction de relais entre les adultes à propos de sa santé. Il est le seul garant de la continuité des soins en termes de souvenirs et de transmission d'informations faute d'outil historique et présent.

Une différence notoire apparaît autour du lieu d'accueil de l'enfant. Il semble difficile pour les parents de pouvoir entrer en contact avec des référents sur les lieux collectifs pour poser des questions sur la santé, alors qu'existerait une certaine proximité et/ou facilité avec les familles d'accueil.

Nous pouvons remarquer une certaine méconnaissance des parents du contenu de l'autorisation de soins signée, davantage associé à un document destiné au milieu scolaire qu'à un document venant déterminer leur rôle dans certains aspects du suivi médical de leur enfant.

3.3. L'ETAT DE SANTE DES JEUNES D'APRES LES PROFESSIONNELS

De leur côté, les professionnels font également des constats sur la santé des enfants dont ils ont la charge tant dans leurs réponses au questionnaire que dans les entretiens réalisés.

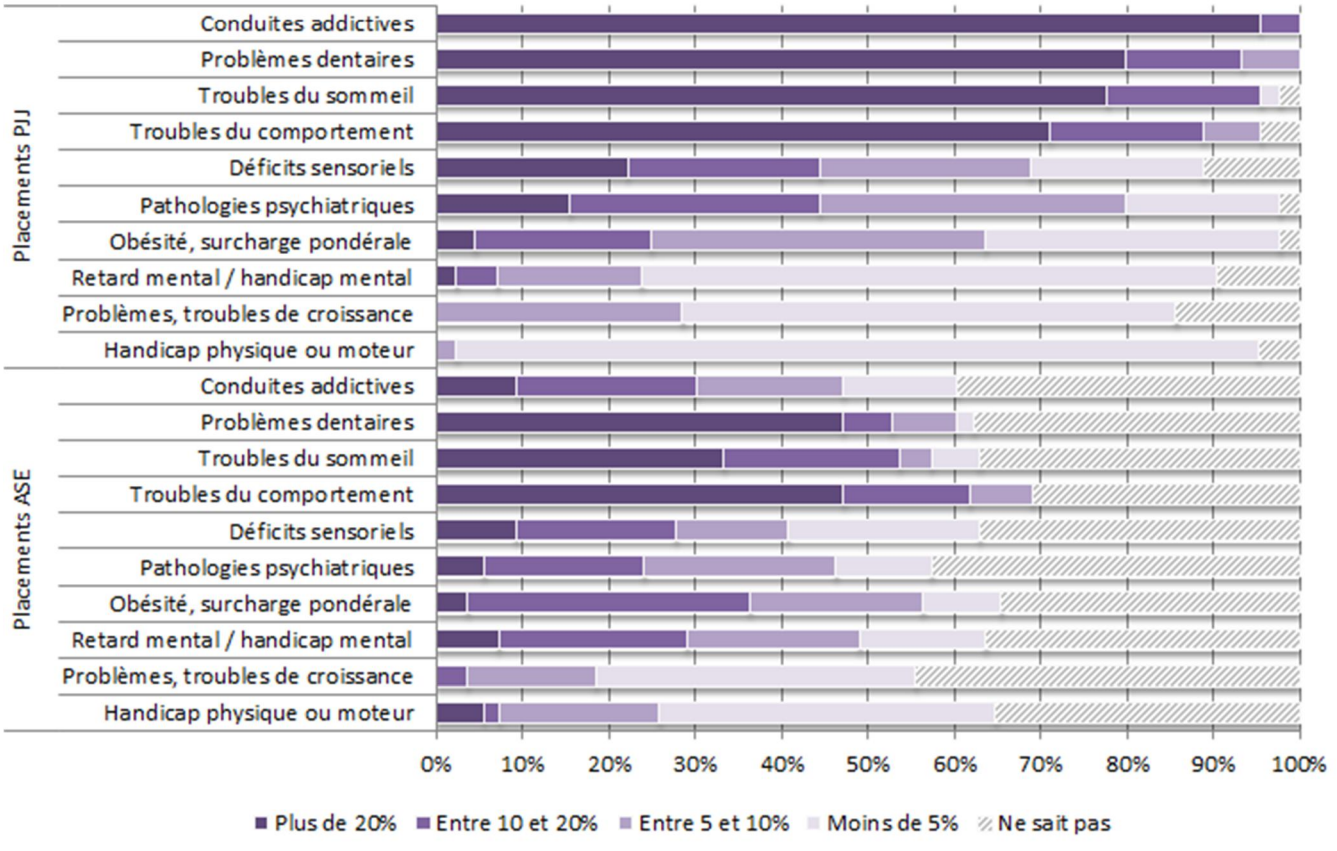
Le premier enseignement du questionnaire, à propos du sentiment des professionnels sur l'état de santé des enfants au moment de leur placement, est que les personnes des services d'Aide Sociale à l'Enfance ayant répondu sont probablement peu en contact avec les enfants. En effet, selon les modalités proposées, entre 31 et 48 % des répondants ne font pas de constats particuliers sur la santé des enfants placés. Du côté de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, cette proportion ne dépasse jamais 14 % et tous les répondants se sont prononcés concernant les conduites addictives ou encore les problèmes dentaires des jeunes (cf. figure 35).

Les mineurs placés à la PJJ semblent clairement présenter certaines caractéristiques sanitaires très marquées. Ainsi, une majorité des directions territoriales estime que plus d'un jeune sur cinq présente des conduites addictives (tabac, drogue, alcool, cyberdépendance), des problèmes dentaires, des troubles du sommeil ou encore des troubles du comportement.

Concernant les mineurs placés à l'ASE – bien que l'interprétation des données soit plus difficile du fait des professionnels ne se prononçant pas –, ces problématiques semblent également importantes, excepté pour les conduites addictives qui concerneraient, probablement du fait de leur âge, moins de jeunes.

Dans des proportions moindres, les mineurs placés semblent également nombreux à présenter des pathologies psychiatriques, des déficits sensoriels (visuels, auditifs), ou encore des problèmes d'obésité ou de surcharge pondérale.

Fig.35 : Constats sur l'état de santé des enfants au moment de leur entrée dans le placement : mineurs présentant…



Source : Questionnaires EFIS aurpès des services ASE et des DTPJJ

En plus des différentes thématiques proposées par le questionnaire, les répondants ont tenu à souligner certaines spécificités de cette population. Pour les DTPJJ, les particularités sanitaires des enfants placés concernent essentiellement des conduites

sexuelles à risque avec, chez les filles, des grossesses éventuelles, des questions de malnutrition et de troubles alimentaires, ainsi qu'une absence de suivi de leur santé par les jeunes, notamment au niveau des vaccins. Cette dernière problématique est également relevée par les professionnels de l'ASE. Ceux-ci mettent aussi l'accent sur des troubles des acquisitions et des troubles du langage, ainsi que sur des retards de développement psychomoteur des enfants.

Sur l'état de santé des jeunes pris en charge par la PJJ, l'accueil en hébergement fait ressortir des problèmes de *prises de soin de soi*, au sens large du terme, dans l'hygiène, l'alimentation et le sommeil :

« Surtout ils disent tous qu'ils vont bien mais je les trouve dans l'ensemble ne prenant pas soin d'eux. Ça fait déjà quelques années que les parents ont laissé tomber, il y a des problèmes dentaires, pas forcément des problèmes d'hygiène parce que les ados… des problèmes dentaires et de vue et ça c'est compliqué à déceler parce que tant qu'il y a pas de bilan on peut passer à côté. » (Référent santé)

Les jeunes pris en charge souffrent d'un déficit d'attention à soi-même mais également de savoir-faire dans la prise en charge et la prise de soin de leurs propres corps :

« Dans les choses à travailler il y a le portable et le sommeil. Hygiène corporelle, hygiène de base. Il y a souvent de grosses carences dans les apprentissages. Souvent nos jeunes ne savent pas qu'il faut prendre du savon qu'il faut frotter, changer les vêtements, pas emprunter les chaussures des autres, se chausser correctement. » (Référent santé)

Ce déficit de base dans la prise de soin de soi se répercute ensuite dans la « gestion » des questions somatiques et corporelles de ces jeunes. Ils ont premièrement un rapport distant aux soins (on verra plus loin les difficultés de suivi des soins), mais aussi un rapport « buissonnier » et bricolé à leur question de santé, notamment concernant la sexualité :

« En fait ce sont des jeunes qui… pour eux ça va, ils sont dans le questionnement par rapport aux modifications que leur corps opère ils sont dans le questionnement, ils écoutent à gauche à droite, pas forcément les bonnes personnes et puis ils sont dans le test : faire comme les autres. Pour eux ils ont pas de problèmes de santé, ça n'arrive qu'aux autres. Et après quand on leur rappelle les dangers et les risques qu'ils ont pris, ce n'est pas forcément sur le moment, ils récupèrent les informations et après c'est sur le tas. C'est pour ça que les éducateurs de milieu ouvert mettent en place des ateliers santé pour aborder ces questions-là avec des spécialistes [atelier avec planification familiale pour discuter sexualité contraception]. Après on a des informations sur les MST, pareil pour les addictions. Ça permet aux jeunes de repérer les lieux et de ne pas se sentir

stigmatisés et après, on a des jeunes qui de par eux-mêmes vont dans ces lieux-là. » (Infirmière PJJ)

Sur cette première base de rapport en friche à soi-même, les jeunes pris en charge présentent des problématiques plus visibles et repérées d'addictions. Addictions aux toxiques connus, alcool, cannabis :

« Et ils sont consommateurs de cannabis beaucoup et ils consomment de l'alcool et il y a eu une période de binch drinking, ils se mettaient la tête à l'envers. » (Référent santé)

« On a quand même des problématiques liées à la consommation de cannabis, d'alcool. » (Infirmière PJJ)

« Il y a le problème de la contraception, de la protection. Et ce que l'on voit de plus en plus c'est des filles qui consomment du cannabis, de l'alcool et des conduites à risque où elles se mettent réellement en danger. » (Éducateur PJJ)

Par rapport à ces problématiques bien repérées, les points alarmants sont que ces addictions voire ces pratiques des toxiques sont solidement installées chez les jeunes, voire évidentes à leurs yeux :

« On a une grosse problématique d'addiction au cannabis, avec addiction au cannabis. On a des 13-18 qui sont dans des consommations depuis très jeunes, en commençant à fumer depuis 10 ans. Tout en banalisant ces consommations, pour eux c'est normal, ils peuvent imaginer consommer dans des lieux justice. » (Éducateur PJJ)

« En vrai je fume pas, la cigarette, les joints, c'est à cause d'ici que je fume la cigarette. Je vais essayer d'arrêter le joint parce que je me remets au foot, tout le monde dit que je suis trop fort. » (Gaël, 16 ans)

« Vous fumez vous-même ? Normal. Ça vous fait rien ? Ça me fait rien moi. Je connais des gens ça leur fait mal au cœur, moi ça me fait rien. » (Damien, 14 ans)

Mais aussi que ces addictions amènent à d'autres comportements de mise en danger de soi et de son intégrité psychique et corporelle :

« Ensuite on arrive à des particularités de nos populations. C'est qu'on est de plus en plus confronté à des problématiques de prostitution, garçons ou filles, qui sont liées à des problèmes d'addiction, consommation de substances actives. » (Infirmière PJJ)

À côté de ces addictions « classiques », s'affirment aussi les addictions aux nouveaux médias, internet, portable, jeux en ligne :

« Les éducs qui nous parlent de jeunes qui, une fois qu'ils sont déscolarisés, s'isolent chez eux et ne communiquent plus que via ces médias. Donc, par rapport à ces questions de médias et de délinquance, j'ai demandé aux éducs de se rapprocher des gendarmes qui ont développé une branche de prévention sur ces outils là pour informer le jeune mais surtout la famille. On a également l'ANPAA qui est susceptible d'intervenir sur ces questions-là. L'ANPAA : Antenne Nationale de Prévention en

Alcoologie. Avec les éducs, en fonction des problématiques soulevées, je les oriente vers tel ou tel partenaire. » (Infirmière PJJ)

« On a des comportements d'addiction aux jeux et aux téléphones portables, tout ce qui est lié aux médias internet, jeux vidéos internet. Et là, on se sent démunis. J'ai eu à gérer un jeune de 17 ans qui se désocialisait, qui ne passait son temps que sur l'ordinateur et internet et on va y être de plus en plus confronté. » (Éducateur PJJ)

A travers ces différents constats, les référents santé nous décrivent des jeunes qui, du fait de leur âge, sont déjà des sujets de leur santé. Des sujets malheureux, mais des sujets. Là où les enfants pris en charge par l'ASE, du fait de leur plus jeune âge, apparaissent plus comme les victimes de carence et d'absence de soin et victimes d'une certaine cécité institutionnelle aux soins ; les jeunes de la PJJ sont déjà « formés ». Ils ont un rapport à leur santé déjà constitué, même si très carencé, et les éducateurs et référents sont confrontés au fait de faire changer ce rapport, de donner un autre rapport à soi, que ce soit dans la venue aux soins ou dans la continuation des soins. L'importance des addictions traduit ce même rapport à la santé déjà constitué chez ces jeunes. Ils gèrent leur malaise et leur tension corporelle par les toxiques et les dérivatifs, ce qui fait que la question et de la santé et du bien-être doit passer par la régulation des addictions et, encore une fois, par la mise en place d'un autre rapport à soi. Par contre, le fait que ces jeunes soient aussi (du fait de leur âge) des sujets en recherche de solution ouvrent des possibilités de les associer et de les rendre – un tant soit peu – acteurs de leurs soins.

En ce qui concerne l'ASE, les cadres constatent, dans la population des enfants placés, deux grands ordres d'affection : d'une part l'ensemble des affections liées aux négligences parentales de prise de soin de soi (maladies de peau et des cheveux, manque de soins dentaires) et d'autre part l'ensemble des troubles consécutifs aux mauvais traitements et aux traumas :

« Absence de soins dentaires, retards de langage, recrudescence de gale depuis un an, assez impressionnant, les poux ! Les assistantes familiales essaient de batailler mais avec les retours dans la famille c'est pas possible. Sinon, il n'y a pas d'affections majeures qui ressortent. » (Cadre ASE)

Les affections liées aux manques de soins sont déjà gênantes au quotidien et peuvent alourdir l'accueil. Mais ces troubles des négligences et des carences peuvent être plus lourds et se combiner avec des troubles du trauma pour donner des tableaux cliniques généraux assez impressionnants :

« Parce qu'on a quand même des choses qui sont assez récurrentes, des enfants qui présentent des troubles du comportement, des retards du langage, troubles du sommeil, de l'alimentation, énurésie, encoprésie tardives, souffrances psychologiques, ergos et

orthophoniques liées au retard, souvent des maladies de peau, maladies psychosomatiques, des soins dentaires pour les plus grands, les lunettes également. On a énormément d'enfants avec ces troubles-là. Des enfants sans troubles du comportement, on n'en a pas vraiment, parce que les placements interviennent très tardivement, parce qu'on est dans du suivi à domicile. Là on a un suivi de la santé en milieu ouvert, mais ça ne sera pas forcément fait. Mais la santé c'est aussi un des principaux axes qui motive un suivi médical à domicile. » (Cadre ASE)

Au sein de ces tableaux combinant négligences et mauvais traitements, les « retards » de placement consécutifs à la loi de rénovation de la protection de l'enfance du 5 mars 2007 et à l'injonction de travail avec les parents semblent empirer les choses :

« Ce que l'on peut constater, ce sont des problèmes liés aux soins à l'hygiène, des enfants qui ont la gale, qui ont des rages de dents, des problèmes d'hygiène dentaire, on a des pathologies graves d'enfants suite à des trauma intra-utéro, des enfants qui ont été sevrés à la naissance, des enfants qui ont des malformations, liées à la consommation de toxiques alcool et autres. Ça ce sont des choses que l'on repère à l'arrivée… On a eu un enfant qui était malnutri…

Donc de fait, avec ces problématiques, le soin va être une question assez rapidement ?

Oui, il y a des interventions préalables qui n'ont pas permis une prise en charge de l'hygiène. Des enfants suivis en AEMO qui arrivent avec des problèmes de dents, pas de lunettes, des semelles orthopédiques. Le bilan fait que l'on découvre pas mal de choses. » (Cadre ASE)

Aussi, à travers ces quelques témoignages, la population des enfants accueillis à l'ASE semble avoir deux grandes caractéristiques : une masse énorme de soins à « rattraper » et des troubles du comportement plus enracinés qui devront être gérés sur les moyens et long termes.

Les assistants familiaux, contrairement aux éducateurs spécialisés, ne constatent pas de problématiques médicales particulières aux enfants placés. Ils notent un mélange d'effet des négligences parentales, de somatisation et de craintes et inhibitions probablement issues de leur parcours :

« Ben des problèmes… il y a des enfants qui arrivent dans un état d'hygiène corporelle pas très joli avec des psoriasis pas soignés de choses comme ça. C'est à nous de prendre en charge tout de suite, de faire les soins adaptés. Il peut y avoir des enfants qui ont du mal par rapport à la douche, qui ont une petite appréhension et qu'il faut stimuler. » (Assistant familial)

« On essaie de discuter avec l'enfant, petit à petit, on ne met pas le jet trop fort, on prend un gant et en faisant une petite approche de la douche, ou alors on passe par le bain, ce qui s'adapte le mieux à l'enfant.

J'ai toujours réussi à les faire évoluer, je me suis aperçue que tant qu'ils sont à la maison dans le cadre… mais une fois qu'ils sont repartis, qu'ils sont adultes, qu'ils ont 18 ans, ils repassent par une phase de mauvaise hygiène. On a l'impression qu'ils se relâchent avant de repartir. » (Assistant familial)

« Il y a des problématiques particulières ?

Les troubles du sommeil, l'eczéma, de l'eczéma de contrariété. Après, c'est manger : ils mangent beaucoup, on dirait qu'ils comblent ; ou alors l'anorexie. Mais sinon quand même les troubles du sommeil, la nuit leur fait peur. » (Assistant familial)

« Les enfants ont une avidité de la santé importante, beaucoup ont très peur de la mort et de la maladie et, en fin de compte, ils aiment bien aller chez le médecin, ils ont un besoin de protection médicale, ils ont une plus grande demande. Sinon, ce sont les mêmes problématiques que les autres enfants. C'est important que le médecin intervienne aussi sur des aspects quotidiens, les enfants vérifient. Les enfants ne refusent pas d'aller chez le médecin, au contraire. » (Assistant familial)

Les assistants familiaux ont une perception de la santé des enfants plus proche de la notion de santé bien être. Ils remarquent non seulement des maux particuliers qui ne sont décelables que dans une fréquentation quotidienne, mais également des angoisses, des inhibitions, des peurs face au corps qui, sans constituer des maladies, entravent le soin de soi.

Les assistants familiaux, censés être de simples professionnels de l'accueil sous l'autorité ou du moins la guidance des référents, sont en fait de véritables acteurs du soin qui détectent certains maux et mettent en place des soins pour répondre aux souffrances d'enfants qu'ils ne peuvent ignorer. Ces professionnels sont donc, potentiellement, parmi les premiers acteurs du soin des enfants placés. Aussi, on a le sentiment qu'une part des carences de couverture médicale des enfants et, surtout, que l'essentiel de leur accès à des soins spécialisés, et plus particulièrement autour du bien-être, sont possibles, uniquement parce que les familles d'accueil les prennent en charge de leur propre gré. Si ce constat s'avérait plus généralement vrai, alors cela voudrait dire que l'accès aux soins avec une dimension de « care » (prendre soin de soi) échappe au fonctionnement ordinaire des services et n'est possible que parce que les assistants familiaux sont des intervenants suffisamment proches pour être sensibles aux besoins des jeunes.

Les soignants, de leur côté, constatent que les acteurs de l'éducatif ont une trop faible attention à la dimension de la santé/bien être. Ils ne perçoivent pas l'importance en termes d'estime de soi de petites affections physiques qui peuvent paraître mineures mais sont hautement significatives dans ce type de parcours en protection de l'enfance :

« Ou alors, l'enfant il aime pas aller à l'école. Pourquoi ? Parce qu'il a une oreille tellement décollée et l'éduc « mais moi j'avais les oreilles décollées c'est pas grave ». Donc on ne fait pas du tout attention aux petits détails de leur existence leurs dents de devant, les oreilles… » (Pédiatre)

Pour cette soignante, le soin doit être considéré comme un acte de restauration de l'estime de soi. Un acte qui, même s'il répond à une somatisation de troubles éducatifs, est pleinement éducatif parce qu'il permet à l'enfant de se sentir mieux dans son corps et son image de soi :

« Je vous ai parlé de la peau à un moment, moi on me disait oui il a une poussée d'eczéma c'est le choc du placement ce n'est pas grave circulez il n'y a rien à voir. Moi je me suis arc bouté sur le côté médical, cet enfant on lui donne un traitement et une fois que c'est passé on lui permet de se sentir mieux, on le restaure dans sa personne, on lui met des lunettes, on lui permet de mieux entendre, on l'aide à dormir, je donne des somnifères, je donne des vermifuges, parce que ce sont souvent des enfants qui vivaient dehors avec des animaux et j'ai l'impression que l'état de santé se restaure au fil du temps. Mais je pense que le fait de récupérer un bon état de santé physique, je pense qu'au bout d'un moment ça participe de la restauration… » (Pédiatre)

Cette perception globale de la santé en tant que somatisation de troubles éducatifs et action somatique sur des troubles éducatifs amènent ces soignants à insister sur les possibilités d'agir de manière profondément relationnelle, psychologique sur les enfants placés à partir de la dimension physique :

« Ou alors, les enfants ne parlent pas… ça c'est gigantesque, les psychologues de secteur disent si les enfants et les parents n'ont pas de demandes, on ne les emmène pas chez le psy. Mais ces enfants ils parlent par le corps, ils nous montrent… Là, il n'y a pas longtemps, il y a eu un congrès ou les psychiatres ont dit c'est fini l'époque où les gamins doivent parler, on a d'autres approches, des approches par le corps. » (Médecin)

Synthèse : L'état de santé des jeunes d'après les professionnels

Le repérage d'affections spécifiques chez les enfants confiés est totalement différent entre les réponses fournies par la PJJ et par l'ASE. Selon les modalités proposées, entre 31 et 48 % des répondants des services de l'ASE ne font pas de constats particuliers sur la santé des enfants placés. Les troubles observés concernent les acquisitions, le langage ou le développement psychomoteur. Les éducateurs constatent des affections liées aux manques de soins venant alourdir l'accueil. Ces troubles des négligences et des carences à divers degrés de gravité se combinent avec des troubles du trauma.

Du côté de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, tous les répondants se sont prononcés concernant les conduites addictives (plus d'un jeune sur cinq) ou encore les problèmes dentaires, de sommeil, du comportement, de l'alimentation ou des conduites sexuelles à risques. Ces éléments sont à mettre en lien avec la spécificité des jeunes accueillis, plus âgés, et qui ont un rapport à la santé déjà constitué d'après les éducateurs.

Dans des proportions moindres, les mineurs placés semblent également nombreux à présenter des pathologies psychiatriques, des déficits sensoriels (visuels, auditifs), des problèmes d'obésité ou de surcharge pondérale.

Les soignants spécialisés en protection de l'enfance insistent sur la double nature éducative et somatique et des troubles des enfants placés et des soins qui peuvent leur être apportés. Ce qui les amène à plaider fortement pour une conception globale de la santé en tant que santé bien être.

Les assistants familiaux ont une perception de la santé des enfants plus proche de la notion de santé bien être. Ils remarquent non seulement des maux particuliers qui ne sont décelables que dans une fréquentation quotidienne, mais également des angoisses, des inhibitions, des peurs face au corps qui, sans constituer des maladies, entravent le soin de soi.

CHAPITRE 4 : Analyse territoriale

L'analyse des enjeux territoriaux à partir de la consultation de documents officiels et publics (schémas départementaux, protocoles d'accord, …), du recueil des informations grâce au questionnaire et de la réalisation d'entretiens semi-directifs d'acteurs représentant la CPAM, l'ASE et la PJJ, permet de repérer diverses configurations en termes de politiques d'affiliation départementales, de partenariats établis et de taille de département. Des lignes se retrouvent communes aux observations issues de l'analyse dimensionnelle (Chapitre 3).

1 UN CONTINUUM DE POLITIQUES DEPARTEMENTALES D'AFFILIATION

Ces analyses territoriales font ressortir une diversité de politiques départementales d'affiliation allant d'une politique départementale aux contours mouvants à une politique claire, mais aussi et surtout une variation dans la stabilité et l'interconnaissance des procédures qui ne laisse pas libre cours à des arbitrages et des indécisions locales. Cette dernière semble stabiliser les pratiques au sein des services de l'ASE (soit via un circuit centralisé de demande d'affiliation soit via les professionnels des différentes unités territoriales ou « maisons » des départements). Surtout, elle interdit les arbitrages locaux faits en fonction de critères non-maîtrisés et elle « flèche » clairement la question du remboursement des soins des enfants placés : ceux-ci doivent passer par la CPAM. Une telle politique estompe même la dispersion territoriale des demandes de CMU lorsqu'elles émanent des unités territoriales.

1.1. AU-DELA DES PROTOCOLES, LA CLARTE DES PROCEDURES

L'absence de protocole entre les institutions de la protection de l'enfance et la CPAM peut être compensée ou légitimée par la simple existence d'un référent CMU au sein de la CPAM permettant de gérer les demandes émanant de l'ASE et de la PJJ :

« On reçoit les demandes d'affiliation qui nous viennent de l'ASE par mail. On a un référent CMU au sein de la caisse primaire avec un numéro dédié, donc on a facilité l'entrée dans nos murs et la communication de personne à personne depuis au moins 4-5 ans. Ça c'est pour les enfants de l'ASE quand c'est des enfants de la PJJ on peut recevoir par mail ou courrier et c'est le même correspondant. » (Cadre CPAM)

Au-delà du critère de l'existence de protocoles bipartites signés qui peut différer d'un territoire à l'autre, il peut être observé également une variation dans l'explicitation du circuit de demande d'affiliation. Dans certaines organisations, la transmission des demandes d'affiliation se fait au niveau de chacune des circonscriptions ASE. Pour

autant, cette arrivée en ordre dispersée des demandes d'affiliation ne pose pas réellement de problème à la CPAM :

« C'est les différents secteurs qui nous adressent directement les demandes par courrier et les demandes urgents par mail. La PJJ c'est pareil c'est chaque agent qui envoie leur propre demande. La PJJ a un imprimé particulier, le CG a un imprimé de renouvellement mais généralement ils cafouillent un peu ça nous arrive un peu… »

Toutefois, ce fonctionnement s'inscrit dans une politique départementale organisée et claire pour les interlocuteurs :

« L'ouverture de droits administratifs est gérée par le secrétariat de l'ASE qui est dans les mêmes locaux (maison du département) ou pas. La CMU individuelle est sollicitée pour l'enfant systématiquement en placement judiciaire, pour le placement administratif, l'enfant reste ayant droit de ces parents. » (Cadre ASE)

Ainsi, la clarté de la politique départementale d'affiliation est alors de l'ordre du systématisme :

« Tous les enfants qui sont pris en charge par le service bénéficient de la CMU avec complémentaire. C'est particulier mais c'est comme ça, mais ça a toujours existé. Quelquefois, il y a certains parents qui voudraient continuer, mais on n'est jamais revenu là-dessus. Depuis 20-30 ans dans le département on fait comme ça. » (Cadre ASE).

Par cette affiliation systématique à la CMU, les procédures sont plus stables, même si aucun protocole n'existe, la CPAM peut s'ajuster à une position relativement claire du Conseil Départemental :

« Avec le conseil départemental, on a des contacts, il y a une personne. Ce que l'on sait, c'est que les demandes de renouvellement nous arrivent par listing un mois avant la date de renouvellement et nous on répond par mail avec l'attestation. On ne leur demande pas qu'ils remplissent les dossiers. Ils nous donnent une liste et nous on affilie. Ils nous transmettent les demandes par courrier ainsi que les demandes de renouvellement et les sorties, et par mail si les demandes sont urgentes. Mais une même demande peut arriver plusieurs fois par plusieurs canaux. Par contre, pour la PJJ, il n'y a pas d'échanges dématérialisés et on n'a pas d'interlocuteurs. » (Cadre CPAM)

Une politique d'affiliation peut être dite « ouverte » lorsque l'affiliation se fait en fonction de la situation des enfants et des familles, notamment en fonction de la couverture santé déjà disponible dans la famille :

« Nous, on a pour les familles d'accueil une équipe de suivi de placement avec un éducateur et une psychologue, le… Nous, on fait en sorte que les choses soient systématiques : on vérifie qu'il y ait une couverture, une CMU de la part des parents et on fait un bilan. Soit il y a la CMU des parents et s'il n'y en a pas on fait une demande. » (Cadre ASE)

Cet ajustement implique la CPAM qui reçoit et répond aisément aux demandes du conseil départemental :

« Je me suis rendu dans leurs locaux il y a quelques années, mais ils ont toujours eu l'habitude de transmettre les dossiers avec la page de garde, donc on sait d'où ça vient. Et il y a une réunion qui s'est faite il y a quelques années pour une connaissance réciproque. Elle a eu le mérite de stabiliser la relation, ça n'a pas apporté quelque chose de plus mais ça a assis, stabilisé les choses. » (cadre CPAM)

Toutefois, nous observons aussi que la clarté d'une politique aux directives énoncées et connues par tous les interlocuteurs ne gomme pas tous les enjeux territoriaux notamment au regard des problématiques spécifiques des départements ruraux connaissant la diversification médicale.

1.2. UNE LOGIQUE DESCENDANTE ENTRE POLITIQUE DEPARTEMENTALE ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Ce flou sur le suivi de santé des enfants placés se traduit également – au-delà de la question première de l'affiliation – dans les pratiques éducatives de suivi de la santé. Par exemple, des efforts ponctuels de sensibilisation des équipes aux problématiques spécifiques de santé des enfants placés sont réalisés mais non permanents ou non-reconduits. La difficulté de maintenir sur du long terme une attention particulière sur la santé de l'enfant est observable dans différents territoires.

Un autre exemple de flous politique et éducatif associés s'exprime dans les pratiques notamment du bilan de santé, même s'il s'agit avant tout de l'adaptation de la pratique en fonction de la diversité des situations.

« Quand il s'agit d'une famille d'accueil, il y a un contrat d'accueil signé ici en présence des parents et de l'assistante familiale, et sont évoquées les questions de santé, et le médecin traitant de la famille d'accueil est noté sur ce contrat, et on précise en présence des parents qu'un bilan médical sera effectué par ce médecin traitant de la famille d'accueil. C'est vrai que là on peut questionner si la famille d'origine préfère qu'il soit réalisé chez son médecin, ça peut être tout à fait possible, sinon ce sera effectué par celui de la famille d'accueil qui souvent est plus à proximité de la famille d'accueil. Dans le cadre d'un accueil en foyer, en établissement, c'est le médecin de PMI, d'ailleurs autant pour la famille d'accueil que pour le foyer, c'est le médecin de PMI chargé du suivi des enfants confiés, qui va, en fonction de la liste des enfants qu'il aura récupéré ici des enfants admis, il récupère toutes les admissions. » (Cadre ASE)

Les suivis santé sont donc arbitrés en fonction des lieux de placement, le médecin de PMI recueillant l'information sur les suivis effectués. Le suivi de santé revient aux accueillants – médecins traitants des familles d'accueil, médecins et infirmières des foyers… ce tout en maintenant ouverte la place théorique des parents s'ils souhaitent poursuivre le suivi de santé de leur enfant. Il n'en ressort aucune ligne directrice sur l'affiliation ni sur le suivi de la santé des enfants.

Et même la mise en place d'une politique claire par une systématisation d'affiliation questionne dans son application pratique et ses impacts éducatifs potentiels, notamment au regard des spécificités du public :

« Il nous a été dit que pour alléger les frais de transport des jeunes en hébergement, il serait intéressant de tous les affilier à la CMU. Sauf qu'en hébergement, les durées de placement sont de plus en plus courtes, le temps que le dossier CMU se mette en place, l'économie réalisée est ridicule et ça pose le problème pédagogique. À partir du moment où un jeune mineur a la CMU à son nom propre, le médecin n'a plus à contacter la famille pour les soins, on n'a pas besoin de demander l'accord des parents pour les interventions. Le rôle du professionnel est donc clair, avant le professionnel doit s'efforcer que le jeune voit l'intérêt que le jeune en parle avec ses parents, donc maintenant il n'est plus du tout dans ce cas-là. On n'est plus obligé de se soucier de l'avis des parents, le jeune peut faire comme il veut. » (Cadre PJJ)

Cette politique d'affiliation automatique ne signifie pas que les professionnels soient au clair avec le statut du suivi de la santé de l'enfant placé. Ainsi, une règle installée historiquement de l'affiliation automatique cohabite dans une apparence paradoxale avec un souhait de travailler avec les parents autour de la question de la santé de l'enfant.

Sans afficher de politique départementale explicite, la santé est une problématique omniprésente mais non prioritaire :

« Je n'ai pas l'impression que ce soit une priorité, d'une manière générale quand il y a un problème particulier, il y a une mobilisation autour d'une pathologie particulière… mais que les choses soient prévues, je n'ai pas l'impression que ce soit… la priorité. Ça fait partie de la prise en charge et de toute façon les choses s'enclenchent rapidement parce que les enfants ont quasi systématiquement des soucis de santé. » (Cadre ASE)

Dans ces ensembles de directives politiques au sujet de la santé se joue plus globalement la question du sens de l'accueil et de l'action auprès des jeunes placés. Ces jeunes sont-ils des individus avec qui travailler au premier chef la prise en main de leur propre santé dans une optique d'autonomisation ? Ou bien sont-ils d'abord et avant tout les membres d'une famille qui peut et doit être remobilisée via la question de la santé ? A défaut de trancher cette question (ou du moins de se positionner plus clairement face à elle), les institutions restent sur des gestions « pseudo pragmatiques » de la question de la santé. Résolvant ainsi certains problèmes matériels mais laissant les équipes éducatives face à leurs interrogations ou méconnaissances, pouvant se traduire par une sous-utilisation des ressources localement disponibles.

2. LES DIFFERENTS MAILLAGES PARTENARIAUX

Les questions partenariales et territoriales se posent de manière tout à fait différente pour les deux institutions.

2.1. LES MODALITES D'ARTICULATION ENTRE L'ASE ET LA PMI

Selon les configurations, un partenariat resserré de l'ASE avec la PMI permet, à minima, une relative centralisation des informations médicales émanant des bilans médicaux à l'entrée dans le dispositif. S'il est plus développé, il permet une interpellation et une sensibilisation des professionnels de l'ASE par les médecins de PMI sur des problématiques médicales spécifiques. En effet, au travers de ces analyses territoriales, on peut constater à nouveau à quel point les équipes éducatives, même si elles peuvent être ouvertes aux questions de santé en tant qu'elles sont une des dimensions des situations et permettent de mobiliser les parents, ne sont pas « expertes ». La lecture des symptômes, la qualification des situations médicales demandent un compagnonnage constant avec des médecins spécialisés sur ces situations sociales spécifiques.

Une cause majeure de stabilisation des pratiques semble se situer dans une présence plus ou moins forte et explicite des médecins de Protection Maternelle et Infantile. Des médecins qui, ayant une place bien identifiée dans le processus de suivi de la santé des enfants placés, peuvent apporter leur regard aux équipes éducatives :

« Et on les incite à faire appel au médecin de PMI plutôt qu'à leur médecin, parce que le médecin de PMI va faire retour au cadre, on se voit régulièrement, s'il est inquiet il va faire une liaison, un médecin traitant c'est très rare qu'il fasse une liaison, il voit avec la famille d'accueil. Pendant très longtemps le problème de la santé était celui de la FA et depuis 4-5 ans ce bilan obligatoire et depuis qu'à chaque commission on interroge la santé on a un regard et on interroge. Je trouve que le médecin de PMI a énormément changé le regard sur la santé des enfants confiés. » (Cadre ASE)

Au moins trois types de positionnement des médecins de PMI en articulation avec l'ASE sont repérables. Un premier où les médecins de PMI ont pour mission principale de recueillir les informations produites et transmises (ou pas) par les médecins traitants des familles d'accueil et les médecins des foyers d'accueil à l'occasion de leur intervention. Un deuxième où le bilan médical annuel des enfants placés (surtout en famille d'accueil, les choses sont moins claires pour ceux en foyer) est l'occasion pour les médecins de PMI d'être plus impliqués dans le suivi éducatif des enfants et inversement, ce bilan annuel et ce recueil d'information via les médecins de PMI ont permis d'intégrer un peu plus le regard de ces soignants dans le suivi éducatif des enfants. Un troisième positionnement, basé sur des échanges et une coopération fluides entre les deux services, situerait le médecin PMI comme l'interface/la ressource incontournable des questions de santé, en participant également aux réflexions sur les questions d'orientations en milieu spécialisé des enfants placés.

Les médecins de PMI étaient initialement positionnés en opérateurs des bilans de santé systématique dans le cadre d'échange fluide entre les deux services et une coopération maintenue. Mais les vacances de poste ont fait que ces médecins sont plus positionnés en recueil d'information sur les bilans santé réalisés par les médecins traitants :

« Normalement le médecin de PMI doit réaliser le premier bilan médical mais vu la charge de travail et les carences de médecin de Pmi sur certains territoires c'est réalisé par les médecins traitants. Mais ils essaient de voir l'enfant au moins une fois après son admission, plus avec les familles d'accueils qu'avec les établissements de faire le bilan, et bien spécifier que la famille d'accueil donne le nom du médecin de PMI pour qu'il reçoive les examens. » (Cadre ASE)

Les échanges et les interpellations sont fréquents et fournis autour de la santé des enfants, où le médecin de PMI habite ce rôle de facilitateur d'orientation.

« Il y a une collaboration également avec le médecin de PMI pour trouver des établissements spécialisés. Pour les enfants épileptiques par exemple on a du mal à trouver des établissements, parce qu'il y a à chaque fois des troubles associés, ce ne sont pas des choses que l'on gère seul mais avec le médecin de PMI.

On a une articulation vraiment des deux côtés, ça peut être le médecin de PMI qui dit j'ai reçu le dossier de l'enfant, il y a ça qui me questionne. » (Cadre ASE)

2.2. Pour la PJJ : entre deterritorialisation et partenariats a consolider

Il est plus difficile de dire ce qui permet à certaines DTPJJ de mettre en place des partenariats locaux plus aboutis (que ce soit avec la CPAM, les IREPS, des centres de santé de la CPAM) que d'autres. La taille des départements ne semble pas être en cause mais plutôt un historique de relations et d'initiatives dépendant des personnes présentes dans les services.

La DTPJJ semble souffrir de ce que l'on a identifié par ailleurs dans ce travail : sa relative déterritorialisation. Étant à cheval sur plusieurs départements, les acteurs de la PJJ sont d'autant plus perdus et d'autant moins identifiables par les acteurs de la CPAM qui travaillent dans un cadre départemental.

Le public n'étant pas territorialisé, il ne peut pas réellement bénéficier de ressources limitées à un territoire départemental :

« C'est un peu compliqué parce que ça rentre dans un programme sur la précarité. Il y a une évaluation faite sur le degré de précarité, le problème c'est que le jeune devait adhérer et poursuivre les soins avec la CPAM, mais le problème c'est que nos jeunes sont amenés à bouger. Nous on est sur une unité d'hébergement, et on est en diversifié avec des jeunes dans des familles d'accueil sur le [nom d'un département voisin] donc on ne pouvait pas garantir que les jeunes allaient suivre les soins… » (Cadre PJJ)

Cette non-congruence géographique entre les zones des DTPJJ et celles des services départementaux de santé notamment exige de la part de la PJJ un travail d'autant plus conséquent pour l'établissement de réseaux. Les efforts conséquents menés antérieurement pour instaurer des partenariats se sont perdus ou ont perdu de leur sens avec le temps, l'usage et l'usure, et s'illustrent notamment dans l'identification des interlocuteurs et les des procédures :

« Il y a aussi des bilans de santé avec (nom d'établissement hospitalier), les pros savent le mettre en place, ils l'ont à l'esprit. Là où c'est compliqué, c'est que le protocole qui nous lie avec l'hôpital s'est perdu avec le temps, on ne sait plus comment s'organisent les choses, à quel moment on introduit les parents. Les éducs peuvent être gênés non pas d'accompagner le jeune à mais que la restitution du bilan se fasse au regard de l'éduc sans les parents, ça interroge, surtout si le bilan a décrypté quelque chose de grave qui demande un suivi long. Donc c'est aussi possiblement un frein de ne pas savoir ce qu'on peut vraiment faire avec un jeune. Qu'est-ce que les jeunes sont autorisés de faire seuls ? » (Cadre PJJ)

De quelle façon s'articule le maillage des partenariats avec les ressources territoriales ?

Des relations peuvent être balisées sans pour autant faire l'objet de partenariat ou de conventionnement stables. Dans ces cas, tant à la PJJ qu'à l'ASE, la question de la santé et du suivi de la santé des enfants placés semblent plus intégrés par les équipes éducatives même si des résistances à compléter les outils existent. Pour autant, les pratiques semblent un peu plus cadrées et des ressources sont davantage identifiées en interne. Mais, même sans projet particulier sur la santé, des ressources sur certaines problématiques semblent mobilisables :

« On travaille en lien au niveau central avec la PMI tout ce qui est le réseau de prévention tout ce qui est la santé psychologique psychiatrique et on essaie d'inviter l'ARS sur les journées protection de l'enfance que l'on fait sur le département. Il y a une présence régulière de l'ARS dans le travail en commun avec les partenaires. Ils étaient présents ». (Cadre ASE)

3. LES RISQUES ASSOCIES A LA TAILLE DU TERRITOIRE

Les ambiguïtés et incertitudes politiques des services de protection de l'enfance prennent d'autant plus d'ampleur qu'ils concernent des populations plus importantes. On peut faire l'hypothèse que la faible taille du département réduit d'autant la file active des enfants placés et les situations d'arbitrage sur la couverture santé. Aussi et les demandes et les réponses se font aisément, même sans protocole formalisé. Même

chose pour les renouvellements de couverture, une certaine souplesse est de mise, les demandes rétroactives de couverture étant possibles :

« Non je ne fais pas de suivi particulier ou de rappel à l'ordre et c'est eux quand ils s'en aperçoivent et qui demandent éventuellement un effet rétroactif. Et ça ne pose pas de souci pour faire un effet rétroactif là-dessus on s'adapte on est souple. » (Cadre CPAM)

La faible taille du territoire fait que des accords quasi-interpersonnels suffisent à ce que le circuit d'affiliation fonctionne bien, d'autant que la centralisation des dossiers et la réduction du nombre d'interlocuteurs est plus aisée.

La petite taille des départements autorise donc un bien plus grand relâchement dans les relations interinstitutionnelles sans remettre trop en question la qualité de la couverture santé des enfants placés. Cette échelle d'action semble également permettre une mobilisation des ressources territoriales plus aisée (notamment le partenariat avec l'ARS) de la part des départements. Probablement, là encore, parce que les institutions territoriales concernées sont de taille plus restreinte et permettent des contacts plus faciles. En effet, la personnalisation des relations constitue un mode de partenariat non formalisé mais potentiellement tout aussi efficace.

« Après sur des petits territoires ruraux on se connaît on a l'habitude de travailler en réseau, les médecins on les connaît on a l'habitude de travailler sur les personnes âgées, on les connaît ils ont l'habitude de travailler avec nous, même s'ils sont réticent sur les constats de maltraitance, ils vont venir. » (Cadre ASE)

De plus, nous pouvons lire que la faible taille des effectifs concernés et du territoire permettent aux responsables une meilleure visibilité et un repérage plus fin du territoire et des pratiques effectives :

« Moi j'ai l'impression que ça ne va pas en établissement, je ne sais pas si c'est la réalité, cela me pose question de ne pas avoir de réponse claire, j'ai l'impression que c'est variable. » (Cadre ASE)

Ces analyses font ressortir le « risque » que constitue la taille du territoire quand les relations entre les institutions ne sont pas stabilisées par une politique d'affiliation et de suivi claire. La taille de la file active des enfants placés fait que les ambiguïtés de cette politique vont s'exprimer beaucoup plus fréquemment, massivement, générant une certaine confusion chez l'ensemble des acteurs. *A contrario*, dans les petits territoires, l'interconnaissance, la personnalisation des relations permettent non pas des partenariats en tant que tels mais des résolutions pragmatiques des différents dysfonctionnements pouvant survenir. La petite taille des départements semble permettre la mise en place plus aisée de véritables partenariats (avec l'ARS par exemple).

Chapitre 5 : Éléments saillants et perspectives

Des différentes analyses et de leur croisement, plusieurs éléments saillants se dégagent nettement pouvant donner lieu à des pistes de réflexion. En effet, certaines pratiques et/ou organisations, sont apparues comme répondant à des besoins et amoindrissant des difficultés repérées au préalable. La majorité des constats nous amènent à penser la nécessaire communication et articulation au niveau institutionnel et territorial, afin que les acteurs directement concernés par le prendre soin de l'enfant protégé puissent s'investir dans cette attention indispensable au bon développement du mineur protégé comme un futur adulte autonome devant prendre soin de lui.

- Les supports repérés comme pouvant participer à une meilleure connaissance de la santé de l'enfant protégé se révèlent être inadaptés (la moitié des services ASE ont travaillé à un Projet Pour l'Enfant avec un volet santé minimaliste), non renseignés (pour rappel 44% des DTPJJ répondantes estiment que le RIS n'est complété que pour une proportion très minoritaire ou minoritaire des jeunes pris en charge) et non systématique (un bilan de santé de l'enfant au moment de son accueil est systématiquement réalisé dans 35% des départements ASE répondants et dans 53% des DTPJJ répondantes). Il apparait plus globalement que l'état de santé de l'enfant ne fait l'objet de démarches de la part des professionnels et des institutions qu'en cas de difficultés majeure et déjà avérées.

➔ Améliorer la connaissance et le suivi de l'état de santé des enfants protégés

Connaître l'état de santé de l'enfant accueilli, ses antécédents médicaux apparaît aujourd'hui comme prioritaire afin de lui proposer une prise en charge adaptée à ses besoins. Cela peut se traduire par :

- Systématisation du bilan de santé à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, vérification au niveau central de sa réalisation et intégration de celui-ci dans le dossier de l'enfant afin que le corps socio-éducatif puisse en prendre connaissance
- Instauration du dossier médical dématérialisé afin de garantir une historicité des soins prodigués à l'enfant (vaccinations, interventions chirurgicales, traitements médicamenteux)
- Intégration obligatoire d'un volet santé dans le Projet Pour l'Enfant et le Document Individuel de Prise en Charge afin que l'ensemble des professionnels

mobilisés se préoccupent d'une façon ou d'une autre de cette dimension du suivi de l'enfant (de façon plus précise que l'alinéa 2 du décret n°2004-1274[15])

Ces deux derniers points s'inscrivent pleinement dans la continuité des recommandations formulées par le Défenseur des enfants dans le rapport 2015 à propos des enfants protégés en situation de handicap.

❖ Sur un même territoire, de nombreuses institutions disposent de missions sanitaires à destination de publics vulnérables. Notre étude fait ressortir une faiblesse dans l'inter-connaissance, le travail conjoint en réseau et le partenariat effectif entre tous ces acteurs : tels que CPAM, ARS, MDPH, secteur de psychiatrie, médecine générale, centre de soins. Pour exemple, à propos des questions d'affiliation des enfants placés, 24% des services ASE répondants mentionnent l'existence d'une convention établie avec la CPAM sans en connaître le contenu ni l'efficience. En termes de suivi spécifique, apparait la difficile collaboration avec le soin psychique, notamment pour des enfants relevant à la fois d'une prise en charge éducative et psychiatrique.

➔ **Dynamiser et formaliser un maillage institutionnel et territorial**

Connaître les ressources disponibles sur un territoire pour répondre aux besoins multiples, complexes et évolutifs des enfants placés en termes de santé (physique, psychique, bien-être) constitue un élément fondateur pour penser un accompagnement pluri-professionnel de la situation d'un enfant. Cela peut se traduire par :

- Constitution à la fois de supports concrets recensant les ressources territoriales et les interlocuteurs existants (annuaires, plateforme) mais aussi d'espace-temps de rencontre entre les différents acteurs pour constituer un réseau pluri-professionnel autour de situations particulières.
- Établissement de conventions/protocoles entre les services de protection de l'enfance (ASE, PJJ, associations) et de sécurité sociale (CPAM, MSA, RSI) précisant clairement les démarches, les pièces administratives, et surtout les interlocuteurs référents désignés au sein de chaque institution s'agissant de l'affiliation à une couverture sociale des enfants placés.
- Renforcement du rôle des lieux de consultation de santé primaire tels que la PMI et les centres de santé de la CPAM, favorisant la transmission des

[15] Le décret n° 2004-1274 précise que le DIPC doit comporter : « 2° La mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat ».

informations entre services. Le recours à la PMI permettrait une uniformisation de l'action (des médecins formés à certaines problématiques avec une approche assez cohérente) ainsi qu'une centralisation de l'information et un échange sur la santé avec les professionnels de protection de l'enfance.

❖ Il apparait nettement que les changements de statut de l'enfant pendant sa prise en charge au titre de la protection de l'enfance participent à un risque élevé d'une absence de couverture sociale mais aussi une perte d'informations relatives à sa santé en général. Par exemple, lorsque l'enfant devient majeur ou retourne dans sa famille, la CPAM n'est pas automatiquement informée de ce changement de statut, et les personnes devant s'en charger en suivant non plus.

➔ Anticiper et faciliter les changements de statut de l'enfant

Améliorer, formaliser, systématiser la transmission d'informations concernant les renouvellements ou les interruptions de mesure participerait à maintenir une affiliation au-delà du temps de protection pour ne pas que la fin de protection génère une interruption dans la couverture santé. Cela peut se traduire par :

- Instauration d'une transmission automatique des informations relatives aux enfants arrivant en fin de droit pour un renouvellement éventuel, les enfants sortant du dispositif de protection (majorité ou retour en famille) pour fournir à l'organisme de couverture sociale les nouvelles coordonnées de l'intéressée ou de son tuteur légal afin d'éviter une période blanche
- Préparation des jeunes et des parents à s'emparer de leurs droits grâce à une mise à disposition d'un guide des démarches à effectuer, grâce à des actions collectives en amont et grâce à un accompagnement individuel
- Sensibilisation des professionnels du milieu socio-éducatif aux aspects législatifs liés à la couverture social des mineurs dans le cadre de la protection de l'enfance

❖ Les éducateurs se sentent éloignés des questions de santé qui requièrent de la technicité et dépendent de l'intime. Selon les organisations institutionnelles, la répartition des missions est différente et peut amener à un cloisonnement marqué où la santé se réduit à une prise en charge administrative des documents par un secrétariat sans faire l'objet spécifiquement d'un accompagnement socio-éducatif. La présence d'un référent santé dans un service questionne peut recouvrir de nombreuses pratiques dont celle où la santé constitue la mission de ce professionnel et non des autres, un nouveau cloisonnement faisant obstacle à la considération de la santé de l'enfant comme une dimension socio-éducative.

➔ Repositionner la dimension santé dans sa globalité comme un élément essentiel de l'accompagnement socio-éducatif de l'enfant protégé

Concevoir l'enfant dans sa globalité apparait d'autant plus primordial pour les enfants protégés dont toutes les sphères de vie sont impactées par l'accueil dans un nouveau milieu de vie et dont le moyen d'expression d'une souffrance psychique peut être le corps dans son ensemble. Cela nécessite aujourd'hui :

- Formation de l'ensemble des travailleurs sociaux à l'enchevêtrement des dimensions développementales de l'enfant, aux risques de santé, aux processus de somatisation, aux questions corporelles tout au long du développement, aux conduites à risques adolescentes (formation continue ou formation initiale)
- Renforcement du rôle des infirmiers et des puéricultrices à la fois dans le face-à-face avec les jeunes mais aussi en appui des professionnels souvent démunis face à certaines expressions somatiques ou troubles
- Réflexion collective au sein de l'institution afin de dégager une ligne claire autour de cette question-là, en termes de pratiques mais aussi de conception du prendre soin de l'enfant selon les contours des missions de chaque professionnel présent auprès de l'enfant (par exemple sous forme de groupe de travail pluridisciplinaire)

❖ La question de la santé de l'enfant mobilise les différents interlocuteurs en position de décisionnaire. Ainsi, elle nécessite une articulation avec les détenteurs de l'autorité parentale, et plus particulièrement vient interroger le travail avec les parents de l'enfant placé. Les acteurs interrogés ont fait part de l'hétérogénéité des pratiques au regard de la diversité des situations et notamment des compétences parentales, de l'intérêt parental et des pratiques parentales. Globalement est observée à minima une information des parents quant au suivi quotidien réalisé et une demande d'autorisation pour des interventions plus importantes ou plus spécifiques. Toutefois, parents et enfants notent un flou important dans les rôles respectifs des uns et des autres, générant une confusion et un ralentissement dans les démarches de soin.

➔ Renforcer la place des parents dans l'accompagnement sanitaire de l'enfant placé

S'enquérir de la santé de l'enfant vient mobiliser son histoire et notamment son histoire partagée avec le parent. Cela peut se traduire par :

- Information auprès des parents des enjeux de la santé de leur enfant, de l'enjeu de l'autorisation d'affiliation à la CMU, de la façon dont son suivi peut se faire dans le cadre de la mesure, recentrage de leur intérêt sur cette question-là si les professionnels estiment que leur implication n'est pas néfaste au suivi de l'enfant
- Accompagnement des parents dans leur parentalité au regard du prendre soin de soi, des autres, de la continuité des soins

- Sensibilisation des enfants à écouter leurs symptômes, afin qu'ils puissent repérer à qui s'adresser.

La question de la santé vient mettre à jour des enjeux plus globaux qui traversent le système de protection de l'enfance à savoir la continuité du parcours, la cohérence des accompagnements multiples et la complémentarité entre les sphères de vie de l'enfant. En effet, s'inquiéter de l'état de santé d'un enfant entrant dans le dispositif amène à considérer à la fois l'historique sanitaire mais aussi les perspectives de suivi afin de répondre à des besoins. C'est à ce moment-là qu'une multiplicité de professionnels sont invités à intervenir avec leurs spécificités dans une nécessaire cohérence à construire, également au niveau institutionnel. L'ensemble des accompagnements vise à favoriser le bien-être de l'enfant dans sa large acception en étant incarné par des adultes occupant des fonctions supplétives. C'est à cet endroit-là qu'est mis le plus au jour le sens accordé au soin par celui qui s'en pense être le garant. La préoccupation de la santé participe à un lien rapproché avec l'enfant, dans un partage de l'intime dont certains professionnels se protègent et d'autres s'emparent, et ce de façon articulée à la conception du rôle des parents de l'enfant et du lien qui les unit. Les positions de chacun de ces adultes est interdépendante et repose également sur la confiance.

Références bibliographiques

ANESM, *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 84 p., 2009

ANESM, *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, 132 p., 2015

ARCHIMBAUD Aline, *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, Paris : Rapport au Premier ministre, 156 p., 2013

BACRO Fabien, RAMBAUD Angélique, HUMBERT Caroline, SELLENET Catherine, *La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique*, Appel d'offre thématique de l'ONED, 112 p., 2013

BADÉYAN Gérard, GUIGNON Nathalie, Zep ou hors Zep : les inégalités de santé chez les jeunes enfants, *Les travaux de l'observatoire*, n° 2001-2002, Paris : Inserm, pp. 521-533, 2002

BERTHOD-WURMSER Marianne, Inégalités, précarité et santé : vers une nouvelle approche de la connaissance, *Les travaux de l'observatoire*, n° 2001-2002, Paris : Inserm, pp. 493-501, 2002

BOISGUÉRIN Bénédicte (dir.), Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011, *Études et statistiques*, Paris : DREES, 150 p., 2012

BOISGUÉRIN Bénédicte, Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins, *Études et résultats*, n° 603, Paris : DREES, 8 p., oct. 2007

BOISGUÉRIN Bénédicte, CASÈS Chantal, GISSOT Claude, La couverture maladie universelle : synthèse des résultats disponibles, *Les travaux de l'observatoire*, n° 2001-2002, Paris : Inserm, pp. 503-520, 2002

BOURREAU-DUBOIS Cécile, JEANDIDIER Bruno (dir.), *Économie sociale et droit (tome 2). Économie sociale et solidaire, famille et éducation, protection sociale*, Paris : L'Harmattan, 414 p. 2006

CAMBOIS Emmanuelle, Les personnes en situation sociale difficile et leur santé, *Les travaux de l'observatoire*, n° 2003-2004, Paris : Inserm, pp. 101-126, 2004

CHEVALIER Monique, MARCOLET Aline, MARTIN Lucie, BASTIANI Guillaume, GUILLEMOT Léonard & LAWNICZAK Pierre, *La mesure de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C sur les plans administratifs et sanitaires,* École nationale supérieure de la sécurité sociale, 183p., 2013.

CHOQUET Marie, HASSLER Christine, MORIN Delphine, *Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après*, Paris : INSERM, 194 p., 2005

CISS, FNATH, UNAF, Action contre les refus de soins, communiqué de presse, 35p., 2009

Conférence Nationale de Santé, *Résoudre les refus de soins*, Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 48 p., 2010

Conférence Nationale de Santé, *Réduire les inégalités d'accès à la santé en renforçant la participation des usagers*, Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 26 p., 2013

Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale, *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, Paris : CNLE, 6 p., 2011

CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, Département de Haute-Savoie, *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*, Appel d'offre thématique de l'ONED, 136 p., 2012

Défenseur des droits, *Enfants confiés, enfants placés : défendre et promouvoir leurs droits*, Paris : Défenseur des droits, 126 p., 2011

Défenseur des droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Paris : Défenseur des droits, 126 p., 2014

Défenseur des droits, *Handicap et protection de l'enfant, des droits pour des enfants invisibles*. Paris : Défenseur des droits, 132 p., 2015

DESJARDINS Julie, LAFORTUN Denis, & CYR Francine, La pharmacothérapie dans les centres de rééducation d'enfants placés qui reçoivent des services médicaux, *La psychiatrie de l'enfant,* 53, p. 285-312, 2010

DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins*, Études et résultats, n° 944, 6 p., décembre 2015

DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013*, Document de travail, séries statistiques n° 196, 136 p., juin 2015

EUILLET Séverine, *Le développement socio-affectif des jeunes enfants de 3 ans puis de 4 ans en famille d'accueil*, rapport de recherche pour l'ONED, 140 p., 2008.

FABLET Dominique, L'émergence de la notion de parentalité en milieu(x) professionnel(s), *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 5, 2008

FELDMAN Marion & MANSOURI Malika, L'oralité adolescente et la protection de l'enfance, *Dialogue*, n°209, 2015, p. 81-94

FONDS CMU, Références, *la lettre du fonds de financement de la couverture maladie universell*e, 62, 6p., 2016

FONDS CMU, *Annuaire statistiques,* 35 p., 2015. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_12-2015.pdf

GIRAUD Michel, Le travail psychosocial des enfants placés, *Déviance et Société*, vol. 29, n° 4, 2005, p. 463-485.

LEGROS Michel (dir.), Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, *Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, 54 p., 2012

LOPEZ Alain, MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Paris : IGAS, 204 p., 2011

Médecins du monde, *Rapport sur l'accès aux soins des personnes confrontées à une multiplicité de facteurs de vulnérabilité*, 2015

Ministère de la Justice, *Chiffres clés de la justice 2015*, 44p, 2015

MOISSET Pierre, Les violences des incasables : signes de parcours de socialisation sous tension, *Sociétés et jeunesses en difficulté*, n°10, 2010

NORTH S., Intérêt de l'examen périodique de santé dans le parcours des jeunes protégés par l'institution judiciaire, *Santé Publique*, n° 2003/4, vol. 15, pp. 465-478, 2003

ODEV, Observatoire départemental de l'enfance des Vosges, *Les parents de mineurs accueillis en établissement : Quelles modalités d'implication dans les décisions afférentes à leur enfant durant le placement ?,* 2005

ONED, Observatoire National de l'Enfance en Danger, *Dixième rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance en danger remis au gouvernement et au parlement,* 260 p., 2015

PALA David, *La prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. Enjeux et perspectives à travers le cas du foyer François Constant*, Rennes : ENSP, 104 p., 2005

PAUL Stéphane, VERRIER Bernard, *Mission d'enquête sur le placement familial au titre de l'aide sociale à l'enfance*, Paris : IGAS, 138 p., 2013

PECHALRIEUX Julie, Promouvoir la place des parents dans la prise en charge des enfants en foyer de l'enfance, *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*, 70 p., 2010.

POTIN Emilie, *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*, Ramonville St-Agne : Erès, 218 p., 2012

POTVIN Louise, MOQUET Marie-José & JONES Catherine, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, 380 p., 2010

ROBIN Pierrine, SÉVERAC Nadège, Parcours de vie et dynamique sociales chez les enfants et jeunes relevant du dispositif de protection de l'enfance : les paradoxes d'une biographie sous injonction, *Recherches familiales*, n° 10, pp. 91-102, 2013

ROLLET Catherine, Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? *Revue française des affaires sociales,* 2005, n° 3, p. 129-156.

ROMÉO Claude, *L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance*, Paris : Ministère de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées, 80 p., 2001

RONGE Jean-Luc. Droit à la santé des jeunes: prévenir et favoriser l'accès et le consentement aux soins, *Journal du droit des jeunes*, 2012/3 n° 313, p. 19-29.,

SEDRATI-DINET Caroline, La santé au service de l'action éducative, *Actualités Sociales Hebdomadaires,* n°2928, 2015

SEILLIER Bernard, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion*, Paris : Sénat, n° 445, 314 p., 2008

SELLENET Catherine, La complexité du placement familial : un leitmotiv dans le champ de l'enfance, *Dialogue 1*/167, 51-60, 2005

STEIN Mike, MUNRO Emily (Dirs.). *Young people's transitions fron care to adulthood. International research and practice.* London: Jessica Kingsley, 2008

WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble : PUG, 166 p., 2006

THEVENON Olivier, Indicateurs comparés du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE, *Informations sociales,* 2010/4 n° 160, p. 20-29.

Index des sigles

ADPAA : Association Départementale de Prévention de l'Alcoolisme chez l'Adulte

AF : Assistant Familial

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

AP : Accueil Provisoire

APRADIS : Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASV : Atelier Santé Ville

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CD : Conseil Départemental (ex Conseil Général)

CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CEF : Centre Éducatif Fermé

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

CG : Conseil Général (nouveau nom : Conseil Départemental)

CD : Conseil Départemental

CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREAI : Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSS : Code de Sécurité Sociale

DAP : Délégation d'Autorité Parentale

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DTPJJ : Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

FNARS : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale

IME : Institut Médico-Éducatif

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

ODEV : Observatoire Départemental de l'Enfance des Vosges

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

OPU : Ordonnance de Placement d'Urgence

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PE : Protection de l'Enfance

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Projet Pour l'Enfant

PTS : Programme Territorial de Santé

PUMA : Protection Universelle de Maladie

RIS : Recueil Informations Santé

SAPMN : Service d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

UE-CER : unités de centres éducatifs renforcés

UEAJ : Unités Éducatives d'Activités de Jour

UEHC : Unités Éducatives d'Hébergement Collectif

UEHD : Unités Éducatives d'Hébergement Individualisé

UEMO : Unités Éducatives de Milieu Ouvert

ZEP : Zone d'Éducation Prioritaire

Annexes

Afin de ne pas alourdir ce document, seulement deux exemples d'outils utilisés dans cette recherche sont présentés en annexe :

1. le questionnaire adressé aux DTPJJ pour la partie quantitative ;
2. la grille d'entretien utilisée auprès des cadres ASE pour la partie qualitative.

ACCES A LA SANTE DES ENFANTS PLACES : QUESTIONNAIRE AUPRES DES DIRECTIONS TERRITORIALES DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Ce questionnaire s'adresse au conseiller technique ou à l'infirmier de promotion de la santé de la direction territoriale.

Le Défenseur des droits, en partenariat avec le fond CMU a lancé une recherche sur l'accès à la santé des enfants placés. La Direction de la PJJ et l'ONED participent au comité de pilotage de cette recherche. L'équipe EFIS de l'université Paris Ouest Nanterre la Défense a été sélectionnée pour mener ce projet.

D'une part, les enfants et mineurs accueillis par l'ASE ou à la PJJ peuvent connaître, du fait de leur placement, des carences de couverture médicale en passant de la couverture médicale de leurs parents à celle de l'institution d'accueil ou en changeant de département d'accueil. Cette population d'enfants interroge ainsi les modalités de collaboration entre les CPAM, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

D'autre part, ces enfants et mineurs sont majoritairement issus de milieux défavorisés et précaires, qui sont traditionnellement parmi les plus distants aux soins. À ce titre, ils peuvent représenter une cible prioritaire pour les actions d'accompagnement, de sensibilisation aux soins ou de prévention.

Nous parlons spécifiquement dans ce questionnaire des mineurs placés (hors MIE). Aussi, nous n'abordons pas les différentes unités d'accompagnement en milieu ouvert (UEMO, UEAJ, UEAT).

Ce questionnaire porte sur les constats que vous pouvez faire sur la couverture santé et les problématiques de santé des mineurs placés (nous laissons de côté la question des majeurs accompagnés), il aborde également l'organisation du service face à ces questions et les partenariats avec les institutions de soin et les assurances maladie (CPAM, MSA, RSI).

L'ensemble des services de protection de l'enfance des départements français, des CPAM et des directions territoriales de la PJJ sont interrogés par questionnaire.

La réponse à ce questionnaire demande 20 minutes. D'avance nous vous remercions pour le temps que vous voudrez bien lui consacrer.

Cette étude débouchera sur des recommandations du Défenseur des droits sur l'accès à la santé des enfants placés. Si vous le souhaitez, une synthèse de l'étude pourra vous être transmise à l'issue de la démarche. N'hésitez pas à nous en faire part à l'adresse mail ci-dessous.

Si vous rencontrez des difficultés pour répondre à ce questionnaire, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse : accessanteenfantsplaces@gmail.com

L'équipe de recherche, dépendant de l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

Q.0. Indiquez quel est le territoire de votre direction territoriale ? |_||_||_|

Q.1. Quelle est la fonction de la personne répondante ?

- ☐ Infirmier de promotion de la santé
- ☐ Conseiller technique (non infirmier)
- ☐ Autre : _

Q.2. Combien d'unités éducatives d'hébergement compte votre direction territoriale ?

(indiquez le nombre correspondant à chaque type d'unité d'hébergement)

	0	1	2	3	4	5 et plus
UEHC	❑	❑	❑	❑	❑	❑
UEHD (famille d'accueil et appartement)	❑	❑	❑	❑	❑	❑
UECER	❑	❑	❑	❑	❑	❑
UECEF	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Q.3. Aujourd'hui, combien de mineurs sont placés au sein de ces différentes unités d'hébergement ?

(nombre total correspondant à la somme des effectifs des différentes unités)

|_||_||_|

a. <u>Couverture santé des enfants placés</u>

Q.4. **(a)** Quelle est la situation des mineurs placés concernant leur COUVERTURE MALADIE DE BASE, au moment de leur arrivée dans les différents services d'hébergements de votre territoire ?

(remplissez le plus précisément possible d'après votre connaissance des situations, sans faire d'investigation particulière)

	Majoritaire (plus de 50%)	Significatif (entre 30 et 50%)	Minoritaire (entre 10 et 30%)	Très minoritaire (moins de 10%)	Inexistante (0%)	Vous ne savez pas
Affiliation en tant qu'ayant-droit	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Affiliation individuelle à la CMU de base	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Absence de couverture	❑	❑	❑	❑	❑	❑

(b) Quelle est la situation des mineurs placés concernant leur COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, au moment de leur arrivée dans les différents services d'hébergements de votre territoire ?

(remplissez le plus précisément possible d'après votre connaissance des situations, sans faire d'investigation particulière)

	Majoritaire (plus de 50%)	Significatif (entre 30 et 50%)	Minoritaire (entre 10 et 30%)	Très minoritaire (moins de 10%)	Inexistante (0%)	Vous ne savez pas
Bénéficiaire de la CMU-C à titre autonome	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Bénéficiaire de la CMU-C en tant qu'ayant-droit	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Bénéficiaire d'une complémentaire santé privée en tant qu'ayant-droit	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Pas de complémentaire santé	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Complémentaire santé inconnue	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Q.5. À quoi correspondent principalement les situations d'absence de couverture santé ?

☐ Mineurs ou jeunes issus de populations précaires *(deux réponses maximum)*

☐ Mineurs étrangers résidant avec leur famille et dont la situation n'est pas régularisée

☐ Autre : _

Q.6. Quelles situations posent le plus de questions d'accès à couverture maladie ?

☐ Les mineurs sans domicile fixe

☐ Les mineurs résidant dans un autre département que celui de leur lieu de placement

☐ Autre : _

Q.7. Les unités éducatives d'hébergement de votre territoire ont-elles une politique d'affiliation des mineurs (hors MIE) à la couverture santé au moment de leur placement ?
(précisez le nombre d'unités d'hébergement qui pratiquent les différentes politiques, mettez 0 quand une politique n'est pratiquée par aucune unité)

	0	1	2	3	4	5 et plus	Vous ne savez pas
Oui, une volonté de privilégier la couverture des mineurs en tant qu'ayant droit sur la couverture santé de leurs parents	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Oui, une démarche systématique et explicite d'affiliation des mineurs à la CMU/CMUC	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Oui, une autre politique (précisez)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Précisez les autres politiques d'affiliation des mineurs (hors MIE) à la couverture santé au moment de leur placement :
(uniquement si vous avez répondu "Oui, une autre politique" à la question précédente)

_ _

Q.8. Concernant spécifiquement les mineurs de plus de 16 ans : les unités éducatives d'hébergement de votre territoire ont-elles une politique d'accompagnement des mineurs (hors MIE) dans leurs démarches personnelles vis-à-vis de leur couverture santé ?

(précisez le nombre d'unités d'hébergement qui pratiquent les différentes politiques, mettez 0 quand une politique n'est pratiquée par aucune unité)

	0	1	2	3	4	5 et plus	Vous ne savez pas
Oui une volonté de privilégier la couverture des mineurs en tant qu'ayant droit sur la couverture santé de leurs parents, sans accompagnement particulier pour obtenir sa carte vitale personnelle	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Oui une volonté de privilégier la couverture des mineurs en tant qu'ayant droit sur la couverture santé de leurs parents, avec accompagnement particulier pour obtenir sa carte vitale personnelle	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Oui, une demande systématique et explicite d'affiliation des mineurs à la CMU/CMUC	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Oui, une autre politique (précisez)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Précisez les autres politiques d'accompagnement des mineurs (hors MIE) dans leurs démarches personnelles vis-à-vis de leur couverture santé :
(uniquement si vous avez répondu "Oui, une autre politique" à la question précédente)

_ _

b. <u>Bilan de santé des enfants placés</u>

Q.9. Un bilan de santé des mineurs est-il réalisé dans les unités d'hébergement de votre direction territoriale au moment de leur entrée dans le dispositif ?

- ☐ Oui, systématiquement
- ☐ Oui, pour certaines situations seulement (détail à la question suivante)
- ☐ Non
- ☐ Vous ne savez pas

Q.10. **(a)** Si vous avez répondu « Oui, pour certaines situations seulement » à la question précédente, pouvez-vous précisez dans quelles situations les unités réalisent ce bilan de santé ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ En fonction de l'âge de l'enfant (pour les mineurs les plus jeunes)
- ☐ Le mineur refuse de faire le bilan de santé
- ☐ En fonction de certains motifs de placement relatifs à la situation de l'enfant (négligences, maltraitances, carences, etc.)

- ☐ En fonction de certains motifs de placement relatifs aux problématiques des parents (toxicomanie, maladies mentales, handicap physique ou psychique)
- ☐ En fonction de certaines situations sociales (précarité, errance)
- ☐ Vous ne savez pas
- ☐ Autre : _

(b) Si vous avez répondu « Non » à la question sur les bilans de santé, pour quelles raisons les unités ne réalisent pas de bilan de santé des enfants placés ? *(réponse libre)*

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Déficits sensoriels (visuels, auditifs)	❑	❑	❑	❑	❑
Handicap physique ou moteur	❑	❑	❑	❑	❑
Retard mental / handicap mental	❑	❑	❑	❑	❑
Troubles du comportement	❑	❑	❑	❑	❑
Pathologies psychiatriques	❑	❑	❑	❑	❑
Conduites addictives (tabac, drogue, alcool, cyberdépendance)	❑	❑	❑	❑	❑
Autres (précisez)	❑	❑	❑	❑	❑

Précisez les autres constats sur l'état de santé des mineurs placés :
(uniquement si vous avez répondu "Autres" à la question précédente)

_ _

d. <u>Affiliation CMU des enfants placés</u>

Q.14. Les unités d'hébergement de votre territoire rencontrent-elles des difficultés pour obtenir l'affiliation CMU de certains mineurs ?

- ☐ Oui, très fréquemment
- ☐ Oui, fréquemment
- ☐ Oui, assez fréquemment
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non, jamais

Q.15. Si vous avez répondu oui à la question précédente, pour quelles raisons les unités d'hébergement de votre territoire rencontrent-elles ces difficultés ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Les parents ne donnent pas leur accord
- ☐ Les mineurs ne souhaitent pas avoir leur propre affiliation
- ☐ Les exigences administratives pour l'obtention d'une couverture CMU sont trop élevées pour certains mineurs (difficulté ou impossibilité d'obtenir les papiers demandés)
- ☐ Le traitement des dossiers par les assurances maladie est trop long
- ☐ Le traitement des dossiers par les assurances maladie est trop complexe
- ☐ Les professionnels des différentes unités d'hébergement ne savent pas toujours mener les démarches d'affiliation
- ☐ Vous ne savez pas
- ☐ Autre : _

e. Difficultés d'accès aux soins des enfants placés

Q.16. Pour quels types de soins les mineurs placés connaissent-ils des difficultés d'accès ?
(une réponse par ligne, dites pour chaque type de soins la fréquence des difficultés d'accès)

	Aucune difficulté d'accès	Difficultés d'accès peu fréquentes	Difficultés d'accès assez fréquentes	Difficultés d'accès très fréquentes
Optique				
Verres, monture	❑	❑	❑	❑
Prestations supplémentaires (traitements anti reflets, anti uv, anti-rayures, amincissement)	❑	❑	❑	❑
Lentilles	❑	❑	❑	❑
Soins dentaires				
Orthodontie	❑	❑	❑	❑
Soins prothétiques	❑	❑	❑	❑
Parodontologie	❑	❑	❑	❑
Appareillage				
Petit appareillage (prothèses auditives)	❑	❑	❑	❑
Gros appareillage (fauteuils roulants)	❑	❑	❑	❑
Consultations				
Dépassements d'honoraires de médecins spécialistes	❑	❑	❑	❑
Spécialités non remboursables (diététiciens, ostéopathes, etc.)	❑	❑	❑	❑

Q.17. Si les mineurs placés ont des difficultés d'accès pour un ou plusieurs soins : Quelles sont les trois principales raisons des difficultés d'accès aux soins que les mineurs placés peuvent connaître ? *(cochez 3 réponses maximum)*

- ☐ Les parents ne font pas toujours les démarches (autorisation de soins, accompagnement du mineur)
- ☐ Les professionnels n'ont pas toujours le temps d'accompagner les mineurs pour leurs soins
- ☐ Certains soignants sont réticents à prendre des mineurs couverts par la CMU
- ☐ Certains mineurs sont réticents pour se soigner (refusent les soins ou certains équipements)
- ☐ Certains mineurs n'ont pas ou pas assez rapidement de couverture santé
- ☐ Pour des raisons financières (tiers payant, dépassements d'honoraire, problèmes de remboursement de la part mutuelle, etc.)
- ☐ Certaines unités administratives ne disposent pas de la délégation de paiement et les unités d'hébergement sont réticentes à avancer les frais
- ☐ Vous ne savez pas

☐ Autre : _

Q.18. Face aux difficultés financières d'accès aux soins, votre direction apporte-t-elle une aide aux mineurs placés ?

☐ Oui, une ligne budgétaire, une enveloppe est réservée à cet effet

☐ Oui, la direction aide systématiquement les mineurs (sans qu'une enveloppe soit réservée à cet effet)

☐ Oui, la direction aide quelquefois les mineurs

☐ Non, la direction n'aide pas les mineurs

☐ Vous ne savez pas

f. <u>Relations avec les partenaires et fonctionnement des unités territoriales</u>

Q.19. Votre direction territoriale a-t-elle un interlocuteur stable ou un mode stabilisé de communication avec la CPAM et les autres caisses d'assurance maladie (MSA, RSI) sur les questions de couverture santé et de traitement des situations complexes ou difficiles relatives à la couverture santé des jeunes ?

☐ Oui, elle a un interlocuteur désigné qu'elle peut interpeller à la demande

☐ Oui, elle a un interlocuteur désigné qu'elle rencontre/appelle régulièrement (tous les mois, deux mois, etc.)

☐ Oui, elle dispose d'une écoute particulière de la part des caisses d'assurance maladie (sans interlocuteur désigné)

☐ Oui, elle a une convention signée (au sujet des modalités de transit des dossiers, pour la désignation d'un interlocuteur privilégié)

☐ Non, elle ne dispose pas d'interlocuteur stable, de communication stabilisée ou de convention

Q.20. Autour de la question de l'accès à la santé des mineurs placés, votre direction a-t-elle déjà conclu des accords, conventions ou stabilisé des relations, avec…
(précisez, pour chaque élément, si des accords ou relations ont été stabilisés/formalisés au niveau central et/ou au niveau de certaines unités)

	Oui, au niveau de la direction territoriale	Oui, au niveau de certaines des unités d'hébergement
Des institutions de soins : CMPP, services de pédopsychiatrie, psychiatrie, urgences hospitalières, services hospitaliers, etc.	❑	❑
Des réseaux de soins ou associations de prévention, promotion de la santé, CSAPA, MDA, IREPS, ADPAA, etc.	❑	❑
Des soignants en exercice libéral	❑	❑
Des services du ou des conseils généraux de votre territoire (centre départemental de prévention, MDPH, etc.)	❑	❑

Q.21. Votre direction territoriale est-elle engagée, par rapport à la question de l'accès à la santé des mineurs placés, dans des démarches d'évaluation, réflexion, planification partagées ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Oui, dans un ou plusieurs ateliers santé ville (ASV) sur votre territoire
- ☐ Oui, dans un ou plusieurs projets territoriaux de santé (PTS)
- ☐ Oui, dans le cadre d'un ou plusieurs contrats locaux de santé à l'échelle d'un quartier urbain (CLS)
- ☐ Oui, dans le cadre d'un ou plusieurs contrats locaux de santé à l'échelle d'une communauté d'agglomération, d'un pays ou d'une communauté de commune (CLS)
- ☐ Oui, dans le cadre de certaines des commissions des ARS
- ☐ Non
- ☐ Autre : _

Q.22. Les projets de service incluant des unités d'hébergement de votre direction comportent-ils un volet accompagnement /développement / soutien à la santé ?

- ☐ Oui, tous
- ☐ Oui, la plupart (plus des trois quarts)
- ☐ Oui, en bonne partie (plus de moitié à trois quarts)
- ☐ Oui, certains (moins de la moitié)
- ☐ Non, aucun ou quasiment aucun

g. <u>Pour aller plus loin…</u>

Q.23. Que pensez-vous de la manière dont sont renseignés, en général, les documents individuels de prise en charge (DIPC) des mineurs sur les questions touchant aux soins et à l'accès aux soins (couverture maladie, problématiques de santé, objectifs de soins durant l'accompagnement) ?

- ☐ Les DIPC sont très bien renseignés / très complets sur les questions de santé
- ☐ Les DIPC sont assez bien renseignés / assez complets sur les questions de santé
- ☐ Les DIPC ne sont pas très bien renseignés / pas très complets sur les questions de santé
- ☐ Les DIPC sont très mal renseignés / très incomplets sur les questions de santé
- ☐ Vous ne savez pas

Q.24. Aujourd'hui, pour quelle proportion des mineurs placés, le recueil d'information santé (RIS) est-il renseigné ?

- ☐ Très majoritaire (plus de 75%)
- ☐ Majoritaire (de 50 à 75%)
- ☐ Significatif (entre 30 et 50%)
- ☐ Minoritaire (entre 10 et 30%)
- ☐ Très minoritaire (moins de 10%)
- ☐ Inexistante (0%)

Q.25. Pour les recueils d'information santé (RIS) qui sont renseignés, que pensez-vous de l'information qui y est apportée sur les différents points suivants :

	Information très bonne / complète	Information assez bonne / complète	Information pas très bonne / pas très complète	Information nulle /inexistante	Vous ne savez pas
Concernant le bilan de santé à l'arrivée du jeune dans le service	❑	❑	❑	❑	❑
Concernant l'historique des soins durant la prise en charge	❑	❑	❑	❑	❑
Concernant les objectifs d'intervention éducative en santé	❑	❑	❑	❑	❑
Concernant les démarches à réaliser pour la couverture santé du jeune	❑	❑	❑	❑	❑
Concernant le bien être, les compétences psychosociales (estime de soi, gestion du stress et des émotions, empathie, coopération)	❑	❑	❑	❑	❑
Concernant d'autres dimensions relatives à la santé	❑	❑	❑	❑	❑

Q.26. Au sein de votre direction territoriale, préparez-vous le passage à la majorité des mineurs placés du point de vue de leur couverture santé ?

- ☐ Oui, leurs accompagnateurs les sensibilisent aux démarches à entreprendre
- ☐ Oui, les professionnels les accompagnent dans leurs démarches
- ☐ Oui, un livret / document leur explique les démarches à entreprendre
- ☐ Oui, d'une autre manière (précisez à la question suivante)
- ☐ Non

Précisez les autres modalités de préparation du passage à la majorité des jeunes du point de vue de leur couverture santé :

(uniquement si vous avez répondu "Oui, d'une autre manière" à la question précédente)

_ _

Q.27. Aujourd'hui, avec quelles structures associatives habilitées PJJ votre direction territoriale travaille-t-elle ? *(précisez le nombre de structures de chaque type, mettez 0 si aucune)*

	0	1	2	3	4	5 et plus
CER	❑	❑	❑	❑	❑	❑
CEF	❑	❑	❑	❑	❑	❑
LDVA	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Établissement de placement éducatif	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Q.28. Aujourd'hui, combien de mineurs sont accueillis dans l'ensemble de ces structures habilitées ?
|_||_||_|

Q.29. Les structures habilitées avec lesquelles vous travaillez sont-elles associées au travail de la direction territoriale autour des questions de santé des mineurs ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Oui, elles vous transmettent des informations sur le travail autour de la santé avec les mineurs
- ☐ Oui, elles sont invitées aux commissions santé de votre direction territoriale
- ☐ Oui, elles renseignent un document équivalent au RIS
- ☐ Oui, autres formes d'association (précisez à la question suivante)
- ☐ Non, elles ne sont pas associées mais elles mènent leur propre travail autour de la santé de leur côté
- ☐ Non elles ne sont pas associées, elles ne mènent pas de travail spécifique autour de la santé des mineurs

Précisez les autres modalités de collaboration avec les structures habilitées :

(uniquement si vous avez répondu "Oui, autres formes d'association" à la question précédente)

_ _

Q.30. Aujourd'hui, la question de la santé bénéficie d'un portage national au sein de la PJJ avec la démarche "PJJ promotrice de santé". Qu'est-ce que cette démarche vous apporte concrètement dans le travail autour de la santé des enfants placés ?

- ☐ Cette démarche vous a permis de (re)sensibiliser les équipes à la prise en compte de la santé
- ☐ Cette démarche vous a fourni un cadre/un appui pour mettre en place ou repenser des actions pour la santé des mineurs placés
- ☐ Cette démarche vous a permis d'échanger des expériences avec d'autres directions territoriales autour de la question de l'accès à la santé
- ☐ Cette démarche vous a aidé pour lancer ou relancer des partenariats (avec l'ARS, des réseaux de santé, des PTS, le réseau IREPS…)
- ☐ Cette démarche vous a permis de valoriser certaines actions/pratiques déjà en cours sur votre DT
- ☐ Cette démarche vous a permis de prendre en compte plus largement le concept de santé dans l'ensemble des pratiques éducatives
- ☐ Autre : _

Q.31. Pour conclure, quelles sont aujourd'hui, à vos yeux, la ou les difficultés principales d'accès aux soins des mineurs pris en charge par votre direction territoriale ?

(réponse libre, développez librement des points abordés dans certaines questions ou des points qui n'auraient pas été abordés dans le questionnaire)

_ _
_ _
_ _

Cette recherche financée par le Défenseur des droits, en partenariat avec le fonds CMU et réalisée par quatre chercheurs (Séverine Euillet, Nadège Séverac, Pierre Moisset et Juliette Halifax) porte d'une part sur l'accès et les obstacles aux soins des enfants placés (disposition d'une couverture santé, accès à une offre de soin, collaboration des parents pour les décisions médicales, collaboration inter-institutionnelle autour de la santé). Elle porte d'autre part sur le « sens du soin » pour les enfants protégés. Ces enfants sont, en effet, majoritairement issus de milieux défavorisés et précaires, qui sont traditionnellement parmi les plus distants aux soins, et ils ont été séparés de leurs parents en raison d'un « prendre soin » (au sens large) jugé inadéquat. Quel effet la prise en charge institutionnelle a-t-elle par rapport à cette donne initiale, en termes d'accès aux soins ? L'accompagnement et l'action éducative auprès de ces enfants favorise-t-elle le sens du soin ?
Dans cet entretien, nous parlerons de la santé au sens élargi : tant ce qui concerne les affections somatiques et psychiques précises et repérées que le bien être.

Introduction, contextualisation

Q.32. Aujourd'hui comment est composée l'offre d'accueil des enfants entre famille d'accueil et établissement ? Quelle est la répartition entre accueil administratif et accueil judiciaire ?

Q.33. Combien d'enfants sont accueillis, chaque année, sur votre territoire (si responsable d'unité territoriale) que ce soit en établissements ou en famille d'accueil ?

1 L'ACCES AUX SOINS

1.1. Les aspects administratifs

Q.34. Un bilan de santé est-il réalisé à l'arrivée des enfants ? Systématiquement ?
Quel que soit le lieu d'accueil ?
Dans les différents types d'accueil ? TDC, placement direct justice, placement administratif, judiciaire ?

Q.35. Savez-vous ce qu'il ressort de ces bilans concernant la santé des enfants accueillis ?
Affections particulières ?
Fréquences d'affections ?
Gravité de certaines affections ?

Q.36. Un bilan administratif autour de la santé est-il réalisé à l'arrivée des enfants dans vos services ? (existence d'une affiliation santé, recueil des documents : carte vitale, carnet de santé)
Systématiquement ?
Dans l'ensemble des lieux d'accueil ? Que l'accueil se fasse en famille d'accueil, en foyer, en TDC ?
Dans les différentes modalités de placement ? Placement administratif, judiciaire, placement direct justice, en TDC ?

Q.37. Savez-vous ce qui est fait des différents documents administratifs (carte vitale, carnet de santé, compte-rendu d'examens spécifiques) concernant la santé de l'enfant après son admission ?
Où sont-ils gardés? Dans les établissements ? Au niveau de la direction ? De l'éducateur ? Sont-ils conservés par les jeunes ? Par les familles d'accueil ?

Q.38. Certains jeunes/enfants rencontrent-ils des difficultés d'accès aux soins? Pour quelles raisons ? (difficultés pour obtenir un rendez-vous, refus des couvertures CMU, problèmes administratifs, relation entre la CPAM du département d'origine et la CPAM du département d'hébergement, politiques différentes des CPAM) Cela concerne-t-il plus particulièrement certaines situations ? Que faites-vous alors ?

Q.39. Avez-vous repéré des situations selon l'âge de l'enfant, son statut ou son lieu d'accueil où l'accès aux soins serait facilité ou empêché ?

1.2. L'accompagnement aux consultations

Q.40. Quel est le ou les professionnels mobilisés pour l'accompagnement aux consultations ? Comment cela est convenu ? Dans quelle mesure cette organisation diffère-t-elle d'une équipe à une autre ?

Q.41. Certains jeunes se rendent-ils seul(e)s à leur consultation ? Dans quelles situations ?

2 L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

Q.42. La question de la santé, du bien-être, de l'accès aux soins des enfants placés est-elle présente dans le schéma départemental de protection de l'enfance ? Si non est-elle abordée dans un autre schéma départemental (PMI ou autre) ? Si oui, sous quelle forme est-elle traitée ? (fiches actions, orientations)

Q.43. La question de la santé, du bien-être, de l'accès aux soins des enfants et des jeunes placés est-elle présente dans le document servant de support au PPE ? Si non pourquoi ? Si oui, sous quelles formes ? (simple conseil ou orientation, rubrique à part entière) ?

Q.44. A quel point des PPE sont-ils rédigés aujourd'hui pour les enfants placés au sein de vos services (dans tous les cas, dans la plupart des cas, dans certaines situations, rarement) ? Savez-vous – que cela soit prévu ou non – si ces PPE incluent la question de la santé et de l'accès aux soins de l'enfant ?

Q.45. Vous-même, en tant que cadre de protection de l'enfance, en quoi intervenez-vous sur la question de l'accès à la santé des enfants placés ?

Q.46. En tant que cadre, à quelles questions de santé êtes-vous plus particulièrement attentif dans les dossiers que vous suivez ?

Q.47. Votre unité territoriale est-elle engagée, par rapport à la question de l'accès à la santé des mineurs placés, dans des démarches d'évaluation, réflexion, planification partagées ? (ASV, PTS, CLS, commissions ARS)

2.1. Le rôle des professionnels

Q.48. L'accompagnement à la santé et aux soins fait-il partie de la mission des professionnels qu'ils soient référents, au sein d'établissements, ou assistants familiaux ?

Q.49. Cette question est-elle spécifiquement à la charge des éducateurs ou d'un ou plusieurs professionnels ?

Q.50. En tant que cadre, faites-vous attention à ce qu'un professionnel soit référent sur les questions de santé ? Que ce soit au sein de l'ASE ou dans le lieu d'accueil ?

Q.51. Les établissements, les familles d'accueil s'emparent-ils tous également de cette question ou bien notez-vous des différences ?
Si oui, à quoi sont dues ces différences selon vous ?

Q.52. Les équipes rencontrent-elles des difficultés pour accompagner les enfants/jeunes sur ces questions de santé ? De même pour les familles d'accueil, certaines rencontrent-elles des difficultés pour accompagner les enfants/jeunes sur ces questions de santé ?
Manque de formations ? D'informations ?

Q.53. Des questions de santé peuvent-elles constituer un ressort de certains accompagnements éducatifs ? Constituer une accroche particulière avec certains jeunes ? Soutenir l'accompagnement éducatif ?
Avez-vous des exemples précis ?

Q.54. Certaines questions de santé peuvent-elles venir impacter les accompagnements éducatifs au sein des établissements ? (MST, retard mental, troubles du comportement, handicap, troubles du poids, de la croissance)
Comment ?

Q.55. Avez-vous le sentiment que les professionnels sont à l'aise pour accompagner les enfants/jeunes sur ces questions de santé ?
Si oui, sur toutes les questions de santé ?
Certaines questions de santé posent-elles plus de problème (MST, problèmes dentaire, conduites addictives etc…) ?

Q.56. Vous occupez-vous « indirectement » de la question de la santé des enfants/des jeunes ? À travers les échanges et les rapports des lieux de placement ? Est-ce un point auquel vous portez attention ? Sur lequel vous êtes interpellé ?

2.2. Le fonctionnement institutionnel

Q.57. L'affiliation à la couverture santé des jeunes accueillis est-elle gérée au niveau central ou territorial ?

Q.58. Quelle est la politique de votre département et de votre unité concernant la couverture maladie des enfants ?

Q.59. Cette politique peut-elle varier en fonction des équipes ?
Si oui pourquoi (histoire de la structure, décisions antérieures) ?

Q.60. Avez-vous une politique d'affiliation particulière concernant les mineurs de plus de 16 ans ?

Q.61. Concernant la couverture santé des jeunes, est-ce que vous préparez leur sortie de placement ? De façon à ce que le jeune continue bien à avoir une couverture santé ? Qu'il continue les démarches de soin ? Qu'il reste sensibilisé à cette question ? Comment faites-vous cette préparation ? Travaillez-vous surtout avec le jeune ? Avec les parents ?

Q.62. De même, est-ce que vous préparez le passage à la majorité des jeunes ? Est-ce que vous préparez les jeunes à s'occuper de leur couverture santé (maintien des droits, démarches administratives) ? Ou bien à continuer des démarches de soin ?

Q.63. Rencontrez-vous des difficultés pour affilier certains enfants/jeunes à une couverture santé / couverture complémentaire ?

Dans quels cas ?
Que faites-vous alors ?

Q.64. Disposez-vous de documents, de supports, de formations qui pourraient vous servir de repère commun à l'ensemble des référents (éducateur, assistants familiaux) sur cette question ?

2.3. Les partenariats

Q.65. Votre direction territoriale a-t-elle convenu un protocole, une convention avec les CPAM dont elle relève ?
Si oui, sur quoi porte cette convention / accord / protocole ?

Q.66. Comment se passe aujourd'hui vos relations avec les CPAM dont vous relevez ?
Certaines relations vous semblent-elles pouvoir être améliorées ?

Q.67. Vos services collaborent-ils régulièrement avec des soignants, des institutions de soin pour les enfants placés ? (soignants libéraux, CMPP, service hospitalier, centre municipal de santé, MDPH, services de PMI, autre) ?
Lesquels ?
Ces collaborations sont-elles stabilisées ou fluctuantes ?
Portent-elles uniquement sur des soins ou comprennent-elles également des actions de prévention, sensibilisation ? Sur quels points ?

3 LA DIMENSION EDUCATIVE DE LA SANTE

3.1. Par rapport aux jeunes

Q.68. La question de la santé fait-elle partie, pour vous, de l'accompagnement éducatif des enfants et des jeunes ? Pourquoi ?

Q.69. Avez-vous noté des problématiques de santé particulières parmi les enfants accueillis ?

Q.70. Certains enfants/ jeunes refusent-ils de se soigner ?
Dans quelles situations ?
Que faites-vous alors ?

Q.71. Avez-vous le sentiment que certaines maladies/affections des enfants placés ne sont pas soignées parce qu'elles ne sont pas assez bien identifiées ? Par les éducateurs référents ou les accueillants ?
Que pouvez-vous faire dans ces cas ?

3.2. Par rapport aux parents

Q.72. Au sein des différents lieux de placement, comment est travaillée la question du droit des parents relativement aux soins des enfants et des jeunes ?
Les circonscriptions, les établissements font-ils signer des dérogations au commencement du placement ? De quelle portée ? Avec quelle valeur ?
Au contraire, certains établissements, circonscriptions s'efforcent-ils de mobiliser les parents sur les soins aux enfants, aux jeunes ?

Q.73. Qu'en est-il sur cette question du droit des parents relatifs aux soins de leur enfant en famille d'accueil ? À quel niveau cette question est-elle gérée ? En

fonction des différentes familles d'accueil ? Au niveau de la circonscription ? Du service de placement familial ?

Q.74. Mêmes questions concernant les devoirs des parents, par exemple : Rencontrez-vous parfois des situations où les parents ne remplissent pas leurs devoirs ? que faites-vous ?

Q.75. Les équipes doivent-elles collaborer directement avec les parents sur la question du suivi de santé des enfants ?
Sur quels points ?
Comment se passe cette collaboration ?

Q.76. Les personnes en charge de la santé des enfants vous interpellent-elles parfois concernant la collaboration avec les parents sur le suivi de la santé de l'enfant ?
A quelles occasions ?

Q.77. Certains parents s'opposent-ils parfois aux soins de leurs enfants ?
Dans quelles situations ? Que faites-vous dans ces cas-là ? Existent-ils des procédures, des protocoles formalisés pour aider les professionnels dans ces situations ?

Conclusion

Q.78. Pensez-vous que le suivi médical et l'accès aux soins des enfants placés au sein de vos services pourrait être amélioré aujourd'hui ?
Sur quels points ?

Q.79. L'accès à la santé des enfants placés devrait-il être plus intégré à leur accompagnement éducatif à votre avis ?
Ou plutôt dévolu à un professionnel spécialisé partenaire/ au sein du service ?

Q.80. Au cours de votre expérience, avez-vous remarqué une évolution des pratiques autour de la santé des enfants ? Observez-vous actuellement un mouvement autour de cette question ?

Q.81. Pensez-vous à d'autres questions concernant ce sujet de l'accès à la santé des enfants placés ?