



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Le 30 novembre 2015

Par

**Léa ANDLAUER**

Née le 29 décembre 1988 à Nancy (54)

**SUIVI DE SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS PAR LES  
SERVICES DE PROTECTION DE L'ENFANCE DE MEURTHE-ET-  
MOSELLE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Président

Monsieur le Professeur François ALLA

Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Juge

Madame le Docteur Marie-Christine COLOMBO

Juge et directrice



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :  
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine  
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**

**Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE

**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER

**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUUEL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER

*Animation de la recherche clinique :* Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT

*Vie Facultaire et SIDES :* Dr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

*Etudiant :* M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume GAUCHOTTE

*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

*Universitarisation des professions paramédicales :* Pr Annick BARBAUD

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES :* Dr Chantal KOHLER

*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP

*International :* Pr Jacques HUBERT

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise

MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN

- Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND  
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE  
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE  
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**  
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)**  
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

#### **44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**  
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN  
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**  
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**  
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

#### **45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**  
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))**  
Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)**  
Docteure Sandrine HENARD

#### **46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**  
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN  
Docteure Nelly AGRINIER  
**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**  
Docteure Isabelle THAON  
**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**  
Docteur Laurent MARTRILLE

#### **47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))**  
Docteur Aurore PERROT  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**  
Docteure Lina BOLOTINE  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**  
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

#### **48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)**  
Docteur Antoine KIMMOUN (stagiaire)  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**  
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)**  
Docteur Nicolas GIRERD (stagiaire)

#### **50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**  
Docteure Anne-Christine RAT  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**  
Docteure Anne-Claire BURSZEJN  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**  
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

#### **51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**  
Docteur Fabrice VANHUYSE  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**  
Docteur Stéphane ZUILY

#### **52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteure Laure JOLY

**55<sup>ème</sup> Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteure Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*

Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*

Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

## **A notre maître et Président de jury de thèse**

**Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER**

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger notre travail.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

## **A notre maître et juge**

**Monsieur le Professeur François ALLA**

Professeur de Santé Publique, Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail ainsi qu'à l'aide précieuse apportée à la réalisation de ce dernier.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

## **A notre maître et juge**

**Monsieur le Professeur Bernard KABUTH**

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

## **A notre juge et directrice de thèse**

**Madame le Docteur Marie-Christine COLOMBO**

Médecin départemental de Protection Maternelle et Infantile de  
Meurthe-et-Moselle

Grâce à votre confiance et vos conseils avisés, vous avez été un soutien extraordinaire tout au long de ce travail.

Vous nous avez fait découvrir et partager votre intérêt pour la santé de l'enfant et la santé publique.

Veillez accepter nos sincères remerciements pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

A Clémentine  
Aux petits princes et petites princesses de mon étude

# **MERCI !**

**A Amrane**, pour ton soutien, ta présence, tes conseils, ton écoute et ton amour. J'espère te le rendre à la hauteur du bonheur que tu me donnes.

## **A ma famille :**

**A mes parents** chéris, depuis toujours vous me soutenez, sans jamais faillir le moindre instant, jusque dans la relecture orthographique de ce travail. J'espère avoir été fidèle à l'hymne familial : « on lâche rien ! ».

**A Lucas et Emma**, frère et sœur d'amour ; grâce à vous, j'aurai toujours un toit et à manger, mais surtout, plein de projets futurs ensemble. Vous êtes les meilleurs, ne l'oubliez jamais.

**A mes grands-parents** pour votre confiance aveugle et votre amour indéfectible.

Papy, tu me disais être fier de moi, où que tu sois maintenant, j'espère que tu l'es encore.

Mamie, tel un phœnix ou un chat je ne sais pas, tu gardes une énergie inépuisable, continue de me surprendre !

Mamy, Paris, la mode, la Méditerranée et le chichi frégi ne seraient rien sans toi, vivement nos prochaines aventures !

Grand-Père, mon chauffeur préféré. Calme, concentration et rigueur m'ont été nécessaires jusqu'à maintenant, c'est ce que tu m'as toujours appris... Il ne me reste plus qu'à te battre aux mots croisés !

**A Tatïe Diane**, my lovely little auntie ; **à Christophe**, les études de médecine sont longues, tu me l'avais dit. Le métier est passionnant, tu ne m'as pas menti ; **à Manon et Julia**, en plus d'être belles et intelligentes, vous êtes mes wonder cousines !

**A Tatïe Christine et Tonton Philippe**, parce que mon grain de folie doit bien venir de quelque part...

**A Herbert**, sans qui je ne sillonnerais pas les routes de Lorraine, de France et de Navarre ; **à Claude**, parce que tu es toujours là quand nous en avons besoin ; **à Jane** pour la traduction (et le titre du coup !).

## **A mes amis et belles rencontres :**

**A ceux avec qui tout a commencé** : les agros ; Agro-découverte et re-découverte. Parce que vous me rappelez que le monde ne tourne pas qu'autour de la médecine ; à Marianne, 27 ans d'amitié en autant d'existence, merci pour ce cadeau !

**Aux transversaux** : famille Guénin, toujours disponible pour un déménagement, un repas sur le pouce qui s'avère être un festin ; famille Ponard, Didier, depuis le temps que tu m'appelles « Docteur » ! ; Cécilia.

**A ceux avec qui les études ont commencé** : Aurélien et Aurélien. Du Nord à Cuba en passant par l'Autriche, des hauts et des bas traversés ensemble, mais on s'en est plutôt bien sortis finalement ! Ne changez pas, vous êtes suffisamment drôles et compétents

**A ceux avec qui les études ont continué :** Julie (parce qu'en plus du girl power, tu seras une super chirurgienne !), Marie (si les voyages forment la jeunesse, on s'est sacrément formées ensemble, merci pour ça et tout le reste), Benoit (pour les lessives et les tee-shirts gagnés pour moi...), Cécile (parce que tu es une amie fidèle), Adrien (parce que j'aime danser le rock avec toi), David (parce que je dors toujours en « W »), Lisa (parce que tout semble facile quand tu es là), Clémentine (parce que ta joie de vivre continue de me faire avancer chaque jour malgré ton absence injuste), Arnaud (parce que tu es mon œuvre, mon fillot !), Léa (parce que les notes du DPP restent les pires de mes études), Florent (pour ton humour), Estelle (parce qu'à Cannes, on est à la maison). Soirées, événements, externat et semaines au ski de rêve en votre compagnie, pourvu que ça dure (chéris et chéries inclus...) !

**A ceux avec qui les études se terminent :**

Guillaume (maître Guims, coloc mais surtout Cobra trop cool, CFC, saumon/foie gras, discussion sur les actualités et dimanche-peignoir !) et Charlotte (on les aura un jour nos churros, nos bouquets de fleurs...),

Célia et Fabien (notre chef à tous et son lover en short jaune), Marianne et Nicolas (comme quoi tectonique et hospitalisations font bon ménage), Mathieu et Marie (les cinglés des concerts, enfin de U2 !), Vaso (ma Louloute) et Pierryck (Charlie avant Charlie), Marie-Caroline (parce que tu n'as rien dit pour le chat alors que Guims avait une alliée ;-)), vive nos soirées/apéros/week-end et avis médicaux en direct live !

Luiza, ma co-interne préférée, Séverine, ma maman de tout l'internat, Aurore et Yann : pâtes à l'arrabiata et bière en terrasse, toujours un délice !

Les déjantées de Sarrebourg, aussi efficaces que dynamiques (parfois boueuses...) : Olivia, Jennifer, Priscilla, Isabelle

La team pédiat Epinal : Mathilde, Michel, Bérengère, Déborah, Kaci, Emeline. 6 mois un peu hors du temps quand même, tout roulait !

Laëtitia, vent d'air frais (voire tornade) de Gérardmer, rires et supers repas ne s'arrêteront pas j'espère ! Et Céline, pour les débriefings SASPAS du midi, mon double rôleur au sourire permanent...

Aude, Alex et Guillaume, parce qu'on vous doit la découverte d'une partie de Nancy et de la Lorraine.

Salomé, parce que tu m'ouvres l'esprit : Nancy Jazz Pulsations, sushis et bientôt resto végétarien !

**Aux médecins qui m'ont fait et me font aimer la médecine :**

**Dr Ceyzériat**, Hélène, sans toi, je n'aurais jamais commencé cette voie, je n'aurais jamais fait d'humanitaire et tant d'autres choses qui me plaisent tant...

**Drs Ludwig et Perrier**, vous m'avez fait redécouvrir la médecine générale et m'avez remotivée lorsque mon orientation me posait question.

**Drs Fanjeaux et Mondon-Winum**, vous m'avez mis le « pied à l'étrier » et avez conforté mon orientation vers la médecine générale en libéral.

**Drs Bastien, Thiel et Clémence**, vous m'avez fait développer mon esprit critique de médecin généraliste et m'avez permis une transition « en douceur » de mon statut d'interne à celui de remplaçante.

**Aux médecins qui m'ont transmis leur savoir** au cours de ma formation.

**A ceux sans qui ce travail n'aurait jamais pu être réalisé :**

**Les assistants familiaux, les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins et les mamans** qui ont accepté de participer à mes entretiens. Sans vous, ce travail n'existerait pas. Sincèrement, merci.

**Mme Gaudefroy** de l'IREPS et le **Dr Margaux Creutz**, vos conseils méthodologiques et votre accessibilité m'ont apporté une aide considérable.

**M. Bichwiller**, de par votre qualité de directeur enfance-famille du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle et votre intérêt pour ce travail, vous m'avez ouvert les portes de vos services, je vous en remercie sincèrement.

**Dr Cavaré-Vigneron**, votre disponibilité et votre efficacité m'ont facilité beaucoup de choses !

**Le service de PMI** du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, (particulièrement Karine, Brigitte et Lydie) par votre soutien autant professionnel qu'humain, ce travail sur 1 an et demi a été un régal.

**Le conseil départemental de Meurthe-et-Moselle**, pour tous les entretiens accordés par les différents agents et les services rendus si rapidement,

**La maman d'Aurore**, pendant vos vacances et même après, vous m'avez soulagée d'un énorme poids en tapant plusieurs entretiens alors que je commençais à être dépassée par la masse de travail.

**A toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à la réalisation de cette thèse.**

**A toutes les personnes que j'ai pu oublier mais qui comptent pourtant.**

## SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

# GLOSSAIRE

AED : aide éducative à domicile  
AEMO : assistance éducative en milieu ouvert  
AESF : accompagnement en économie sociale et familiale  
AF : assistant familial  
AFEF : aides financières enfance-famille  
AS : assistant social  
ASE : aide sociale à l'enfance  
CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce  
CASF : code de l'action sociale et des familles  
CC : code civil  
CP : code pénal  
CSP : code de la santé publique  
CEMMA : cellule pour la protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle Accueil  
CIDE : convention internationale des droits de l'enfant  
CMP : centre médico-psychologique  
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique  
CMS : centre médico-social  
CRIP : cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante  
CS : certificat de santé  
FA : famille d'accueil  
IC 95% : intervalle de confiance à 95%  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
IMC : indice de masse corporelle  
IP : information préoccupante  
IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé  
ODPE : observatoire départemental de la protection de l'enfance  
ONED : observatoire national de l'enfance en danger  
PMI : protection maternelle et infantile  
PFS : placement familial spécialisé  
PPE : projet pour l'enfant  
REMM : réseau éducatif de Meurthe-et-Moselle  
REPE : relais éducatif parents-enfants  
RT : responsable territorial  
SSFE : service social en faveur des élèves  
TISFE : technicienne de l'intervention sociale et familiale à titre éducatif  
TS : travailleur social  
UAO : unités d'accueil et d'orientation

# SOMMAIRE

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction                                                                           | 22 |
| 1. Contexte et historique                                                              | 24 |
| 1.1. Historique                                                                        | 24 |
| 1.1.1. Les pleins pouvoirs du père                                                     | 24 |
| 1.1.2. La protection par l'Etat                                                        | 24 |
| 1.1.3. Première partie du XXème siècle                                                 | 25 |
| 1.1.4. La place de la famille dans la protection de l'enfance                          | 25 |
| 1.1.5. Les droits de l'enfant                                                          | 25 |
| 1.1.6. La création du Défenseur des enfants                                            | 26 |
| 1.1.7. Préparation de la réforme de la loi de protection de l'enfance                  | 26 |
| 1.2. La législation                                                                    | 27 |
| 1.2.1. Les différents codes de la protection de l'enfance                              | 27 |
| 1.2.1.1. Le code de l'action sociale et des familles                                   | 27 |
| 1.2.1.2. Le code civil                                                                 | 27 |
| 1.2.1.3. Le code pénal                                                                 | 28 |
| 1.2.2. La loi du 5 mars 2007                                                           | 28 |
| 1.2.2.1. Mieux prévenir                                                                | 28 |
| 1.2.2.2. Mieux signaler                                                                | 29 |
| 1.2.2.3. Diversifier les prises en charge                                              | 31 |
| 1.2.2.4. L'intérêt supérieur de l'enfant                                               | 31 |
| 1.2.2.5. Redéfinition de la place de la famille                                        | 31 |
| 1.2.2.6. En résumé                                                                     | 31 |
| 1.2.2.7. Et après ?                                                                    | 31 |
| 1.3. Les acteurs départementaux de la protection de l'enfance en<br>Meurthe-et-Moselle | 33 |
| 1.3.1. L'aide sociale à l'enfance                                                      | 33 |
| 1.3.1.1. Les missions                                                                  | 33 |
| 1.3.1.2. Le cadre légal                                                                | 34 |
| 1.3.1.3. Les mesures d'accompagnement en protection administrative                     | 35 |
| 1.3.1.4. Les mesures d'accompagnement en protection judiciaire                         | 36 |
| 1.3.2. La cellule pour la prise en charge de l'enfance en Meurthe-et-Moselle           | 38 |
| 1.3.2.1. Généralités                                                                   | 38 |
| 1.3.2.2. Organisation                                                                  | 38 |
| 1.3.2.3. Fonctionnement                                                                | 38 |
| 1.3.3. Le dispositif de protection maternelle et infantile                             | 38 |
| 1.4. Le suivi de santé des futures mères et des enfants de 0 à 6 ans                   | 40 |
| 1.4.1. Définitions                                                                     | 40 |
| 1.4.2. Les consultations                                                               | 41 |
| 1.4.3. 3 certificats de santé transmis à la PMI                                        | 41 |
| 1.4.4. Le carnet de santé                                                              | 42 |

|                                                                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.5. Conclusion                                                                                                                                                                                             | 42 |
| 2. Matériel et méthode                                                                                                                                                                                      | 43 |
| 2.1. Première partie : état de santé et du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle                                           | 43 |
| 2.1.1. Type d'étude                                                                                                                                                                                         | 43 |
| 2.1.2. Population                                                                                                                                                                                           | 43 |
| 2.1.2.1. Caractéristiques                                                                                                                                                                                   | 43 |
| 2.1.2.2. La taille de l'échantillon                                                                                                                                                                         | 44 |
| 2.1.2.3. La comparaison avec les données du service de PMI                                                                                                                                                  | 44 |
| 2.1.2.4. La représentativité et l'analyse statistique                                                                                                                                                       | 44 |
| 2.1.3. Méthode                                                                                                                                                                                              | 44 |
| 2.1.3.1. Le choix du bordereau de recueil de données                                                                                                                                                        | 44 |
| 2.1.3.2. Elaboration du bordereau de recueil de données                                                                                                                                                     | 44 |
| 2.1.3.3. Evaluation du bordereau de recueil de données                                                                                                                                                      | 45 |
| 2.1.3.4. Les données complémentaires                                                                                                                                                                        | 45 |
| 2.1.3.5. Le recueil de données                                                                                                                                                                              | 45 |
| 2.1.3.6. Le traitement des données                                                                                                                                                                          | 46 |
| 2.2. Deuxième partie : entretiens afin d'élaborer des perspectives d'amélioration du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle | 46 |
| 2.2.1. Type d'étude                                                                                                                                                                                         | 46 |
| 2.2.2. Population                                                                                                                                                                                           | 46 |
| 2.2.2.1. Caractéristiques                                                                                                                                                                                   | 46 |
| 2.2.2.2. La taille de l'échantillon                                                                                                                                                                         | 47 |
| 2.2.3. Méthode                                                                                                                                                                                              | 47 |
| 2.2.3.1. Le choix des entretiens semi-directifs                                                                                                                                                             | 47 |
| 2.2.3.2. Elaboration du guide d'entretien                                                                                                                                                                   | 47 |
| 2.2.3.3. Evaluation du guide d'entretien                                                                                                                                                                    | 48 |
| 2.2.3.4. Recueil de données                                                                                                                                                                                 | 48 |
| 2.2.3.5. Traitement des données                                                                                                                                                                             | 48 |
| 3. Résultats                                                                                                                                                                                                | 50 |
| 3.1. Première partie : état de santé et du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle                                           | 50 |
| 3.1.1. Population et caractéristiques générales                                                                                                                                                             | 50 |
| 3.1.2. Les enfants confiés à l'ASE sont-ils connus de la PMI de Meurthe-et-Moselle ?                                                                                                                        | 50 |
| 3.1.3. Pathologies et facteurs de risque pré et périnataux au certificat de santé du 8 <sup>ème</sup> jour                                                                                                  | 51 |
| 3.1.4. Vaccinations                                                                                                                                                                                         | 52 |

|                                                                                                                                                                                                                           |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.1.5. Problèmes de santé physique                                                                                                                                                                                        | 52     |
| 3.1.5.1. Données générales et pathologies organiques mentionnées                                                                                                                                                          | 52     |
| 3.1.5.2. Croissance staturo-pondérale                                                                                                                                                                                     | 53     |
| 3.1.5.3. Hospitalisations                                                                                                                                                                                                 | 53     |
| 3.1.5.4. Synthèse des comparaisons avec les données de la PMI                                                                                                                                                             | 54     |
| 3.1.5.5. Santé bucco-dentaire                                                                                                                                                                                             | 54     |
| 3.1.6. Problèmes de santé psychique                                                                                                                                                                                       | 55     |
| 3.1.6.1. Troubles du sommeil                                                                                                                                                                                              | 55     |
| 3.1.6.2. Troubles du comportement                                                                                                                                                                                         | 55     |
| 3.1.6.3. Troubles du développement psychomoteur                                                                                                                                                                           | 55     |
| 3.1.7. Suivi de santé des 12 derniers mois                                                                                                                                                                                | 56     |
| 3.1.7.1. Suivi médical                                                                                                                                                                                                    | 56     |
| 3.1.7.2. Suivi en structure de santé                                                                                                                                                                                      | 56     |
| 3.1.7.3. Suivi paramédical                                                                                                                                                                                                | 56     |
| 3.1.8. Problèmes de santé des parents des enfants confiés à l'ASE                                                                                                                                                         | 56     |
| <br>3.2. Deuxième partie : entretiens afin d'élaborer des perspectives<br>d'amélioration du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans<br>bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-<br>et-Moselle | <br>57 |
| 3.2.1. Population et caractéristiques générales                                                                                                                                                                           | 57     |
| 3.2.2. Définition de la santé                                                                                                                                                                                             | 57     |
| 3.2.3. Les points relatifs à la santé des enfants confiés à l'ASE bénéficiant<br>d'une attention particulière du fait de la mesure                                                                                        | 57     |
| 3.2.4. Prise en charge au début et au cours de la mesure des problèmes de<br>santé                                                                                                                                        | 58     |
| 3.2.5. Prise en charge des problèmes psychopathologiques                                                                                                                                                                  | 60     |
| 3.2.6. Les obstacles ou difficultés rencontrées pour la réalisation d'un bon<br>suivi de santé                                                                                                                            | 61     |
| 3.2.7. Implication des parents dans la santé de leur enfant                                                                                                                                                               | 62     |
| 3.2.8. Le retentissement des problèmes de santé de l'enfant confié sur la vie<br>quotidienne des familles d'accueil                                                                                                       | 62     |
| 3.2.9. Suivi de santé de l'enfant et liens entre les professionnels concernés<br>par ce suivi                                                                                                                             | 62     |
| 3.2.10. Les pistes d'amélioration proposées par les interrogés.                                                                                                                                                           | 63     |
| <br>4. Discussion                                                                                                                                                                                                         | <br>65 |
| 4.1. Limites et biais                                                                                                                                                                                                     | 65     |
| 4.1.1. Recrutement                                                                                                                                                                                                        | 65     |
| 4.1.2. Les limites de l'utilisation du bordereau de recueil de données                                                                                                                                                    | 65     |
| 4.1.3. Les limites de l'entretien semi-directif                                                                                                                                                                           | 65     |
| 4.2. Pourquoi améliorer le suivi santé des enfants confiés à l'ASE ?                                                                                                                                                      | 66     |
| 4.2.1. L'apport de ce travail de recherche                                                                                                                                                                                | 66     |
| 4.2.2. Des enfants potentiellement fragiles                                                                                                                                                                               | 66     |
| 4.2.2.1. Dès la vie in utero et néonatale                                                                                                                                                                                 | 66     |
| 4.2.2.2. Des problèmes physiques présents                                                                                                                                                                                 | 67     |
| 4.2.2.3. Des problèmes psychiques prégnants                                                                                                                                                                               | 67     |

|          |                                                                                                                                           |    |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2.2.4. | Davantage hospitalisés                                                                                                                    | 69 |
| 4.2.2.5. | Des problèmes de santé relevés chez les parents                                                                                           | 69 |
| 4.2.2.6. | Des données manquantes en fonction des mesures                                                                                            | 69 |
| 4.2.2.7. | Les points positifs du suivi de santé                                                                                                     | 70 |
| 4.3.     | Comment améliorer le suivi santé des enfants confiés à l'ASE ?                                                                            | 70 |
| 4.3.1.   | Un objectif commun, des moyens différents pour l'atteindre                                                                                | 70 |
| 4.3.2.   | L'identification des pathologies                                                                                                          | 71 |
| 4.3.3.   | Un suivi défini                                                                                                                           | 72 |
| 4.3.3.1. | La visite d'admission                                                                                                                     | 72 |
| 4.3.3.2. | Le suivi pluri-professionnel et la gestion des ressources<br>médicales                                                                    | 72 |
| 4.3.4.   | Le partage des informations à caractère secret                                                                                            | 74 |
| 4.3.4.1. | La transmission des informations                                                                                                          | 74 |
| 4.3.4.2. | La place du carnet de santé                                                                                                               | 74 |
| 4.3.5.   | L'harmonisation des pratiques départementales                                                                                             | 74 |
| 4.3.6.   | L'environnement de l'enfant                                                                                                               | 75 |
| 4.4.     | Liste des propositions d'amélioration pour le suivi de santé des<br>enfants de moins de six ans confiés à l'ASE de Meurthe-et-<br>Moselle | 76 |
| 5.       | Conclusion                                                                                                                                | 77 |
| 6.       | Bibliographie                                                                                                                             | 78 |
| 7.       | Annexes                                                                                                                                   | 81 |

## Introduction

Hiver 2014, en consultation en médecine générale se présente une fratrie de trois enfants : la benjamine, Lilirose, la cadette, Zoey, et l'aîné, Alexi, âgés de 4 à 11 ans (les noms ont été modifiés). Première visite médicale dans ce cabinet pour les trois enfants accompagnés de leur nouvelle éducatrice. Première visite médicale car ils ont été confiés récemment à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans le village d'enfants proche du cabinet. Le motif du placement ? Ils sont orphelins, maman disparue, papa décédé brutalement à la maison en présence des enfants. L'éducatrice m'annonce : « c'est pour un check-up ». Mais qu'est-ce qu'un « check-up » pour un enfant nouvellement placé ?

Je commence par Lilirose, celle qui m'a le plus marquée. Elle a de très beaux yeux bleus, mais le droit a une tendance à converger vers le gauche... A-t-elle déjà vu un ophtalmologiste pour ce strabisme ? Si oui, quand ? Qui ? Quel traitement a été instauré ? Difficile à savoir, le carnet de santé est perdu. Qu'en est-il des vaccinations ? De la courbe de croissance staturo-pondérale ? De son suivi médical antérieur ? Où trouver ces données ? Quels aspects de « la santé » mérite une vigilance particulière ? En plus du strabisme, que doit comporter son « check-up » ? Pour les deux autres enfants : les vaccinations de Zoey n'étaient pas à jour et Alexi développait un comportement très protecteur envers ses deux sœurs. Même en y ajoutant un examen clinique complet, ce « check-up » était – il vraiment complet, adapté ?

Tant de questions pour une consultation de quinze minutes (temps de consultation habituel dans ce cabinet), tant de critères à vérifier en si peu de temps, tant de données manquantes sur Lilirose, Zoey, Alexi et probablement pour tous les enfants confiés à l'ASE, population si méconnue, si peu étudiée, si peu présente dans notre formation .

A cette même période, j'ai eu la chance d'effectuer un stage dit « de découverte » de 10 jours à la PMI de Meurthe-et-Moselle, territoire de Nancy centre. Je découvre une approche nouvelle en matière de prévention et notamment le suivi santé « physiologique » ou « normal » des enfants de 0 à 6 ans, bref, une approche non centrée sur les pathologies aiguës...

En raison de son accessibilité au sein des nombreux centres médico-sociaux, de son temps de consultation prolongé (30 minutes de consultation médicale) mais précédé d'un temps de déshabillage avec l'infirmière puéricultrice et de jeux avec l'éducatrice de jeunes enfants en salle d'attente (ces temps s'avèreront si riches d'enseignements !), et enfin de sa gratuité, ce service départemental s'adresse à la population générale tout en touchant une population plus fragile sur le plan social et économique. Or, la petite Lilirose, à mon sens, fait bien partie de cette population fragile. Alors, aux professionnels de PMI, je pose mes questions la concernant. Je cherche à comprendre la situation globale de cette enfant en essayant de transposer pour mes prochains patients les enseignements tirés des réponses aux questions en suspens.

Qu'est-ce que la protection de l'enfance ? Qu'est-ce que l'Aide Sociale à l'Enfance ? Qu'est-ce qu'un suivi médical préventif pour un enfant de moins de 6 ans ? Quelles données concernant le suivi médical des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance ? L'ampleur du questionnement justifie d'y consacrer ma thèse.

Le thème est d'actualité. En 2006, le Professeur Sommelet rend un rapport commandé par le premier ministre intitulé « L'enfant, l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » [1]. L'objectif de ce rapport est de « proposer des orientations pour améliorer dans

notre pays la prise en charge globale de la santé de l'enfant [...] tout en clarifiant le rôle respectif et la coordination de l'ensemble des acteurs ».

En 2007, la nouvelle loi concernant la protection de l'enfance est votée. Outre la réorganisation des procédures de signalement et la diversification des modes de prise en charge des enfants concernés, son objectif comporte un axe principal : la prévention. La prévention au sens large, c'est à dire médicale, sociale, économique... A ce titre, des entretiens avec les futurs parents dès le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse sont proposés, tout comme les visites à domicile à la sortie de la maternité pour des populations déterminées ou encore la poursuite des bilans en école maternelle en moyenne section. Or, tout cela entre dans le champ de compétence de la PMI.

En 2010, l'Office National de l'Enfance en Danger (ONED) lance un appel d'offres thématique : « la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance ». Plusieurs départements y répondent, notamment les départements de Rhône-Alpes [2] et la Loire-Atlantique [3]. Les données étudiées concernaient l'évaluation de la santé physique et psychique : antécédents des enfants et de leur famille, caractéristiques de croissance staturo-pondérale, suivi spécialisé (ophtalmologiste, orthophoniste...), santé psychique (troubles du sommeil, traitements neuroleptiques, etc.). Il apparaît aussi que nombre de données sont manquantes. Car, même si le code civil la place comme un des indicateurs de décision pour l'assistance éducative, la santé semble souvent reléguée au second plan pour ces enfants aux parcours de vie chaotiques dont les difficultés de divers ordres peuvent retentir sur leur santé.

Au niveau local, en Meurthe-et-Moselle, le questionnement n'est pas récent. Dès 2001, une expérimentation est initiée dans certains territoires du département. Les pathologies somatiques, le développement psychomoteur et affectif, la communication et les conseils relatifs à la vie quotidienne sont étudiés lors de bilans de santé d'enfants placés chez des assistantes familiales. L'expérimentation fait intervenir une infirmière puéricultrice de PMI et un travailleur social de l'ASE afin de coupler les capacités des deux services départementaux. Malgré de bons résultats et retours auprès des assistances familiales, l'expérimentation s'est arrêtée en 2004 et n'a pas pu être généralisée.

En 2011, à la faveur d'un effort de recentrage des actions du service de PMI consécutif à une réduction de ses moyens (perte de quinze postes), la santé des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance réapparaît dans les chantiers prioritaires. Cette inscription sera d'abord différée en raison d'un vaste audit concernant le service de l'ASE. Néanmoins, le souci de la santé des enfants progresse et constituera un des volets du « projet pour l'enfant et sa famille », document contractuel entre la famille, le service et les partenaires impliqués.

Le questionnement sur la santé des enfants confiés est réactualisé en 2014 pour l'ASE et la PMI. La santé devient un des éléments de l'évaluation départementale de la protection de l'enfance et le service de PMI souhaite trouver des pistes concrètes d'amélioration pour le suivi santé de ces enfants.

Or le département de Meurthe-et-Moselle ne possède pas de données propres, ni sur l'état de santé, ni sur l'état du suivi de santé des enfants confiés à l'ASE de Meurthe-et-Moselle.

Ce travail de thèse se propose après un rappel historique de la protection de l'enfance, de dresser un état des lieux de la santé et du suivi de santé des enfants confiés à l'ASE de Meurthe-et-Moselle, afin d'identifier des pistes pour l'amélioration du suivi santé de ces enfants.

# 1. Contexte et historique

## 1.1. Historique [4]

La loi du 5 mars 2007 a permis de réformer en profondeur la protection de l'enfance. Pour autant, ce sujet bien que toujours d'actualité, n'est pas récent et n'a cessé d'évoluer au fil des siècles.

### 1.1.1. Les pleins pouvoirs du père

Au cours de l'Antiquité, le « pater familias » domine la protection de l'enfance. Le père a tous les pouvoirs sur ses enfants, même celui de vie et de mort (« patria potesta » de l'Antiquité romaine). Toutefois, de multiples solutions alternatives sont rapidement proposées. L'« exposition » de l'enfant dans un lieu public pour permettre son abandon est possible dès la République athénienne.

Avec le début du christianisme et la valeur donnée à la vie de tout être humain, les paroisses accueillent les enfants abandonnés dès le Vème siècle après Jésus Christ, des berceaux sont installés devant les églises au Moyen-Âge et les hôpitaux pour enfants sont créés afin de lutter contre la mortalité alarmante de ces derniers. La prise en charge de ces enfants concernait l'hébergement, les habits, la nourriture et une formation leur était donnée. Ces enfants ont aussi permis de peupler les différentes colonies du Nouveau Monde.

### 1.1.2. La protection par l'Etat

Suite à la Révolution, c'est maintenant aux départements de s'occuper des enfants abandonnés. La Convention précise que : « la Nation doit assurer l'éducation physique et morale des enfants connus sous le nom d'enfants abandonnés » (9 août 1793).

Le XIXème siècle marque un nouveau tournant, la notion d'« intérêt de l'enfant » faisant son apparition grâce à plusieurs pédagogues, dont John Dewey et Ovide Decroly. Ils réinventent la pédagogie de l'enfant en le reconnaissant en tant qu'être et non objet. Jules Ferry rend d'ailleurs l'école obligatoire à la même période. La loi du 24 juillet 1889 (dite « loi Roussel ») entend pour la première fois que l'enfant peut être protégé contre ses parents. Peu après, la peine est aggravée si l'auteur du délit est l'ascendant ou le gardien de l'enfant. Le changement est radical par rapport au pater familias ! Toutefois, l'intervention publique n'est possible qu'en cas de carence de la sphère privée.

A la fin du siècle, l'assistance médicale gratuite institue l'aide médicale gratuite.

### 1.1.3. Première partie du XXème siècle

La première partie du XXème siècle voit naître les tribunaux pour enfants. La réponse aux problèmes des enfants devient éducative, quel que soit le problème.

Dans l'après-guerre immédiat, le service d'aide sociale à l'enfance (ASE) est créé, ainsi que la protection maternelle et infantile (PMI) dans un contexte de mortalité infantile majeure. Les juges pour enfants sont aussi une nouveauté, ils interviennent, dans un premier temps, exclusivement pour les mineurs (définis comme les enfants de moins de 21 ans) délinquants,

puis leur mission est élargie au cours des années 1960 aux mineurs en danger. L'ONU proclame la déclaration internationale des droits de l'enfant, organisée en 10 principes, dont l'intérêt de l'enfant, le lien avec sa famille, sa protection ainsi que son suivi médico-socio-économique (assuré préférentiellement par sa famille) et le droit à l'éducation (annexe 1).

La société change radicalement dans les années 1970. A la sortie des trente glorieuses, l'économie est en baisse, les préoccupations sécuritaires se font plus importantes, même à l'égard des jeunes. De plus la famille évolue, la conjugalité ne rime plus toujours avec la parentalité, or, la protection de l'enfance puise ses fondements dans la famille.

#### 1.1.4. La place de la famille dans la protection de l'enfance

Les années 1980 sont marquées par le rapport Bianco-Lamy intitulé « L'aide sociale à l'enfance demain » et par les lois de décentralisation. Le rapport propose notamment de donner :

- plus de place à la famille, l'aider et n'envisager la séparation qu'en cas d'échec des premières mesures,
- plus de place à l'enfant « selon son âge et sa maturité, il participe aux choix qui le concernent ».

Suite à cela, la loi relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance est votée (Loi n° 84-422 du 6 juin 1984). Elle résume la place de l'enfant et de sa famille dans la protection de l'enfance en 5 mots : informer, associer, consulter, accompagner et garantir (l'effectivité de leurs droits notamment). On retrouve ainsi une politique familiale volontariste avec un accompagnement de l'évolution de la conjugalité, un soutien à la parentalité et aux familles qui en ont besoin.

Avec les lois de décentralisation, dont la loi Defferre du 22 juillet 1983 (relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat), le service d'aide sociale à l'enfance est transféré au président du conseil général. Ce service est destiné à organiser une aide aux enfants et à leurs familles en cas de graves difficultés sociales ou présentant des risques d'inadaptation sociale. Ainsi, les rôles de l'aide sociale à l'enfance sont, à l'échelon départemental, la prévention, la protection et la lutte contre la maltraitance.

La décennie s'achève sur la loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance (L. N°89-487 du 10 juillet 1989) et la loi relative à la protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfance (L 89-899 du 18 décembre 1989). La première, relative à la prévention des mauvais traitements, permet, comme son nom l'indique, une meilleure prévention avec la création du numéro de téléphone unique, national et gratuit (connu aujourd'hui comme étant le 119), avec une gestion des signalements par un service du département. Le président du conseil général en est le responsable ; de plus, les professionnels de la protection se doivent maintenant d'être formés à la maltraitance. Avec la deuxième loi, relative à la protection et promotion de la santé, la PMI contribue à la protection de l'enfance avec une mission de prévention des mauvais traitements. Les services de PMI et d'ASE sont expressément appelés à collaborer.

#### 1.1.5. Les droits de l'enfant

La fin du XXème siècle est marquée par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 août 1990.

Voici quelques point-clés :

- l'enfant est considéré comme individu de moins de 18 ans (sauf émancipation selon les différentes législations nationales),
- l'Etat de résidence de l'enfant s'engage à le protéger sans discrimination,
- l'enfant a droit à un nom, une nationalité, à l'accès à l'éducation, aux soins médicaux, à vivre avec ses parents (ou à les voir le cas échéant),
- les parents se doivent d'élever leur enfant, l'Etat doit leur venir en aide en cas de besoin.

La mesure phare est que tous les actes effectués pour l'enfant doivent être dans son intérêt. La CIDE est rapidement devenue une référence dans le droit français. 1990 est aussi l'année où l'autorité parentale est partagée entre le père et la mère et ce, même si le couple n'est pas marié.

#### 1.1.6. La création du Défenseur des enfants

La loi du 6 mars 2000 crée le Défenseur des enfants, autorité indépendante chargée « de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant consacrés par la loi ou par un engagement international ». Ce Défenseur remet un rapport annuel au président de la République et au Premier ministre chaque 20 novembre, Journée nationale des droits de l'enfant. En 2011, il est devenu le Défenseur des Droits (des personnes discriminées, des personnes ayant un problème avec les forces de sécurité publiques ou privées, des personnes ayant des difficultés relationnelles avec les services publics et les enfants dont les droits ne sont pas respectés).

#### 1.1.7. Préparation de la réforme de la loi de protection de l'enfance

Au début des années 2000, plusieurs rapports concernant la protection de l'enfance sont remis au gouvernement, notamment le rapport de la mission famille et droits de l'enfant de l'Assemblée Nationale, les rapports sénatoriaux « de Brossia » (visant à améliorer la prise en charge des mineurs protégés), « Nogrix » (visant l'amélioration de la procédure de signalement de l'enfance en danger) et de l'ONED (Office National de l'Enfance en Danger). Leurs propositions sont regroupées autour :

- de la coordination : avec le rôle central du conseil général et le principe de subsidiarité du juge des enfants, une entrée unique dans la protection de l'enfance via la création d'une cellule du signalement et l'élaboration d'un schéma départemental de protection de l'enfance,
- du partage des informations entre les professionnels (avec ou non la notion de danger),
- des modalités de prise en charge : avec la diversification des dispositifs, notamment intermédiaires entre le domicile et le placement (accueil de jour),
- de la formation des professionnels : notamment des travailleurs sociaux, des juges des enfants, mais aussi de tous les professionnels concernés par la protection de l'enfance,
- de l'évaluation : notamment des pratiques, annuelles, selon des référentiels définis.

Malgré ces rapports et les propositions concordantes qui en découlent, la protection de l'enfance n'est pas modifiée. C'est pourquoi un ensemble de professionnels de la protection de l'enfance s'organise autour de l'« appel des 100 » pour une réforme en profondeur, Monsieur Michel Dinet, président du conseil général de Meurthe-et-Moselle à cette époque en est un éminent signataire. Cet appel est entendu par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille en place, Philippe Bas. Cela aboutira à la loi du 5 mars 2007.

## 1.2. La législation

### 1.2.1. Les différents codes de la protection de l'enfance

#### 1.2.1.1. Le code de l'action sociale et des familles

Il précise l'organisation de la protection de l'enfance avec :

- les champs de compétences des acteurs
- les procédures d'admission à l'aide sociale à l'enfance
- les aides et dispositions pour les droits des familles et des enfants
- et rappelle le rôle primordial des aides publiques, des départements et le principe de subsidiarité de l'autorité judiciaire dans la protection de l'enfance.

Il définit :

- la protection de l'enfance (cf infra)
- le public concerné : mineurs, mineurs émancipés et majeurs de moins de 21 ans.

Il s'oriente vers la prévention avec :

- la PMI
- l'aide sociale à l'enfance

#### 1.2.1.2. Le code civil

L'enfant en tant que sujet possède un statut juridique à part dès qu'il a une personnalité juridique. C'est le code civil qui détermine cette personnalité :

- acquise dès lors que l'enfant naît vivant et viable (selon la définition OMS : naissance à plus de 22 semaines d'aménorrhée ou poids de naissance > 500 grammes),
- ce qui impose : un nom, un prénom, un domicile, une nationalité et la protection de son intégrité (image, vie privée et intégrité physique protégées),

Le statut juridique de l'enfant concerne :

- la minorité : individu de moins de 18 ans révolus
- l'incapacité d'exercice : représentation dans les actes de la vie civile, les représentants légaux de l'enfant agissent en son nom afin de le protéger
- l'émancipation : par mariage (rare) ou judiciaire (autonomisation précoce dans certains domaines telle la gestion de son patrimoine)
- l'autonomie de l'enfant : l'audition d'un enfant dès lors qu'il a les capacités de discernement suffisantes, le droit de refus d'audition par le mineur reste possible. Il peut saisir le juge des enfants sans aucune autorisation mais pour certains actes tels le mariage, l'autorisation des parents est indispensable. En matière patrimoniale, il peut par exemple faire un testament à partir de l'âge de 16 ans.

Le code civil codifie les liens entre l'enfant et sa famille (avec notamment le principe de base : les parents sont les protecteurs naturels de l'enfant et en cas de défaillance familiale, une protection de l'enfant doit être organisée) :

- la filiation
- l'autorité parentale : confiée à égalité entre le père et la mère ; c'est la coparentalité. Il s'agit d'un droit et d'un devoir des parents de soins et d'éducation en vue du développement de leur enfant qui peut leur être retiré en cas de graves manquements
- les obligations alimentaires : alimentation, soins et éducation de l'enfant

- la responsabilité civile : au pénal, l'enfant se défend lui-même, il est aidé par un avocat ; au civil, le plus souvent, l'action est menée contre les représentants légaux de l'enfant.

#### 1.2.1.3. Le code pénal

Les infractions sont classées en deux types : elles permettent de pénaliser des faits dans le but de protéger le mineur ou d'aggraver les faits dans la mesure où ils concernent un mineur.

Concernant la protection de l'enfant, sont pénalisées :

- la mise en péril du mineur : l'abandon, le délaissement, la privation de soins ou d'aliments, l'atteinte à la sécurité, à la santé ou à l'éducation incluant ainsi les violences psychologiques (tels le rejet, le dénigrement, etc.), la non scolarisation
- les violences physiques : avec aggravation de la sanction si l'auteur de l'infraction est un ascendant ou ayant autorité sur le mineur
- les violences sexuelles.

Concernant l'enfant dans sa famille :

- les atteintes à l'exercice de l'autorité parentale : soustraction ou non-représentation de l'enfant (empêcher le droit de visite d'un parent par exemple), le changement de résidence de l'enfant (sans prévenir l'autre parent, entraînant par conséquent une impossibilité pour ce dernier d'exercer son droit de visite), l'abandon de famille (absence de versement de pension alimentaire).
- les atteintes à l'état civil du mineur : forcer l'abandon ou l'adoption par exemple.

#### 1.2.2. La loi du 5 mars 2007 [5]

Ce texte définit pour la première fois la protection de l'enfance : article L112-3 du CASF : «La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge ». Le mot "maltraitance" disparaît ainsi, au profit d'un élargissement considérable du champ de la protection de l'enfance.

Le texte s'articule donc autour de 3 axes : mieux prévenir, mieux signaler et diversifier les prises en charge. Il priorise l'intérêt de l'enfant et les relations avec les familles.

##### 1.2.2.1. Mieux prévenir

La prévention est destinée aux enfants et aux parents ayant des difficultés dans l'éducation de leur enfant. Elle est menée par une pluralité d'acteurs qui doivent travailler ensemble tels que la PMI, la médecine scolaire, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les médecins et de façon générale, tout professionnel en lien avec l'enfance et sa protection.

Elle s'organise autour des moments-clés du développement de l'enfant ou de fragilité potentielle des parents :

- prévention périnatale :
  - l'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse est proposé dans le but d'avoir une prévention globale (médico-socio-psycho-économique) et précoce.
  - les interventions d'accompagnement sont organisées si nécessaire (à domicile, en centre maternel dès le 7<sup>e</sup> mois de grossesse...).
  - à la naissance, la PMI intervient dès la maternité en liaison avec les équipes hospitalières afin de faciliter un relais pour le retour à domicile.
  - au retour de la maternité, le but est de favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfant, ainsi la PMI peut intervenir à domicile, assurer les actions médico-éducatives et faire le lien avec d'éventuels travailleurs sociaux ; toujours en lien avec le médecin traitant ou un service hospitalier si nécessaire.
- renforcement du suivi avec, entre autres :
  - le bilan en école maternelle pour les enfants de 3-4 ans est organisé afin de dépister les troubles physiques, psychiques, sensoriels et des apprentissages.
  - A 6 ans, la PMI passe le relais à la médecine scolaire (bilans à 6, 9, 12, 15 ans...).

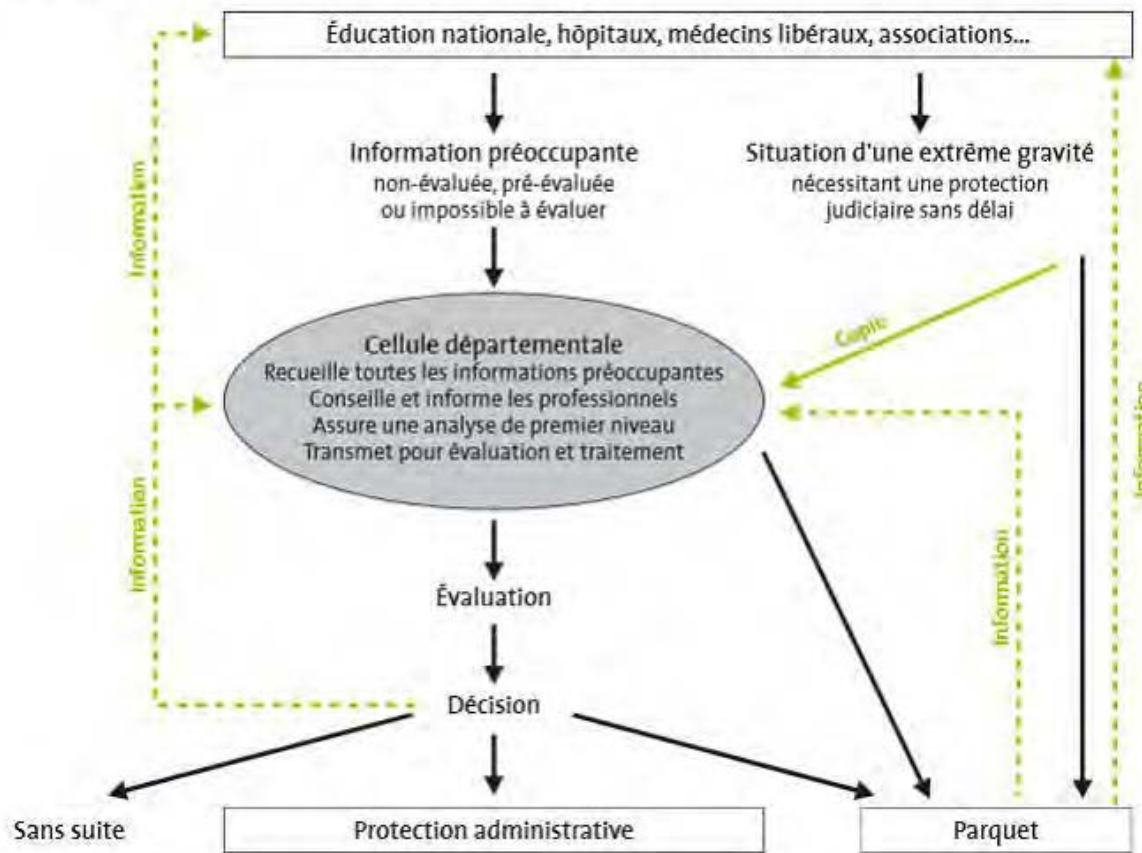
#### 1.2.2.2. Mieux signaler

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation : (art 12 - art L 226-3 CASF)

Dans chaque département, une cellule doit être créée pour le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes concernant l'enfant en danger ou en risque de l'être.

Le schéma de fonctionnement est le suivant : [6]

### ***Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être***



#### La coordination des acteurs : (art 12 – art L 226-4 CASF)

La responsabilité de la cellule est donnée au président du conseil général. Ce dernier devient le chef de file de la protection de l'enfance. Dès lors, le principe de subsidiarité de l'autorité judiciaire est prononcé sauf dans 3 situations où le président doit la saisir :

- actions menées avec la famille insuffisantes pour remédier à la situation
- refus de coopération ou incapacité d'acceptation de l'intervention du service d'Aide Sociale à l'Enfance par la famille
- impossibilité d'évaluer la situation.

#### Le partage des informations : (article 15 - article L. 226-2-2 du CASF)

Jusqu'alors, le partage de l'information n'était possible légalement qu'entre les professionnels soumis au secret professionnel et travaillant pour la protection de l'enfance.

Avec la loi de 2007, le partage de l'information est étendu aux professionnels traitant l'information préoccupante et uniquement pour les informations concernant la protection de l'enfance.

L'intérêt d'une telle démarche est la prise en charge pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et des modalités de protection qui en découlent.

La personne exerçant l'autorité parentale doit être informée du partage d'informations sauf dans l'intérêt contraire de l'enfant.

#### L'observatoire départemental : (article 16 - article L. 226-3 du CASF)

Il devait être créé afin de regrouper tous les intervenants de la protection de l'enfance (conseil général, autorité judiciaire, Etat, établissements et associations) afin de traiter l'enfance en danger. Les données devaient être transmises à l'ONED. (Actuellement, cela n'a pas pu être mis en place en Meurthe-et-Moselle).

#### La formation des professionnels

Elle vise la formation initiale et continue de toute personne pouvant être au contact de l'enfance en danger, selon une réglementation nationale.

#### 1.2.2.3. Diversifier les prises en charge

Des solutions intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement sont créées : l'accueil de jour, l'accueil périodique, l'accueil spécialisé ou d'urgence.

L'accompagnement en économie sociale et familiale ainsi que la mesure d'aide judiciaire à la gestion du budget familial sont créées afin d'aider les familles.

Ces solutions seront développées de façon détaillée dans le chapitre «Aide Sociale à l'Enfance».

#### 1.2.2.4. L'intérêt supérieur de l'enfant

Conformément à la CIDE, le CASF rappelle que « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins et le respect de ses droits doivent guider toute décision le concernant. » (Article L.112-4 du CASF).

Ainsi, le parcours de vie de l'enfant est pris en compte dans sa globalité : intérêts d'une mesure de protection, établissement d'un projet pour l'enfant, réévaluation et bilan annuels, notamment du développement personnel, familial et social de l'enfant.

#### 1.2.2.5. Redéfinition de la place de la famille

Le travail avec les parents devient incontournable, ils doivent être prévenus en cas de signalement et de prise en charge (sauf intérêt contraire de l'enfant) (article 18 - article L. 223-5 du CASF) et associé à la rédaction du « projet pour l'enfant ».

Ils ont aussi droit à des visites, quelquefois médiatisées par un tiers (éducateur le plus souvent) en cas de placement de leur enfant. (Article 22 - article 375-7 du code civil).

#### 1.2.2.6. En résumé

Cette réforme très attendue se place sous le signe de la prévention, de l'intérêt de l'enfant et réaffirme la place de la famille. Le terme de signalement est remplacé par celui d'information préoccupante (IP) (avec notion de danger et risque de danger). Les IP sont centralisées et gérées par une cellule départementale. Ainsi, le président du conseil général devient le chef de file de la protection de l'enfance et l'autorité judiciaire devient subsidiaire.

#### 1.2.2.7. Et après ?

En 2013-2014, les sénatrices Mesdames Meunier et Dini, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, rédigent un rapport d'information sur le bilan de la loi instaurée 6 ans plus tôt, en 2007. [7]

Les conclusions de ce rapport sont les suivantes :

- “la loi [du 5 mars 2007] est aujourd’hui bien acceptée et globalement bien appliquée sur l’ensemble du territoire national”
- “dans un contexte où les contraintes budgétaires sont fortes, la mission n’a pas constaté que les départements se désengageaient de la politique de protection de l’enfance”

Toutefois, certains points restent à améliorer. En effet, sont notés :

- une disparité territoriale suite à l’intervention de multiples acteurs, au recours du projet pour l’enfant inégal, à la multiplicité des modes de recueil et d’évaluation des informations préoccupantes
- Un retard de déploiement des Offices départementaux de la protection de l’enfance (ODPE)
- une absence de pilotage national
- une insuffisance de formation des professionnels concernés par la protection de l’enfance (éducateurs, médecins) avec un manque de formation initiale et continue
- un manque de coopération entre les secteurs d’intervention
- un retard de développement de la prévention, en raison d’un manque criant de moyens (notamment pour la PMI) et une absence de définition de ce que doit être l’accompagnement de la parentalité entraînant des représentations diverses selon les intervenants et donc une absence de but commun défini
- un repérage du danger non optimisé, notamment dans le secteur médical
- une prise en charge pédopsychiatrique insuffisante suite à des ruptures de soins dans un parcours chaotique (changements de mesures, de structures des enfants, etc.) et à l’absence de solution à long terme pour les placements prolongés ou définitifs...
- une prévalence « à tout prix » du lien familial biologique ne plaçant pas toujours l’intérêt de l’enfant au premier plan, mais parfois, celui des parents.

A l’été 2014, les deux sénatrices proposent une série de 40 propositions [7] dont les points principaux sont :

- la transformation de l’Observatoire national de l’enfance en danger en Observatoire national de la protection de l’enfance
- la désignation d’un médecin de protection maternelle et infantile (PMI) comme référent pour la protection de l’enfance, chargé de coordonner l’action notamment avec les services de santé et de faciliter la transmission d’informations (services départementaux, médecins départementaux etc.)
- une nouvelle mission pour l’ASE : veiller à la stabilité du parcours de l’enfant sur le long terme
- afin de sécuriser le parcours de l’enfant placé, les recommandations concernent :
  - L’intérêt d’un projet pour l’enfant (PPE), encore insuffisamment réalisé sur le territoire, alors qu’il est destiné à garantir son « développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social » (pour rappel, le PPE ne concerne pas uniquement les enfants placés mais tous les enfants de l’ASE)
  - La rédaction d’un rapport annuel (voire semestriel pour les moins de 2 ans) par l’ASE portant sur « la santé physique et psychique de l’enfant, son développement, sa scolarité et ses relations avec sa famille et les tiers intervenants dans sa vie »
  - La permission de pratiquer, sans formalité préalable, des actes usuels de l’autorité parentale, listés dans le PPE
  - L’information au juge en cas de modification du lieu de placement après 2 ans dans le même lieu

- La création d'une durée maximale de placement afin de favoriser « la continuité relationnelle, affective, éducative et géographique » dans un lieu adapté à l'enfant
- ainsi qu'une adaptation du statut de l'enfant placé sur le long terme (retrait d'autorité parentale par le juge pénal en cas de crime ou délit de la personne sur l'enfant, des mesures d'accompagnement d'un enfant né sous le secret, etc.)

La proposition de loi pour renforcer la protection de l'enfance est adoptée par le Sénat le 13 octobre 2015, les points principaux sont :

- la suppression de l'article concernant le Conseil national de protection de l'enfance
- l'élargissement à l'ensemble des professionnels de santé (et non aux médecins exclusivement) la fonction de « référent » dans chaque département (en raison de démographie médicale inégale entre les territoires et la difficulté pour certains de recruter un médecin).
- le projet pour l'enfant est redéfini dans le code de l'action sociale et des familles afin d'en faire un réel outil au service de l'intérêt de l'enfant : « L'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document ». Toutefois, le Sénat supprime l'examen annuel du projet pour l'enfant par une commission pluridisciplinaire en invoquant le risque d' « asphyxie des services » par surcharge de travail et ralentissement des procédures du conseil départemental.
- l'assistant familial peut pratiquer de sa propre initiative des actes quotidiens libellés dans le projet pour l'enfant.

### 1.3. Les acteurs départementaux de la protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle

#### 1.3.1. L'aide sociale à l'enfance [8]

##### 1.3.1.1. Les missions (article L221-1 du CASF)

Le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes :

1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;

2° Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment celles visées au 2° de l'article L. 121-2 ;

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;

5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;

6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur.

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

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

#### 1.3.1.2. Le cadre légal

Concernant la protection administrative, le décret du 7 janvier 1959 en définit les termes via la création de l'action sociale préventive. L'enfant peut être surveillé dans son milieu familial ou être hébergé temporairement si besoin (internat par exemple). L'accord parental est indispensable à la mise en place de cette mesure. Avec l'introduction de la notion de risque de danger, les actions de prévention prennent tout leur sens.

Concernant la protection judiciaire, l'ordonnance du 23 décembre 1958 instaure l'assistance éducative en milieu ouvert. C'est le juge des enfants qui en a la responsabilité. Ainsi, le magistrat, qui s'occupait uniquement des procédures au pénal, voit son activité élargie au civil. L'enfant délinquant ou en danger peut donc être bénéficiaire de mesures d'éducation et de protection. L'accord des parents n'est pas requis.

Concernant le droit des familles dans leur relation avec les services chargés de l'ASE, la loi du 6 juin 1984 présente le droit d'être informé, accompagné, associé aux décisions administratives, consulté sur l'application des décisions judiciaires et de réviser sa situation (tous les ans).

L'aide sociale à l'enfance est décentralisée avec la loi du 6 janvier 1986.

La loi du 10 juillet 1989 (relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance) organise le dispositif de signalement et de prévention des mauvais traitements : responsabilité confiée au président du conseil général, création obligatoire d'un dispositif départemental de recueil des signalements, mise en place de formation des travailleurs sociaux à la maltraitance, mise en place du numéro d'appel national 119.

La loi du 5 mars 2007 renforce la protection administrative, nomme le président du conseil général en tant que chef de file de la protection de l'enfance, renforce la place de l'enfant dans le dispositif et crée la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes.

#### 1.3.1.3. Les mesures d'accompagnement en protection administrative

##### - La protection administrative

Toutes les mesures et aides de l'ASE sont proposées aux parents et à l'enfant, puis mises en œuvre avec leur accord, sur décision du président du conseil général du département où est faite la demande.

C'est la première ligne de protection de l'enfance, la protection judiciaire est subsidiaire.

##### - Aide à domicile

###### ○ Aide financière enfance-famille – AFEF

Elle est attribuée sur demande (ou avec accord) d'un parent (ou de la personne responsable de l'enfant), en fonction d'indicateurs budgétaires qui s'appuient sur un projet, si la santé, la sécurité, l'entretien ou l'éducation de l'enfant l'exige.

###### ○ Technicienne de l'intervention sociale et familiale à titre éducatif – TISFE

C'est une mesure d'accompagnement et de gestion de la vie quotidienne (tâches ménagères, accompagnement concernant le budget, soutien à la fonction parentale, etc.). Le travailleur social propose un service de proximité.

Elle est mise en place pour 1 an, avec possibilité de renouvellement si nécessaire.

###### ○ Accompagnement en économie sociale et familiale – AESF

Mesure visant à restaurer l'autonomie dans la gestion budgétaire, dans l'intérêt de l'enfant, pour une meilleure prise en compte de ses besoins. Elle est valable pour une fratrie.

###### ○ Aide éducative à domicile – AED

Mesure dont la demande doit être effectuée par la famille, en cas de difficultés éducatives suite à un événement particulier ou si l'action des travailleurs sociaux de proximité n'est plus suffisante. Après un travail préparatoire par un travailleur social et la famille (raison de la demande, vécu antérieur, etc.), les objectifs de la mesure sont fixés ensemble tout en s'appuyant sur les ressources de la famille (exemple : réorganisation de la hiérarchie familiale avec reprise du rôle parental par les parents).

###### ○ Relais éducatif parents-enfants petite enfance – REPE petite enfance (mesure meurthe-et- mosellane)

Il s'agit d'un suivi intensif à domicile pendant 1 an, par une équipe pluridisciplinaire (infirmier, travailleurs sociaux, techniciens de l'intervention sociale et familiale, psychologue...) pour une famille rencontrant des difficultés éducatives, relationnelles, sociales et psychologiques, avec un enfant de moins de 7 ans. Elle peut être instaurée en complément d'une autre mesure. Il existe des possibilités d'accueil à la journée ou en hébergement ponctuel chez une assistante familiale afin d'offrir une alternative à la séparation.

Les objectifs de ce suivi sont de travailler en lien avec la famille afin, entre autres, de favoriser le développement de l'enfant, d'aider à restaurer les liens parents-enfant et de développer les compétences parentales.

Le suivi consiste en une évaluation pendant 1 à 2 mois ; puis un projet est décidé avec la famille, la situation est réévaluée tous les 4 mois et un bilan intermédiaire est réalisé à 9 mois.

- Accueil de jour

Cette mesure permet un accueil éducatif intense et régulier de l'enfant tout en se posant en soutien à la parentalité afin de maintenir les liens sociaux et familiaux. L'équipe est pluridisciplinaire.

- Accueil provisoire

C'est une séparation momentanée entre l'enfant et ses parents à leur demande ou avec leur accord, avec possibilité de l'organiser en urgence. L'accueil peut être à temps complet, partiel ou modulable (jour/nuit).

La demande est faite suite à des difficultés conjoncturelles (la demande émane des parents, suite à un accouchement, une maladie, etc..) ou structurelles (environnement de l'enfant incompatible avec l'évolution des capacités, compétences et aptitudes de ce dernier et de ses parents).

- Accueil et accompagnement des mères et de leurs enfants de moins de 3 ans

Cette mesure s'adresse à une mère ou future mère majeure ou mineure, en protection administrative ou judiciaire, en centre maternel. L'objectif est de préserver le lien mère – enfant.

- Accueil d'urgence en protection administrative

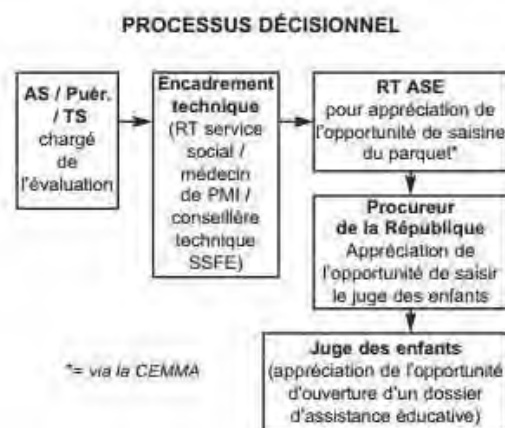
- Si le représentant légal ne peut pas donner son accord, l'accueil provisoire est organisé par le service qui en avise immédiatement le procureur de la République. Si le représentant légal ne veut pas donner son accord, le service saisit l'autorité judiciaire. La situation est réévaluée dans les 5 jours suivants.
- En cas de suspicion de danger ou danger avéré sur mineur ayant abandonné son domicile, l'accueil provisoire est valable 72 heures après que les parents aient été informés. Au-delà, soit le mineur rentre au domicile, soit une procédure d'admission à l'ASE est organisée, soit l'autorité judiciaire est saisie en l'absence d'accord parental.

#### 1.3.1.4. Les mesures d'accompagnement en protection judiciaire

- La protection judiciaire

Elle est mise en œuvre sous l'autorité du procureur de la République et du juge des enfants.

Le processus décisionnel est le suivant : [8]



AS : assistante sociale, Puér : puéricultrice, TS : travailleur social / RT : responsable territorial, SSFE : service social en faveur des élèves.

L'absence de mobilisation parentale est un critère supplémentaire.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans 3 situations le président du conseil général doit saisir le procureur de la République sans délai :

- le mineur est en danger et les mesures de protection administrative n'ont pas suffi
- le mineur est en danger et les mesures de protection administrative n'ont pas pu être instaurées suite à un refus ou une impossibilité d'obtention d'accord parental d'intervention de l'ASE
- le mineur est présumé en danger et il est impossible d'évaluer la situation.

Si le parquet reconnaît le danger, le juge des enfants est saisi. En cas d'urgence et d'impossibilité du juge, le procureur peut ordonner le placement de l'enfant et le juge doit réévaluer la situation dans les 8 jours suivants.

- Assistance éducative : ordonnée par le juge des enfants
  - Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial :  
Composante judiciaire de la mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale (cf protection administrative).
  - Assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) :  
Elle se fait à domicile. Les objectifs sont : faire cesser le danger, apporter aide et soutien à la famille (pour surmonter les difficultés matérielles ou morales), permettre un suivi de l'évolution du mineur. Ainsi, l'ensemble de la situation familiale et de l'environnement est suivi par une équipe pluridisciplinaire afin de favoriser le maintien du mineur dans sa famille.
  - Relais éducatif parents – enfant :  
Composante judiciaire du REPE (cf protection administrative). Le suivi se fait principalement à domicile mais l'accueil ponctuel est possible.
  - Accueil de jour :  
L'enfant est confié à l'ASE ou directement au service d'accueil de jour.
  - Le placement :  
La séparation n'est envisagée qu'en cas de danger intense, en l'absence de collaboration des parents et quand les solutions alternatives telles les mesures d'aide à domicile ou d'accueil de jour ne sont plus ou pas une alternative.  
Le placement peut se faire chez l'autre parent, chez un membre de la famille ou un tiers digne de confiance ou alors, le placement est dit direct : placement à un service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé. Une AEMO peut être associée, sur décision du juge.  
Les principaux principes des processus d'accompagnement du placement sont :
    - L'accueil physique des enfants tout en garantissant au maximum une place aux parents
    - Plusieurs temps de synthèse de la situation : à l'admission, 2 mois avant l'échéance
    - Des écrits : au moins un rapport annuel sur la situation, adressé au juge des enfants, consultable par les parents, les représentants légaux et l'enfant accompagné de ces derniers
    - Un projet pour l'enfant et sa famille : élaboré en collaboration avec ces derniers dans les 2 mois suivants l'admission à l'ASE.

### 1.3.2. La cellule pour la prise en charge de l'enfance en Meurthe-et-Moselle

#### 1.3.2.1. Généralités

Comme nous l'avons vu précédemment, suite à la loi du 5 mars 2007, le président du conseil général devient le chef de file de la protection de l'enfance et se voit chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes relatives au mineur en danger ou à risque de l'être. Il a donc pour missions le repérage et la prise en compte de ces situations.

Une information préoccupante (IP) est une information concernant un mineur en danger ou à risque de l'être au sens de l'article 375 du code civil : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises »

Le signalement est une IP, évaluée ou non, transmise par le responsable territorial ASE (RT ASE) à l'autorité judiciaire.

#### 1.3.2.2. Organisation

Elle est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. En dehors de ces horaires, le recueil des IP est assuré par un numéro national : 119.

#### 1.3.2.3. Fonctionnement

- recueil des IP : de tout le département, par téléphone, entretien, courrier.
- analyse de premier niveau : les objectifs sont de déterminer si l'IP correspond réellement à une situation de danger ou de risque, de rechercher des informations complémentaires concernant la situation (via les dossiers ASE, services sociaux, etc.) et de déterminer le degré de préoccupation afin d'enclencher le traitement adéquat. Elle est réalisée par l'équipe de la CEMMA au niveau central puis par des professionnels des services sociaux dans les territoires du département et avec le service de PMI si l'enfant a moins de six ans.
- traitement de l'IP : un rapport d'évaluation est transmis à la CEMMA et la mise en place d'une décision de protection peut être soumise au responsable de l'ASE. Celle-ci peut être de nature administrative ou judiciaire la CEMMA suit le traitement de la situation tout au long des procédures.
- conclusions : selon la gravité de la situation, il y a soit une absence d'intervention soit l'aide mise en place peut aller d'un simple accompagnement par les services sociaux, à une mesure de protection « administrative » et donc accepté par la famille ou une protection de l'enfant qui lui sera imposée par l'autorité judiciaire.

### 1.3.3. Le dispositif de protection maternelle et infantile

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, et au regard d'un taux de mortalité infantile alarmant (110 décès pour 1000 naissances en 1945, contre 63 pour 1000 en 1939), l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la protection maternelle et infantile institue une protection de la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

Ainsi, est instaurée une surveillance médicale régulière, obligatoire et gratuite et qui comporte des examens médicaux préventifs à des moments clés et dont la fréquence et le

rythme évoluera dans le temps. Aujourd'hui cette surveillance comporte toujours un nombre important d'examen : 7 examens prénataux, un examen post natal, 20 examens au cours des six premières années de l'enfant. Certains de ces examens donnent lieu à l'établissement de certificats de santé à des âges clés qui d'ailleurs sont souvent à tort considérés comme les seuls à être obligatoires. Le carnet de santé de la grossesse et le carnet de santé de l'enfant servent à consigner le suivi de ces étapes du parcours de soins préventifs et permettent que ces examens soient effectués aussi bien en libéral qu'en consultation de PMI.

Cette ordonnance a créé les services départementaux de PMI qui doivent proposer des consultations de contraception, des consultations prénatales et infantiles, ainsi qu'un suivi à domicile en pré et post natal par des infirmières puéricultrices et des sages-femmes. Des normes fixent un niveau minimum d'équipement en fonction de la densité de la population.

Ces dispositions sont financées par l'Etat, les organismes d'assurance maladie et les collectivités locales dont dépendent les services de PMI depuis les Lois de décentralisation de 1983. Cette modalité traduit le caractère d'universalité qui leur est donné en s'adressant de manière systématique à toute la population des futurs parents, parents et enfants de moins de six ans.

Plus spécifiquement les missions des services départementaux de PMI sont définies par l'article L 2112-2 du CSP :

« Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse [...] ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations [...] ;

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints [...] ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue. »

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°)

de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Cette multiplicité des actions du service de PMI le positionne comme élément clé dans la collaboration et la coordination pluri professionnelle pour la petite enfance dans ces différents lieux de vie : les médecins, infirmières puéricultrices et sages-femmes du service de PMI exercent en collaboration étroite avec les différents professionnels de santé libéraux ou hospitaliers (généraliste, pédiatre, pédopsychiatre, gynécologue-obstétricien, professions paramédicales ...) ou attachés à un établissement tels notamment les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce), CMP (centres médico-psychologiques) et CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) et en lien étroit avec les professionnels des services de la protection de l'enfance proprement dite : cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), établissements d'accueil des mères et des enfants regroupés en un réseau éducatif de Meurthe-et-Moselle (REMM)

Le dispositif de PMI a certes une vocation universelle mais il permet de mettre en œuvre un concept récemment mis en avant par l'IGAS (Inspection générale de l'action sociale) dans son étude relative aux « inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action » de mai 2011 [9]. Ce rapport définit la notion « d'universalisme proportionné » comme « des actions qui doivent être universelles mais avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage ». S'adresser à tous permet de contourner les problèmes soulevés par une sélection a priori de certaines populations qui de fait s'en trouveraient stigmatisées et permet de s'adresser de manière plus attentive individuellement à ceux qui le requièrent, de manière plus intense là où les conditions de vie sont les plus difficiles.

Le suivi santé tel qu'il est détaillé dans le point suivant admet la mise en application de ce principe par tous les acteurs.

#### 1.4. Le suivi de santé des futures mères et des enfants de 0 à 6 ans

Le suivi d'un enfant permet de surveiller son développement, d'effectuer des dépistages, d'effectuer une prévention primaire et secondaire. Un suivi rapproché et à des étapes clés du développement permet de détecter précocement des troubles qui peuvent être dommageables à l'enfant s'ils sont pris trop tard et donc d'anticiper les prises en charges adéquates.

##### 1.4.1. Définitions

La santé est défini comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." [10]

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un

concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ». [11]

Cette définition est particulièrement adaptée à la santé de l'enfant dont l'ambition pourrait se définir comme la possibilité de réaliser au mieux tout le potentiel développemental dont il est doté en prenant appui sur son environnement familial et social.

#### 1.4.2. Les consultations [12]

- 7 consultations prénatales, 1 entretien au 4<sup>e</sup> mois de grossesse, 1 consultation post natale :

Les consultations prénatales ont notamment pour but de surveiller le bon déroulement de la grossesse et du développement du fœtus, prévenir d'éventuelles maladies ou comportements fœto-toxiques (alimentation, tabac, alcool), dépister d'éventuelles complications obstétricales (diabète, hypertension etc.), préparer à la naissance et à la parentalité.

C'est dans ce cadre que peut se dérouler l'entretien recommandé du 4<sup>e</sup> mois: il est accessible à la future maman accompagnée ou non du futur papa. Il permet d'expliquer le suivi de la grossesse et les différents intervenants qui y contribuent, d'anticiper toute difficulté au cours de la grossesse de type somatique, psychologique ou sociale...

La consultation post natale permet entre autre de vérifier la bonne santé de la mère sur le plan somatique et psychique et d'évaluer le lien mère-enfant.

- Les 20 consultations de l'enfant pendant ses 6 premières années :

La première année, l'enfant bénéficie de 9 consultations (8<sup>e</sup> jour, 1 par mois pendant 6 mois, puis tous les 3 mois). Puis 2 fois par an. Ces examens permettent notamment de réaliser un bilan sur le plan physique, du développement psychomoteur et staturo-pondéral, le respect du calendrier vaccinal, de dépister des anomalies sensorielles (vue, ouïe).

- Le bilan en école maternelle par la PMI à l'âge de 4 ans :

Il permet, outre l'examen physique, de repérer des troubles de la vision, de l'audition, du langage, du développement psycho moteur et de l'état bucco-dentaire.

- Le bilan de santé entre 5 et 6 ans par la médecine scolaire :

L'examen somatique permet notamment le dépistage de l'obésité, la recherche d'anomalie visuelle, auditive ou du langage, du développement psychomoteur. Le bilan permet aussi de vérifier la couverture vaccinale et les conditions de vie de l'enfant.

#### 1.4.3. Trois certificats de santé transmis à la PMI

Ils ont lieu à 8 jours de vie (CS8), à l'âge de 9 mois (CS9) et 24 mois (CS24) et sont obligatoires depuis la loi du 15 juillet 1970. Les dates correspondent à des moments-clés :

- CS 8 : informations sur la grossesse et l'accouchement, les anomalies congénitales et les pathologies de la première semaine (oxygénothérapie, intubation, antibiothérapie...)
- CS 9 : recherche du risque de saturnisme et d'éléments précoces en faveur d'un trouble envahissant du développement (babillage, pointage, interaction avec les parents...), bilan des vaccinations, pathologies organiques...

- CS 24 : recherche de troubles envahissant du développement, bilan des vaccinations, âge de l'acquisition de la marche, pathologies organiques...

L'intérêt de ces certificats est double. D'une part, sur le plan de la santé individuelle, ces certificats permettent un suivi obligatoire et l'instauration d'une aide personnalisée si nécessaire. D'autre part, sur le plan de la santé publique, chaque année, grâce aux 2 parties du certificat de santé, de nouvelles données administratives (profession des parents...) et médicales (mensurations...) peuvent être exploitées.

#### 1.4.4. Le carnet de santé [13]

Personnel, il contient les événements de santé de l'enfant depuis sa naissance. Il permet de faire le lien entre les parents et les professionnels, ainsi qu'entre les professionnels. Nul ne peut exiger la présentation du carnet de santé. Toute personne prenant connaissance des données est soumise au secret médical.

### 1.5. Conclusion

La protection de l'enfance questionne depuis toujours et continue de questionner. Actuellement, un large panel de mesures est disponible, faisant ainsi intervenir un grand nombre d'acteurs aux formations, missions et compétences multiples, travaillant dans des structures différentes, mais dans un contexte qui renforce leur communication grâce à la possibilité nouvelle offerte par la Loi de 2007 de partager une information à caractère secret.

Concernant le champ de la santé, la définition est complexe et multiple, le suivi est intense au cours des 6 premières années et les enjeux importants.

Comment la santé d'enfants, au parcours souvent chaotique et dont les situations sont plus ou moins suivies par plusieurs acteurs voire plusieurs services, est-elle appréhendée ? Quels troubles présentent-ils ? Comment sont-ils suivis ? Existe-t-il des divergences d'objectifs de santé selon les différents professionnels de la protection de l'enfance ? Comment se font la coordination et la communication interservices ? Quels sont les dysfonctionnements rencontrés par les professionnels de la protection de l'enfance ? Comment améliorer le suivi de santé de ces enfants ?

## 2. Matériel et méthode

### 2.1. Première partie : état de santé et du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle

#### 2.1.1. Type d'étude

L'étude était épidémiologique, observationnelle, transversale. Le but était de dresser une photographie à un instant *t* de l'état de santé des enfants et du suivi associé.

#### 2.1.2. Population

##### 2.1.2.1. Caractéristiques

Les mesures étudiées ont été décidées d'un commun accord avec le médecin départemental de PMI de Meurthe-et-Moselle, le directeur enfance-famille du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, et le réalisateur de l'étude.

Les critères d'inclusion étaient :

- les enfants de moins de 6 ans lors de la réponse au questionnaire
- ET bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance
- ET cette mesure dépendait de l'ASE de Meurthe-et-Moselle
- ET la mesure dont les enfants bénéficiaient était :
  - en protection administrative :
    - une mesure d'AED en cours au moment de la réponse au bordereau de recueil de données, sur les territoires de Nancy et couronne.
  - en protection judiciaire :
    - un accueil à la pouponnière départementale de Meurthe-et-Moselle depuis le 01/01/2014 et étant encore présents dans la structure au 01/03/2015
    - OU un accueil par un assistant familial en Meurthe-et-Moselle au moment de la réponse au bordereau de recueil de données.
  - en protection administrative ou judiciaire :
    - un accueil en centre maternel de la maternité régionale de Nancy depuis le 01/01/2014 et étant encore dans la structure au 01/03/2015.

Les critères d'exclusion étaient :

- les enfants de plus de 6 ans lors de la réponse au bordereau de recueil de données
- la non-réponse au bordereau de recueil de données
- la réponse au bordereau de recueil de données après le 31/08/2015 (10/08/2015 pour les accueils en famille d'accueil)

Dans le cas où l'enfant avait bénéficié de deux mesures étudiées ici, les données obtenues pour la mesure la plus récente étaient les seules exploitées.

Les autorisations d'accès aux dossiers ont été obtenues :

- de façon générale, par le directeur enfance-famille du département de Meurthe-et-Moselle et le médecin départemental de PMI de Meurthe-et-Moselle
- pour les mesures d'AED, par les deux référents territoriaux de l'ASE pour Nancy Est et Ouest

- pour la pouponnière et le centre maternel de la maternité, par la directrice du REMM
- pour les familles d'accueil, par le service des assistants familiaux du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle.

#### 2.1.2.2. La taille de l'échantillon

Après discussion avec le Dr Colombo et le Pr Alla (Professeur en épidémiologie, économie de la santé et prévention à l'Université de Lorraine, faculté de médecine de Nancy) et en raison de l'absence de données antérieures sur le territoire, la limite de 10 enfants minimum par mesure a été retenue.

#### 2.1.2.3. La comparaison avec les données du service de PMI

Afin de situer la population étudiée dans la population générale des enfants de Meurthe-et-Moselle, certaines données de l'étude ont été comparées aux données de la PMI de Meurthe-et-Moselle (certificats de santé obligatoires du 8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois des années 2012/2013/2014, ainsi que des bilans en école maternelle réalisés en 2013 et 2014).

#### 2.1.2.4. La représentativité et l'analyse statistique

En raison de l'absence de données antérieures sur le territoire et au vu du petit échantillon, la représentativité statistique des données afin d'élargir les résultats au département de Meurthe-et-Moselle n'était pas recherchée.

Toutefois, une analyse statistique avec le test du chi 2 avec un degré de significativité fixé à 5% a pu être réalisée pour certaines données de l'étude. Nous avons posé l'hypothèse d'indépendance entre les données de l'étude et les données du service de PMI (certificats de santé et bilans en école maternelle). Si les effectifs de l'étude étaient petits, un test exact de Fisher était réalisé avec comme hypothèse H0 l'absence d'association entre la pathologie étudiée et le type de population. Un calcul d'odds ratio a été réalisé pour les items ayant une différence significative entre les deux populations ( $p < 0,05$ ). Les calculs ont été réalisés sur le site BiostaTGV.

### 2.1.3. Méthode

#### 2.1.3.1. Le choix du bordereau de recueil de données

Pour permettre de répondre à l'objectif, le bordereau de recueil de données recense les informations techniques et spécifiques à l'étude (les caractéristiques de la population étudiée, des pathologies, etc.). [14]

Ce mode de recueil de données a été choisi afin d'utiliser les mêmes données d'une mesure à l'autre. Pour les enfants bénéficiant d'une AED ou d'un placement en famille d'accueil, le recueil a été effectué par les professionnels concernés (travailleurs sociaux et assistants familiaux). Pour les enfants du centre maternel et de la pouponnière, le recueil a été effectué sur les dossiers médicaux.

#### 2.1.3.2. Elaboration du bordereau de recueil de données

La recherche bibliographique pour élaborer les questions a porté sur les études récentes françaises sur le suivi de santé des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de

l'enfance. Puis des critères de développement propres à l'âge des enfants étudiés ont été ajoutés, tout comme des éléments de suivi possibles en fonction des troubles trouvés.

#### 2.1.3.3. Evaluation du bordereau de recueil de données

Les items choisis pour le bordereau de recueil de données ont été vérifiés et corrigés par le médecin départemental de PMI de Meurthe-et-Moselle.

La méthodologie a été vérifiée par une chargée de projets à l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) de Lorraine.

Le pré-test a été réalisé, pour la compréhension, par une chargée de projets à l'IREPS, pour sa faisabilité sur le terrain, par une ancienne travailleuse sociale de l'ASE, actuellement en fonction au service de PMI.

Le bordereau de recueil de données est reproduit à l'annexe 2.

#### 2.1.3.4. Les données complémentaires

Un complément de données a été recueilli pour chaque enfant à partir d'informations déjà existantes dans le logiciel Horus du service de PMI de Meurthe-et-Moselle qui regroupe, après informatisation, les données des certificats de santé obligatoires et les bilans en école maternelle.

#### 2.1.3.5. Le recueil de données

##### - Le bordereau de recueil de données :

Pour la pouponnière, le recueil de données a été réalisé par le réalisateur de l'étude et à partir des dossiers médicaux de suivi (version papier) et des carnets de santé. Le recueil a été effectué au sein de l'infirmerie de la pouponnière. Les données concernant le suivi CMP ont été vérifiées par le médecin du REMM.

Pour le centre maternel de la maternité, le recueil de données a été réalisé par le réalisateur de l'étude à partir des dossiers médicaux d'admission (version papier), au sein des locaux du REMM (lieu de stockage des dossiers).

Pour les mesures d'AED, les travailleurs sociaux ont rempli les bordereaux de recueil de données pour chaque enfant de moins de 6 ans qu'ils suivaient. Tous les enfants de moins de 6 ans suivis par un travailleur social qui a accepté l'étude devaient être inclus. Les bordereaux de recueil de données ont été rempli en version papier ou internet (via Google Forms). Les versions papier ont été récupérées lors des entretiens avec les travailleurs sociaux concernés. Les travailleurs sociaux qui ont répondu l'ont fait sur la base du volontariat suite à la proposition de leur référent territorial et après une rencontre entre l'équipe et le réalisateur de l'étude, pour le CMS de Vand'Est. Une relance a été nécessaire par téléphone pour le CMS de Jarville suite à la proposition de leur référent territorial, puis par bouche à oreille dans le service de l'ASE ; pour le CMS Calmette, par contact téléphonique puis par relance du médecin de PMI sur le secteur.

Pour les familles d'accueil, le service des assistants a fourni une liste d'assistants familiaux u réalisateur de l'étude. Les assistants familiaux ont été contactés par mail, avec le bordereau de recueil de données en lien sur Google Forms. Deux relances ont été faites par mail, toujours avec le lien du bordereau de recueil de données sur Google Forms. Puis une version papier du bordereau de recueil de données et une lettre explicative ont été envoyées via le service des assistants familiaux afin de toucher les professionnels peu à l'aise avec internet.

- Le complément de données par les certificats de santé obligatoires et les bilans en école maternelle :

Après réception des bordereaux de recueil de données, le nom des enfants était demandé afin de compléter les données avec celles disponibles au service de PMI.

Les données disponibles ont été recherchées dans les dossiers de PMI (version papier) des enfants. La recherche s'est effectuée au secrétariat PMI des deux territoires ayant le plus d'enfants inclus dans mon étude (le T8 à Laxou et le T7 à Jarville). L'objectif était de vérifier si les dossiers administratifs (dits « tableaux de bord ») de ces enfants m'apportaient davantage que les certificats de santé et bilans en école maternelle seuls.

Au vu des données déjà disponibles via les bordereaux de recueil de données, les dossiers administratifs n'apportaient pas de données supplémentaires, hors données des certificats de santé et bilans en école maternelle dont la version informatisée était toujours dupliquée dans la version papier. Ainsi, pour les enfants des autres territoires, les compléments de données ont été réalisés au conseil départemental directement sur le logiciel Horus. Les dossiers santé des enfants localisés au sein des centres médico-sociaux n'ont pas été consultés. Cela aurait impliqué des déplacements au sein de chaque CMS ce qui, matériellement, n'était pas possible.

#### 2.1.3.6. Le traitement des données

Tous les bordereaux de recueil de données ont été encodés dans Microsoft Excel. L'analyse des données a été réalisée en plusieurs temps : mesure par mesure, puis toutes mesures confondues.

Les variables analysées étaient qualitatives nominales (sexe, existence d'une pathologie physique ou mentale,...), quantitatives discrètes (nombre d'hospitalisations...) et continues (poids, taille...). Ainsi, seules des sommes ou des moyennes, en fonction des variables, ont été réalisées.

## 2.2. Deuxième partie : entretiens afin d'élaborer des perspectives d'amélioration du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle

### 2.2.1. Type d'étude

La seconde partie est une étude qualitative visant à déterminer les perspectives d'amélioration du suivi.

### 2.2.2. Population

#### 2.2.2.1. Caractéristiques

Les critères d'inclusion étaient :

- les travailleurs sociaux pour les mesures d'AED en activité sur Nancy et couronne, soit sur les centre médico-sociaux (CMS) de Vand'Est (Vandoeuvre-les-Nancy), Jarville et Calmette (Nancy)
- ET les assistants familiaux de Meurthe-et-Moselle accueillant au moins 1 enfant de moins de 6 ans

- ET ayant accepté de répondre au bordereau de recueil de données et de réaliser l'entretien
- les psychologues en protection administrative et/ou judiciaire en activité sur les CMS de Vand'Est, Jarville et Donzelot (Nancy)
- ET les médecins de PMI de Meurthe-et-Moselle, ou pédopsychiatres en centre médico-psychologique (CMP) sur Nancy et couronne, ou libéraux (pédiatre ou médecin généraliste) sur Nancy et couronne, ou médecins du REMM.
- ET les parents d'enfants inclus dans l'étude
- ET ayant accepté de réaliser l'entretien.

Les critères d'exclusion étaient :

- le refus de réaliser l'entretien
- la labilité des parents ou leurs difficultés sociales du moment (ordonnance de remise à la frontière, etc..) qui auraient pu compromettre la réalisation d'un entretien de qualité.

#### 2.2.2.2. La taille de l'échantillon [15]

La taille de l'échantillon n'a pas été définie. Toutefois, de manière générale, les échantillons pour ce type d'étude sont le plus souvent restreints à moins de 30 unités, sélectionnées de manière non aléatoire mais dans le but d'obtenir des réponses diversifiées sur le thème défini. Ainsi peuvent être inclus de façon choisie les individus intéressants pour l'étude.

### 2.2.3. Méthode

#### 2.2.3.1. Le choix des entretiens semi-directifs

Initialement, la méthode focus groupes avait été évoquée. Toutefois l'étude portant sur un territoire très étendu et au vu des nombreux impératifs des différents interrogés, la réalisation d'entretiens semi-dirigés (ESD) a été privilégiée afin de toucher un plus grand nombre de professionnels et de parents.

L'entretien semi-directif se déroule le plus souvent entre deux personnes dans le but d'obtenir des données qualitatives. L'avantage de l'entretien semi-directif est d'interroger les personnes sur des thèmes prédéfinis tout en laissant libre cours à la conversation. Ainsi l'interrogé peut développer facilement son propos, avec des phrases de relance par l'interviewer si nécessaire. [16]

#### 2.2.3.2. Elaboration du guide d'entretien

Après discussion avec les médecins de PMI des territoires de Meurthe-et-Moselle, il est apparu que la santé pouvait avoir plusieurs définitions et que ces différentes définitions pouvaient générer des prises en charge différentes (Question 1).

Suite aux recherches bibliographiques, et en lien avec les mêmes médecins de territoire, les problèmes psychopathologiques semblaient prépondérants chez les enfants étudiés et les prises en charge médicales pouvaient être multiples (Questions 2, 3 et 4).

Afin d'améliorer le suivi de santé des enfants, la question concernant les obstacles rencontrés par les différents intervenants était indispensable, tout comme la question sur le retentissement des problèmes et suivis médicaux des enfants accueillis, l'implication des parents et les éléments pouvant, à leur sens, améliorer le suivi (Questions 5, 6, 8 et 9).

Enfin, afin de déterminer quel était le médecin référent de ces enfants et pour ouvrir sur de possibles liens entre les intervenants, les enfants et la PMI, une question spécifique a été posée (Question 7).

Pour les parents, afin de ne pas réaliser un entretien trop long et cibler leurs problématiques, une question a porté sur l'intérêt et l'apport de la mesure dans le suivi de santé de leurs enfants ainsi que sur les éléments encore à améliorer.

Le guide d'entretien avec quelques questions de relance sont présentés à l'annexe 3.

#### 2.2.3.3. Evaluation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été validé pour la méthodologie par une chargée de projets de l'IREPS de Lorraine et pour son contenu, par le médecin départemental de PMI de Meurthe-et-Moselle.

#### 2.2.3.4. Recueil de données

La date, l'heure et le lieu de rendez-vous étaient laissés libres à la discrétion de l'interrogé, sous réserve de des disponibilités de stage de l'interviewer. Cette liberté de choix avait pour but de maximiser le nombre de réponses.

Les lieux de rencontre proposés étaient divers : lieux de vie, de travail, au conseil départemental ou dans un autre endroit laissé au choix des interrogés. Si une rencontre avec un professionnel avait déjà été réalisée dans le cadre de la thèse, un rendez-vous téléphonique était proposé.

Les entretiens ont été enregistrés sur I Phone 3 avec le logiciel dictaphone. Le matériel a fonctionné correctement et aucune perte de données n'a été relevée. Un entretien n'a pas été enregistré.

Les entretiens se sont déroulés soit en face à face, soit au téléphone. Lors des entretiens chez les assistants familiaux, le conjoint pouvait être présent et intervenir à sa guise étant donné que l'accueil de l'enfant se faisait toujours au sein d'une famille entière. Les objectifs de la thèse et l'anonymisation des données étaient connus des interrogés car les explications avaient été données soit par mail, soit par courrier. Un rappel était fait par téléphone lors de la prise de rendez-vous. Toutefois, un nouveau rappel était toujours réalisé au début de l'entretien, toujours avant la première question de l'entretien et donc souvent non enregistré. Toute intervention de l'interviewer devait permettre de relancer les réponses, de demander un approfondissement de la réponse. Les propos de l'interviewer devaient garder la plus grande neutralité possible.

#### 2.2.3.5. Traitement des données

La retranscription des entretiens s'est faite mot à mot soit par une secrétaire de la connaissance de l'interviewer soit par l'interviewer lui-même. Si la retranscription avait été faite par la secrétaire, une écoute de l'entretien dans son intégralité et la correction d'éventuelles erreurs était réalisée. Afin de faciliter la lecture et l'analyse des entretiens, les initiales du métier de l'interrogé précédaient ses interventions (ex : AF pour assistant familial), les initiales de l'interviewer précédaient les siennes (LA). Les réponses étaient réorganisées au sein des questions, leur ordre chronologique n'était donc pas toujours respecté.

L'analyse des réponses aux entretiens s'est faite par thèmes et sous-thèmes classés par réponse.

Le contenu des entretiens étant trop facilement identifiable, leur retranscription n'est pas disponible dans cette thèse afin de garantir l'anonymat des professionnels et parents interrogés.

### 3. Résultats

#### 3.1. Première partie : état de santé et du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle

##### 3.1.1. Population et caractéristiques générales

73 enfants ont été inclus dans l'étude.

43 enfants étaient de sexe masculin contre 30 de sexe féminin, soit respectivement 60 et 40 % de la population étudiée.

L'âge moyen des enfants était de 31,1 mois lors du recueil de données. Pour les enfants bénéficiant d'une AED, l'âge moyen était de 53,6 mois ; pour les enfants en famille d'accueil : 45,3 mois ; pour les enfants en pouponnière : 24,8 mois ; pour les enfants en centre maternel : 16,4 mois.

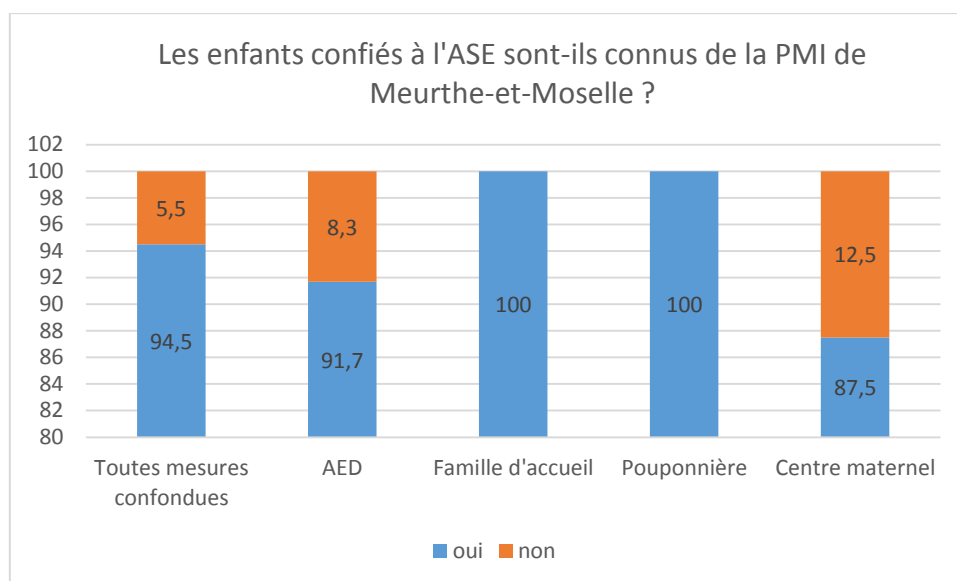
|                                 | Toutes mesures confondues | AED           | FA           | Pouponnière  | Centre maternel |
|---------------------------------|---------------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|
| Age moyen au recueil            | 2 ans 7 mois              | 4 ans 6 mois  | 3 ans 9 mois | 2 ans 1 mois | 1 an 4 mois     |
| Age moyen au début de la mesure | 1 an 5 mois               | 2 ans 10 mois | 20 mois      | 11 mois      | 4 mois et demi  |

La répartition selon les classes d'âge et type de mesure était la suivante :

|              | Toutes mesures confondues | AED | FA | Pouponnière | Centre maternel |
|--------------|---------------------------|-----|----|-------------|-----------------|
| 0-1 an       | 13                        | 0   | 0  | 7           | 6               |
| 1 an - 2 ans | 12                        | 0   | 0  | 7           | 5               |
| 2 - 3 ans    | 19                        | 0   | 3  | 12          | 4               |
| 3 - 4 ans    | 10                        | 2   | 3  | 4           | 1               |
| 4 - 5 ans    | 15                        | 8   | 4  | 3           | 0               |
| 5 - 6 ans    | 4                         | 2   | 2  | 0           | 0               |
| Total        | 73                        | 12  | 12 | 33          | 16              |

##### 3.1.2. Les enfants confiés à l'ASE sont-ils connus de la PMI de Meurthe-et-Moselle ?

70 enfants étaient connus du service de PMI, soit 95,9 % de la population étudiée. C'est à dire qu'ils disposent d'un « dossier santé de l'enfant » en centre médico-social et d'un « tableau de bord » outil de suivi par le médecin de PMI responsable de l'équipe de PMI au niveau du territoire). 2 enfants en centre maternel (un de ces enfants, avec sa famille, avait une obligation de quitter le territoire français et n'était donc pas en situation régulière), et 1 en AED, n'étaient pas connus du service de PMI.



### 3.1.3. Pathologies et facteurs de risque pré et périnataux au certificat de santé du 8<sup>ème</sup> jour

| Pathologie et facteurs de risque                       | Toutes mesures confondues | n renseignés | % renseignés |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| Consommation de tabac par la mère pendant la grossesse | 57,7%                     | 52           | 71%          |
| prématurité                                            | 9.1%                      | 66           | 91%          |
| PN < 2500 g                                            | 14.3%                     | 63           | 86,3%        |

57,7 % des mères d'enfants confiés à l'ASE avaient déclaré avoir consommé du tabac au cours de leur grossesse. Cet item était renseigné pour n = 52 mères d'enfants, soit 71% de la population étudiée.

Cette donnée était absente pour 21 enfants (dont 7 en centre maternel, 5 en pouponnière et en famille d'accueil).

En Meurthe-et-Moselle, seulement 17,4% des mères de Meurthe-et-Moselle avaient déclaré avoir consommé du tabac : soit 3384 CS8 avec une consommation de tabac déclarée sur 19 472 CS8 dont l'item tabac en cours de grossesse était renseigné sur 24 003 CS8 reçus [17].

La différence entre les deux populations étudiées est significative ( $p < 0.05$ ). L'odds ratio est de 6,48 IC 95% [3,61 ; 11,8], soit un enfant bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance a 6,48 fois plus de risque d'avoir été exposé au tabac dès la vie in utero.

9,1 % des enfants étaient nés prématurément (avant 37 semaines d'aménorrhée). Cet item était renseigné pour n = 66 enfants, soit 90,4 % de la population étudiée.

Cette donnée était absente pour 9,6 % de la population étudiée, soit 7 enfants.

En Meurthe-et-Moselle, 6,4% des enfants sont nés prématurément : soit 1 482 CS 8 avec notion de prématurité sur 23 002 CS8 dont l'item poids de naissance était renseigné sur 24 003 CS8 reçus [17].

Ainsi, observe-t-on que plus d'enfants à l'ASE, que dans la population générale de Meurthe-et-Moselle, sont nés prématurément. Cette différence n'est toutefois pas significative ( $p > 0.05$ )

14,3 % des enfants étaient nés avec un petit poids de naissance ( $< 2500$  grammes à la naissance). Cet item était renseigné pour  $n = 63$  enfants, soit 86 % de la population étudiée.

Cette donnée était absente pour 10 enfants (dont 4 en famille d'accueil).

En Meurthe-et-Moselle, 6,9% des enfants sont nés avec un petit poids de naissance : soit 1 666 CS8 avec notion de petit poids de naissance sur 23 989 CS8 dont l'item poids de naissance était renseigné sur 24 003 CS 8 reçus [17].

La différence entre les deux populations étudiées est significative ( $p < 0.05$ ). L'odds ratio est de 2,5 IC 95% [1,09 ; 5,14], soit un enfant bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance a 2,5 fois plus de risque d'être né avec un petit poids de naissance.

#### 3.1.4. Vaccinations

Les vaccinations étaient considérées comme étant à jour si elles respectaient le calendrier vaccinal pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'Haemophilus Influenzae, la coqueluche, le pneumocoque (13 valences), l'hépatite B, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

98,4% des enfants étaient à jour dans leurs vaccinations. Cet item était renseigné pour  $n = 63$  enfants, soit 86 % de la population étudiée.

Cette donnée était absente pour 11 enfants dont 9 en centre maternel.

Les données disponibles par la PMI sont classées par valence de vaccin jusqu'au bilan en école maternelle. Ainsi, la couverture vaccinale allait de 93% des enfants pour diphtérie/tétanos/poliomyélite (valences pour lesquelles la couverture vaccinale est la meilleure pour les enfants de Meurthe-et-Moselle) à 50% pour le pneumocoque (valences pour lesquelles la couverture vaccinale est la moins bonne pour les enfants de Meurthe-et-Moselle) chez les moins de 4 ans. [17]

La différence de couverture vaccinale entre les deux populations étudiées est significative ( $p < 0.05$ ). L'odds ratio est 6,1 IC 95% [10,7 ; 2455,8], soit un enfant bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance de moins de 4 ans a 6,1 fois plus de chance d'avoir un calendrier vaccinal à jour qu'un enfant de la population générale de moins de 4 ans en Meurthe-et-Moselle

#### 3.1.5. Problèmes de santé physique

##### 3.1.5.1. Données générales et pathologies organiques mentionnées

31,4% des enfants ont une pathologie avérée. Cet item est renseigné pour  $n = 70$  enfants soit pour 96 % de la population étudiée.

Les pathologies signalées sont par ordre de fréquence : allergies, asthme, infections respiratoires à répétition, cardiopathie, etc.

### 3.1.5.2. Croissance staturo-pondérale

8.3% des enfants avaient un IMC inférieur à la normale pour l'âge. Cet item est renseigné pour n = 48 enfants soit 66 % de la population étudiée.

Cette donnée était absente pour 25 enfants, dont 13 en centre maternel et 12 en AED.

En Meurthe-et-Moselle, les données de croissance staturo-pondérale ne sont connues que pour les enfants de moins de 4 ans. 8 % des enfants de moins de 4 ans avaient un IMC anormal. Cet item était renseigné pour n = 38 enfants, soit 70 % des moins de 4 ans.

A titre comparatif, 4,4% des certificats de santé et bilans en école maternelle des enfants de Meurthe-et-Moselle font mention d'une croissance staturo-pondérale anormale (excessive ou insuffisante). [17] [18]

Ainsi, on note plus de cas croissance staturo-pondérale anormale pour les enfants de moins de 4 ans de l'ASE que pour les enfants de la population générale de Meurthe-et-Moselle. Cette différence n'est toutefois pas significative ( $p > 0.05$ )

### 3.1.5.3. Hospitalisations

78,8 % des enfants avaient déjà été hospitalisés. Cet item était renseigné pour n = 41 enfants, soit 56 % de la population étudiée.

Les données concernant les hospitalisations des enfants est la suivante :

|                 | Toutes mesures confondues | AED | Famille d'accueil | Pouponnière | Centre maternel |
|-----------------|---------------------------|-----|-------------------|-------------|-----------------|
| Hospitalisation | 56.2%                     | 25% | 58%               | 79%         | 31%             |
| n de renseignés | 41                        | 5   | 10                | 31          | 6               |
| % de renseignés | 56                        | 42  | 83                | 94          | 37,5            |

Chez les moins de 24 mois, 18 enfants avaient déjà été hospitalisés soit 90 % des enfants dont la notion d'hospitalisation était disponible

Or 10,2 % des certificats de santé des 9<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> mois des enfants de moins de 24 mois de la population générale de Meurthe-et-Moselle portent la mention d'au moins une hospitalisation depuis la naissance [17].

On retrouve beaucoup plus d'enfants ayant déjà été hospitalisés dans la population des enfants de moins de 24 mois confiés à l'ASE que ceux de la population générale de Meurthe-et-Moselle. Toutefois, cette différence n'est pas significative ( $p > 0.05$ ) entre les deux populations.

La durée d'hospitalisation était comprise entre une semaine et un mois pour 17 enfants, soit 41,5% des enfants ayant déjà été hospitalisés.

La durée d'hospitalisation était de plus d'1 mois pour 9 enfants, soit 22 % des enfants ayant déjà été hospitalisés.

### 3.1.5.4. Synthèse des comparaisons avec les données de la PMI

|                                                     |              | étude | Meurthe-et-Moselle |
|-----------------------------------------------------|--------------|-------|--------------------|
| Consommation de tabac déclarée pendant la grossesse | %            | 57,7  | 17,4               |
|                                                     | n renseignés | 52    | 19 472             |
|                                                     | % renseignés | 71    | 81                 |
|                                                     | p < 0.05     | oui   |                    |
| Prématurité                                         | %            | 9,1   | 6,4                |
|                                                     | n renseignés | 66    | 23 002             |
|                                                     | % renseignés | 91    | 95,8               |
|                                                     | p < 0.05     | non   |                    |
| Petit poids de naissance                            | %            | 14,3  | 6,9                |
|                                                     | n renseignés | 63    | 23 989             |
|                                                     | % renseignés | 86    | 99,9               |
|                                                     | p < 0.05     | non   |                    |
| Vaccinations à jour                                 | %            | 98,4  | 50                 |
|                                                     | n renseignés | 63    | 46 805             |
|                                                     | % renseignés | 86    | 95                 |
|                                                     | p < 0.05     | oui   |                    |
| Croissance staturo-pondérale anormale (âge < 4 ans) | %            | 8     | 4,4                |
|                                                     | n renseignés | 38    | 44 909             |
|                                                     | % renseignés | 70    | 90,8               |
|                                                     | p < 0.05     | non   |                    |
| Notion d'hospitalisation (âge < 24 mois)            | %            | 90    | 10,2               |
|                                                     | n renseignés | 20    | 33 755             |
|                                                     | % renseignés | 80    | 100                |
|                                                     | p < 0.05     | non   |                    |

### 3.1.5.5. Santé bucco-dentaire

90 % des enfants bénéficiant d'une mesure d'AED et de famille d'accueil avaient un état bucco-dentaire jugé comme bon ou très bon. Cet item était disponible pour n = 20 enfants, soit 83 % des enfants bénéficiant d'une mesure d'AED ou de famille d'accueil.

Cette donnée n'était pas disponible pour 4 enfants en AED.

|                                          | AED et famille d'accueil |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Etat bucco-dentaire bon à très bon       | 79%                      |
| Etat bucco-dentaire mauvais très mauvais | 8%                       |
| n renseignés                             | 20                       |
| % renseignés                             | 83 %                     |

19 % des enfants de la pouponnière étaient suivis par la faculté dentaire de Nancy, soit 5 enfants.

Cet item était disponible pour n = 26 enfants, les 7 autres enfants étaient des nourrissons non concernés par la santé bucco-dentaire.

Pour 100% des enfants du centre maternel (n = 10 enfants), cette donnée est absente. Les 6 autres enfants sont des nourrissons non concernés par la santé bucco-dentaire.

### 3.1.6. Problèmes de santé psychique

#### 3.1.6.1. Troubles du sommeil

16 % des enfants en AED, famille d'accueil et pouponnière présentaient des troubles du sommeil. Cet item était renseigné pour n = 55 enfants, soit 97 % de la population dans cette catégorie.

Cette donnée était manquante pour 94 % des enfants du centre maternel, soit 15 enfants.

#### 3.1.6.2. Troubles du comportement

42 % des enfants en AED et famille d'accueil présentaient des troubles du comportement, soit 10 enfants (6 en AED – 50% des enfants, 4 en famille d'accueil – 40% des enfants). Cet item était renseigné pour n = 24 enfants, soit 100 % de la population dans cette catégorie.

80 % des enfants en AED et famille d'accueil avaient bénéficié d'au moins une consultation dédiée pour ces troubles (n=10), dont 100 % en famille d'accueil.

Les assistants familiaux citaient ainsi un enfant présentant des troubles autistiques, ou alors des colères répétées, des signes d'opposition marqués.

La donnée sur les troubles du comportement était manquante pour 98 % des enfants en pouponnière et centre maternel (n = 49 enfants).

#### 3.1.6.3. Troubles du développement psychomoteur

##### ○ Données générales :

47 % des enfants présentaient un trouble du développement psychomoteur. Cet item était renseigné pour n = 66 enfants.

|               | Toute mesure confondue | AED   | Famille d'accueil | Pouponnière | Centre maternel |
|---------------|------------------------|-------|-------------------|-------------|-----------------|
| %             | 47 %                   | 42%   | 33 %              | 55 %        | 46 %            |
| Nb renseignés | 66                     | 12    | 12                | 29          | 13              |
| % renseignés  | 90 %                   | 100 % | 100 %             | 88 %        | 81 %            |

90 % des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur avaient bénéficié d'au moins une consultation pour ce trouble. Cet item était renseigné pour n = 20 enfants.

La donnée était manquante pour 35,5 % des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur (n = 31)

##### ○ Dont le langage :

90 % des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur présentaient un trouble du langage (cet item était renseigné pour n = 31 enfants), soit 30 % des enfants de l'étude (n = 66 enfants)

94,1 % des enfants présentant un trouble du langage avaient bénéficié d'au moins une consultation pour ce trouble. Cet item était renseigné pour 15 enfants.

La donnée du suivi était manquante pour 39,3 % des enfants présentant un trouble du langage.

### 3.1.7. Suivi de santé des 12 derniers mois

#### 3.1.7.1. Suivi médical

Dans les 12 derniers mois, 45 % des enfants avaient bénéficié d'au moins une consultation chez un médecin généraliste, 24 % avaient bénéficié d'au moins une consultation en PMI, 65 % d'au moins une consultation chez un pédiatre (dont 100 % des enfants de la pouponnière), 10 % d'au moins une consultation en urgence (service d'urgence, SOS médecin...), 8,5 % d'au moins une consultation chez le pédopsychiatre et 61 % chez un autre médecin (notamment ORL ou ophtalmologiste). Aucun n'avait vu aucun médecin. Cette donnée était renseignée pour n = 71 enfants, soit 97 % de la population étudiée.

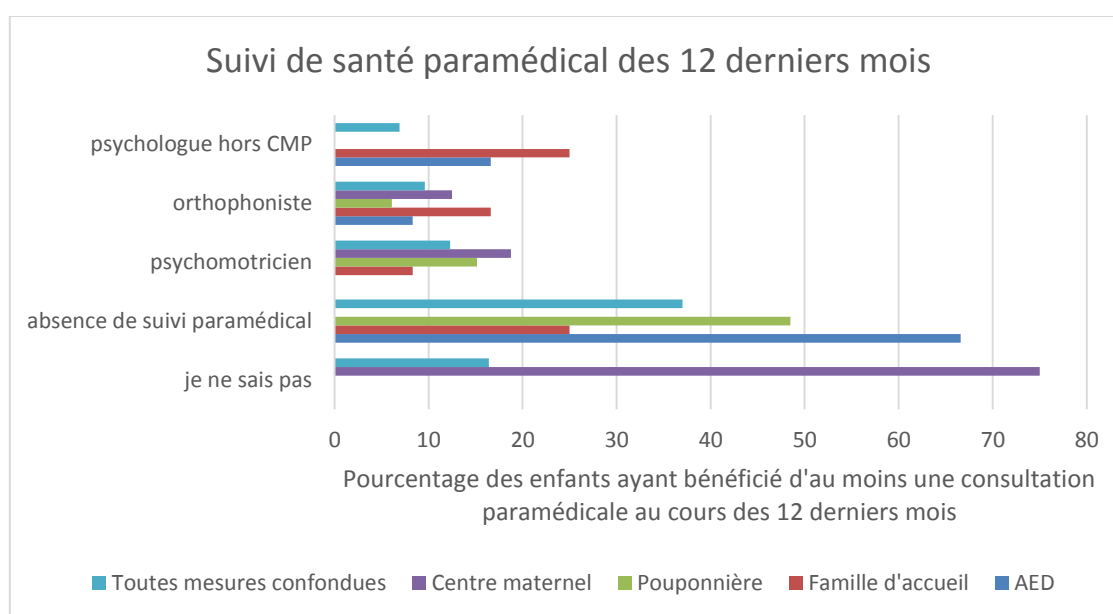
#### 3.1.7.2. Suivi en structure de santé

Dans les 12 derniers mois, 26 % des enfants avaient bénéficié d'au moins une consultation dans un CMP et 6 % dans un CAMSP. Cet item était renseigné pour n = 73 enfants.

#### 3.1.7.3. Suivi paramédical

44 % des enfants ne bénéficiaient d'aucun suivi paramédical (orthophonie, psychologue, psychomotricien). Cet item était renseigné pour n = 61 enfants.

La donnée était manquante pour 12 enfants en centre maternel.



### 3.1.8. Problèmes de santé des parents des enfants confiés à l'ASE

61 % des enfants avaient au moins un parent présentant un ou des problème(s) de santé. L'item était renseigné pour n = 69 enfants.

Pour 62 % des enfants de parent(s) malade(s), seule la mère présentait des problèmes de santé.

33 % des parents malades d'enfants confiés à l'ASE, présentaient des problèmes psychiatriques (l'item « type de pathologie parentale » était renseigné pour n = 43 enfants), notamment les addictions : 79 % des problèmes psychiatriques (l'item « troubles psychiatriques parentaux » était renseigné pour n = 14 enfants).

### 3.2. Deuxième partie : entretiens afin d'élaborer des perspectives d'amélioration du suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle

#### 3.2.1. Population et caractéristiques générales

29 entretiens ont été réalisés : 11 assistants familiaux, 6 médecins (2 médecins de PMI, 1 pédopsychiatre, 1 médecin du REMM, 1 médecin généraliste et 1 pédiatre en libéral), 5 travailleurs sociaux (3 du CMS de Vand'Est, 2 du CMS de Jarville, aucun du CMS de Calmette), 3 psychologues de l'ASE (1 du CMS de Vand'Est, 1 du CMS de Jarville, 1 du CMS de Donzelot) et 4 mères (du centre maternel).

#### 3.2.2. Définition de la santé

La santé est définie comme une globalité, un équilibre ou un bien-être physique et mental pour tous les professionnels et les mères.

Pour les assistants familiaux, la santé se définit aussi par des éléments concrets, tels l'alimentation, le sommeil, etc..

Pour les psychologues et les médecins, l'environnement familial dans lequel évolue l'enfant fait partie intégrante de sa santé.

Tandis que pour les travailleurs sociaux, la santé se définit aussi par l'accessibilité des enfants aux soins.

Pour les mères, une modification du comportement de leur enfant était révélatrice soit d'une pathologie physique à venir (fièvre, etc..) soit d'un mal être (environnement nouveau et inconnu comme l'école).

#### 3.2.3. Les points relatifs à la santé des enfants confiés à l'ASE bénéficiant d'une attention particulière du fait de la mesure

Pour tous les professionnels et les mères, le suivi d'un enfant confié à l'ASE commence par le suivi standard commun à tout enfant.

C'est une priorité pour les assistants familiaux et les médecins. L'objectif nommé de ces 2 professions interrogées est de donner suffisamment d'attention, de faire un suivi suffisamment adéquat pour que l'enfant confié à l'ASE bénéficie des mêmes chances que les autres enfants et qu'il devienne un adolescent puis un adulte sain.

Les assistants familiaux portent une responsabilité très lourde vis-à-vis de la santé de l'enfant qui leur est confié, ressentie parfois comme plus lourde que pour leurs propres enfants. Par conséquent beaucoup de temps et une bonne organisation de leur part sont nécessaires afin que l'enfant bénéficie d'un suivi de santé correct, sans pénaliser les autres aspects de sa vie (scolarité, visites parentales, etc..).

Ils recherchent les facteurs déclenchants à tout problème de santé (changement de comportement, une pathologie physique est-elle une somatisation ?), sont vigilants quant à la

prévention (vaccins, etc.), ne s'inquiètent pas de pathologie infantile commune (rhinopharyngite, etc.), mais préfèrent consulter un médecin par excès pour ne pas être pris en défaut. (« [la mamie] me met "il est malade, une visite chez le médecin s'impose", voilà, je le récupère le soir, j'ai pas trouvé grand-chose. [...] Le lendemain, elle me demande des nouvelles, il y avait eu une visite avec sa maman donc je demande à l'éduc. Je lui dis "vous l'avez trouvé comment", elle me dit "bien, j'ai rien remarqué non plus", mais bon, il avait une visite chez le médecin, je l'ai laissée. » Un assistant familial)

En cas de problème de santé, un travail pluri professionnel est nécessaire (entre les éducateurs, l'assistant familial, l'école, le CMP, etc.).

Pour les psychologues, le dépistage précoce des troubles psychiques (dont les troubles du comportement) et la recherche du facteur déclenchant de ces troubles sont des éléments clés pour la santé de ces enfants. Cela se fait d'ailleurs en collaboration avec les travailleurs sociaux qui suivent l'enfant.

Pour les travailleurs sociaux, c'est surtout le soutien à la parentalité dans la prise en charge de la santé de leur enfant qui prime (aide à la prise de rendez-vous ou accompagnement sur le lieu de la consultation). Un travail en réseau est nécessaire afin d'obtenir un suivi de qualité (CMP, CAMSP, école).

Le suivi de la santé des enfants par les travailleurs sociaux n'est pas systématique. Toutefois, une vigilance supplémentaire est décrite si la famille est carencée ou déficiente mentale et si la pathologie est psychique plutôt que physique.

Pour les médecins, le travail de prévention et de dépistage précoce est fondamental. Le dépistage s'organise surtout autour de deux axes : les troubles de la santé psychique et les troubles sensoriels. La place des parents est importante, que ce soit en lien avec le passé de l'enfant (toxiques in utero, etc.), le motif de la mesure, etc. Les parents doivent être associés au suivi si cela est dans l'intérêt de l'enfant (maintien du lien si il existe, même si l'enfant est placé, etc.). Le suivi de santé doit être pluriprofessionnel, ce qui nécessite de prendre du temps en commun.

Pour les mères, pouvoir reconnaître facilement et rapidement les symptômes de leur enfant, leur procure une certaine fierté. Elles ne s'inquiètent pas des pathologies communes à tous les enfants mais préfèrent consulter un médecin rapidement, surtout en cas de fièvre.

#### 3.2.4. Prise en charge au début et au cours de la mesure des problèmes de santé

Pour les assistants familiaux, le début de la mesure est synonyme d'insuffisance de conseils et d'aide à l'orientation du suivi médical. Les enfants ne bénéficient globalement pas de consultation médicale à l'admission. Certains assistants familiaux le souhaiteraient mais en sont dissuadés par leur hiérarchie pour qui cette consultation n'est pas nécessaire.

A l'arrivée dans la mesure, les assistants familiaux déplorent un manque d'information sur les antécédents de l'enfant. Ils poursuivent tous les suivis de l'enfant débutés antérieurement à la mesure, à condition que cette information leur ait été transmise.

Toutefois, ils se sentent peu reconnus en tant que professionnels de la protection de l'enfance. Certains déplorent un manque d'écoute de la part de la hiérarchie (exceptés les assistants familiaux dont l'enfant confié est suivi par le PFS) et par les professionnels de santé.

Les psychologues différencient les troubles réactionnels des autres troubles. Pour les troubles réactionnels, les enfants bénéficient le plus souvent de quelques consultations avec le

psychologue de l'ASE jusqu'à disparition du trouble. Pour les autres troubles, les psychologues orientent les enfants vers une structure adaptée de droit commun (CMP, CAMSP). Toutefois, il leur est parfois difficile de maintenir une continuité des soins aux changements de mesures de l'enfant, qualifiant ainsi parfois la structure de l'ASE de « maltraitance ».

Les travailleurs sociaux sont vigilants à ce que les temps médicaux ne compromettent pas la scolarité de l'enfant et à ce que les parents comprennent l'intérêt d'une prise en charge (afin d'obtenir un suivi de santé sans rupture de continuité). Mais les mesures administratives ayant une durée d'un an (parfois renouvelée), la vision à long terme de la qualité du suivi et des effets à long terme est pour eux difficilement quantifiable

Pour les médecins, les enfants confiés à une structure bénéficient d'un examen médical systématique rapidement après leur admission (pouponnière, centre maternel, certaines UAO, etc.). La présence d'un médecin au REMM permet ces consultations pour les plus petits ou d'orienter les plus grands vers des professionnels qualifiés pour le bilan d'admission (pédiatres, PMI, etc.). Pour ces derniers, les médecins de PMI sont parfois sollicités s'ils connaissent des éducateurs dans la structure ou si le directeur porte une attention particulière à la santé des enfants. Les médecins de PMI ne demandent pas à voir tous les enfants confiés à l'ASE mais souhaiteraient travailler en collaboration avec les travailleurs sociaux de l'ASE pour des enfants présentant des problèmes de santé.

Cette insuffisance de collaboration est expliquée par des conflits de personnes et des représentations médicales différentes entre les médecins et les travailleurs sociaux (adressage d'un enfant au CAMSP par le travailleur social sans avis médical, arrêt d'un suivi CMP par mauvaise entente entre le travailleur social et la structure), une formation des professionnels insuffisante (exemple des maternantes à la pouponnière qui s'opposaient à un suivi orthophoniste car elles n'entendaient pas les troubles du langage de l'enfant), une méconnaissance du travail de la PMI par les travailleurs sociaux.

La continuité des soins n'est possible qu'en cas de transmission des informations, ce qui est parfois problématique avec un carnet de santé mal rempli (ou indisponible), un courrier de fin de mesure incomplet (les données du suivi psychologique manquant souvent).

Pour les mères, l'aide apportée par l'équipe de nurses (dite « équipe du bas », soit l'équipe des enfants) est importante, très bien accueillie et utile. Les conseils semblent plutôt d'ordre pratique et cela permet aux mères de connaître les besoins de leur enfant et d'y remédier. Le but commun est toujours l'autonomisation des mères pour s'occuper de leur enfant seule.

L'arrivée au centre maternel semble être bénéfique à l'initiation d'un suivi médical parfois délaissé pour des raisons sociales. En effet, au vu des difficultés antérieures à la mesure de centre maternel (appartement type F2 pour 6 personnes), une maman n'a pas pu réaliser un suivi pour l'eczéma de son bébé. L'arrivée au centre maternel a permis d'effectuer un bilan et d'adopter les mesures alimentaires nécessaires. Puis, une fois ses repères pris au centre maternel, la maman a pu continuer à réaliser le suivi de manière autonome.

L'apport du centre maternel ne semble être possible qu'avec la participation active de la mère. Ainsi, une maman s'est déclarée initialement défavorable au fait d'être au centre maternel, ne comprenant pas ce que le centre maternel avait à lui apporter. Avec la menace du placement de son enfant en pouponnière, elle a accepté la mesure de centre maternel, s'est plus investie et s'est dite finalement très reconnaissante envers l'équipe du centre maternel de lui avoir appris suffisamment d'éléments pour garder sa fille auprès d'elle.

Les mères peuvent aussi bénéficier d'une aide logistique du centre maternel si nécessaire (transports, accompagnement aux rendez-vous, etc.).

### 3.2.5. Prise en charge des problèmes psychopathologiques

Pour tous les professionnels, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous au CMP ou au CAMSP sont un problème récurrent et pénalisant pour les enfants et leur entourage (seul un CMP permet aux enfants confiés à l'ASE d'être suivis très rapidement). Ces délais d'attente entraînent parfois une autre orientation par défaut et moins adaptée à la problématique de l'enfant (exemple : CAMSP souhaité, un an d'attente, orientation par défaut vers un CMP qui nécessite 6 mois d'attente).

Pour les assistants familiaux, trois catégories de réponse sont émises en fonction des suivis et des territoires.

Tout d'abord, si l'enfant est suivi par le PFS, les assistants familiaux se sentent écoutés, les troubles psychopathologiques des enfants leur semblent repérés rapidement et pris en charge correctement (suivi par la psychologue du PFS, suivi CMP débuté etc.).

Ensuite, quand l'enfant est suivi par l'ASE, les assistants familiaux se sentent peu écoutés et parfois seuls face aux troubles. Les troubles psychopathologiques leur semblent minimisés et le suivi enclenché parfois insuffisant (suivi quasi exclusif par une infirmière psy...). Les assistants familiaux estiment obtenir peu de réponses ou de solutions pour améliorer ces dysfonctionnements. Ce qui leur est proposé est plutôt une réponse éducative aux troubles.

Enfin, pour le suivi CMP en tant que tel, l'absence de travail de collaboration avec les assistants familiaux entraîne une absence de transmission d'informations pourtant fondamentales pour ces professionnels au quotidien (par exemple, le CMP peut avoir des suspicions ou des informations de viol sur l'enfant mais cette information n'est pas transmise à l'assistant familial à qui l'enfant est confié).

Pour les psychologues, le travail de repérage qu'ils assurent en collaboration avec les travailleurs sociaux permet un bon dépistage des troubles. Mais ils ne bénéficient pas de contacts assez réguliers avec les CMP pour disposer d'informations sur la qualité du suivi qu'ils ont enclenché. Pour les enfants que les psychologues suivent, une consultation programmée peut être reportée en raison d'une équipe à effectif réduit ou de l'urgence d'une autre situation (placement immédiat nécessitant un accompagnement psychologique immédiat, etc.).

Pour les travailleurs sociaux, le travail effectué en collaboration avec les psychologues permet un bon dépistage des troubles. Toutefois la prise en charge étant dépendante des parents, il existe parfois une erreur d'orientation de la part de ces derniers (consultation chez un médecin organiste pour des problèmes de somatisation) et un essoufflement dans le suivi psychologique (qui s'inscrit dans la durée et dont les résultats ne sont pas immédiats). Leur formation aux troubles psychopathologiques leur semble insuffisante. Certains, de leur propre volonté, la complètent par des formations ciblées.

Les médecins déplorent une prise en charge trop tardive des troubles. Certains se posent la question d'un bilan psychologique systématique à l'entrée dans la mesure afin de faire un dépistage précoce et de former les professionnels aux troubles psychopathologiques (comme pour les enfants placés à la pouponnière qui sont évalués régulièrement par des grilles d'observation). Enfin, en libéral, le temps de consultation habituel (15 minutes) n'est pas toujours adapté au dépistage et au suivi de ces troubles.

Pour les enfants qui sont suivis au CMP, les contacts avec les médecins du REMM et de PMI sont fréquents (téléphone, réunions...), contrairement aux contacts avec les médecins libéraux pour qui ces échanges sont difficilement compatibles voire incompatibles avec leurs emplois

du temps. Ils souhaiteraient recevoir des comptes rendus de consultation ou que des réunions leur soient proposées en dehors des horaires de consultation (en soirée par exemple).

A la fin des différentes mesures, certains médecins (PMI et libéraux) estiment n'avoir que peu d'informations sur le développement psychomoteur et le suivi psychologique de l'enfant, notamment, peu d'informations à la sortie de la pouponnière ; contrairement aux données d'ordre physique.

### 3.2.6. Les obstacles ou difficultés rencontrées pour la réalisation d'un bon suivi de santé

Pour tous les professionnels, le délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous en CMP est un obstacle récurrent à un bon suivi.

Pour tous les professionnels (sauf les assistants familiaux), les parents peuvent être un obstacle au bon suivi de l'enfant (incompréhension des troubles de leur enfant et de l'intérêt des prises en charge qui en découlent, essoufflement du suivi, etc.).

Pour les assistants familiaux et les médecins, la coordination des soins et la transmission des informations sont insuffisantes. Certains se posent aussi la question de la gestion des ressources médicales ; en effet, le suivi des enfants leur semble parfois plus quantitatif que qualitatif. Enfin, le carnet de santé, quand il est disponible, est incomplet (il manque par exemple les antécédents personnels et familiaux, le suivi antérieur, etc.).

Pour les travailleurs sociaux et les médecins, les informations peuvent ne pas être transmises ou le suivi non coordonné par méconnaissance du travail des autres professionnels de la protection de l'enfance.

La place des assistants familiaux n'est pas toujours bien définie. En effet, en l'absence de tiers qualifié pour trancher sur une question médicale, la décision revient par défaut à l'assistant familial qui n'a ni la formation ni les capacités à le faire. Parallèlement, en cas de pathologie grave de l'enfant qui leur est confié (tumeur...), leur statut de référent au quotidien sans statut parental associé leur semble être un obstacle pour bénéficier d'informations de la part des spécialistes (pronostic vital, etc.). Tout cela tend à isoler les assistants familiaux dans le suivi de santé de l'enfant, avec des conséquences sur leur vie quotidienne (cf infra).

Les consultations en urgence sont source de questionnements. Ils ne savent pas quelle conduite adopter (en dehors du numéro d'urgence de l'ASE), qui consulter et qui prévenir.

Sur le plan administratif, ils n'ont pas de difficultés à obtenir les différentes autorisations de soins mais doivent prendre l'initiative de les faire renouveler par les parents régulièrement (l'ASE et le PFS ne le faisant pas). Certains assistants familiaux ont rencontré des difficultés d'utilisation de la carte vitale auprès de spécialistes (en raison d'un problème informatique qui ajoute 100 ans à l'âge de l'enfant), des prises en charge financières tardives (nécessitant une avance de frais par l'assistant familial lui-même) et une création de carte vitale tardive (délai rallongé par le fait que le travailleur social n'avait pas demandé la photo de l'enfant nécessaire à la création de la carte).

Pour les travailleurs sociaux, les suivis multiples au sein d'une grande fratrie peuvent être source d'oublis de rendez-vous par les parents.

Pour certains médecins, l'organisation actuelle répartit le suivi entre les médecins généralistes pour le suivi des soins physiques et l'ASE pour le suivi des soins psychiques. Pourtant, il leur semble qu'un travail coordonné et en réseau permet une meilleure organisation et une optimisation des soins (passage plus rapide des enfants de la pouponnière aux urgences si le médecin du REMM a prévenu ses confrères de l'hôpital).

### 3.2.7. Implication des parents dans la santé de leur enfant

Pour les assistants familiaux, le suivi de santé des enfants leur est délégué par les parents. Ils peuvent être prévenus des consultations programmées et y participer si cela est dans l'intérêt de l'enfant. Les mères sont plus impliquées et téléphonent parfois pour obtenir un compte-rendu oral de la consultation par l'assistant familial. Les pères semblent beaucoup plus absents.

Pour les psychologues, les parents peuvent ne pas être sollicités si cela est dans l'intérêt de l'enfant. Toutefois, lorsqu'ils sont sollicités, les parents acceptent toujours le suivi psychologique proposé pour leur enfant mais de manière passive (pas d'obstacle au suivi mais pas de soutien non plus).

Pour les travailleurs sociaux, le principe de la mesure d'AED fait que ce sont les parents qui doivent s'occuper de leurs enfants, donc du suivi santé. Toutefois, ils constatent que l'implication parentale est meilleure si les parents ont compris le problème de leur enfant, si ce problème est physique et si le suivi est court (ou donne des résultats rapidement).

Pour les médecins, les parents peuvent ne pas être conviés si cela est dans l'intérêt de l'enfant. Dans le cas contraire, ils sont et doivent être associés au maximum au suivi de santé de leur enfant (y compris en cas de placement de l'enfant).

Les mères du centre maternel s'occupent du suivi de santé de leur enfant. Les rendez-vous sont notés sur un tableau au centre maternel et sont « impossibles à oublier car ils [les professionnels du centre maternel] sont hyper vigilants là-dessus ».

### 3.2.8. Le retentissement des problèmes de santé de l'enfant confié sur la vie quotidienne des familles d'accueil

Dès que l'enfant présente un problème de santé (troubles du comportement, du sommeil, tumeur, etc.), les assistants familiaux décrivent un retentissement majeur sur leur propre vie quotidienne. Ce retentissement est souvent qualifié d'épuisement et d'adaptation du quotidien de toute la famille de l'assistant familial.

Ils ne prennent parfois pas de vacances tant que le problème de santé n'est pas réglé ou impliquent leurs conjoints et leur famille dans le suivi (pour accompagner l'enfant en hospitalisation, etc.). Selon certains assistants familiaux, cela peut conduire à des divorces (bien que ce ne soit le cas pour aucun assistant familial interrogé dans cette étude).

Ils appellent de leurs vœux des solutions de la part de l'ASE. Ils sollicitent parfois une famille relais (accueil de l'enfant qui leur est confié par une autre famille d'accueil quelques jours par mois, souvent des week-ends ou pour les vacances de l'assistant familial). Toutefois, le faible nombre de ces familles relais entraîne des délais d'attente importants pour les assistants familiaux, dès lors sur le point d'arrêter l'accueil.

### 3.2.9. Suivi de santé de l'enfant et liens entre les professionnels concernés par ce suivi

Pour la majeure partie des assistants familiaux, le médecin traitant de l'enfant est celui de la famille d'accueil. Certains assistants familiaux font suivre l'enfant par un pédiatre ou la PMI, soit parce que le suivi était antérieur à la mesure, soit par volonté de l'assistant familial. D'autres assistants aimeraient que l'enfant qui leur est confié bénéficie d'un suivi spécialisé

(pédiatre ou PMI) et regrette que l'ASE ne le leur propose pas. Dans tous les cas, l'ASE n'a que rarement connaissance du nom du médecin traitant de l'enfant.

En cas de consultation à l'hôpital, certains assistants familiaux déplorent une méconnaissance de l'ASE par les professionnels hospitaliers, occasionnant des situations parfois critiques (par exemple, un membre d'une équipe hospitalière voulait demander à la mère d'un enfant placé dans une famille d'accueil son autorisation pour que l'enfant sorte avec l'assistant familial).

Pour les psychologues, le travail de collaboration avec la PMI est insuffisant, contrairement aux travailleurs sociaux qui estiment avoir un bon travail de collaboration avec la PMI.

Toutefois, ils estiment qu'au début d'une mesure d'aide sociale à l'enfance pour un enfant préalablement suivi en PMI, la PMI semble se désengager de la situation tandis que l'ASE ne laisse pas de place à la PMI. Ils espèrent une amélioration prochaine grâce à la nouvelle organisation départementale à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015 (maison des solidarités de proximité regroupant dans un même lieu, la PMI, l'ASE et le service social du département).

Pour les médecins de PMI, les liens avec l'ASE sont insuffisants ; notamment, l'ASE leur adresse peu d'enfants et peut arrêter un suivi PMI débuté avant la mesure (suite au placement sur un autre territoire par exemple). Les liens PMI/ASE sont bons avec le centre maternel de la maternité de Nancy où les mères se voient systématiquement proposer un suivi à la PMI la plus proche.

En médecine libérale, les contacts avec l'ASE ne se font qu'en cas de démarche personnelle du médecin.

Pour les mères, la liberté de choisir le médecin qui suit leur enfant est importante. La plupart peuvent effectuer ce choix, toutefois suite à des demandes répétées de « l'équipe d'en bas » (soit l'équipe dite « des mamans »), une maman qui souhaitait un suivi PMI exclusif a finalement accepté de compléter par un suivi chez un pédiatre en libéral.

Au retour des consultations, un contrôle du carnet de santé et des ordonnances est réalisé de façon systématique par le centre maternel. Cela plaît aux mères car, tout en gardant une certaine autonomie (aller aux consultations seules, etc..), elles se sentent soutenues tout au long de la mesure et le personnel du centre maternel peut, en plus du suivi, leur expliquer les traitements.

### 3.2.10. Les pistes d'amélioration proposées par les interrogés.

Pour tous les professionnels, les pistes d'amélioration les plus fréquemment avancées sont la nécessité de coordination des soins et de suivi des enfants confiés (médecin coordinateur référent), le partage des informations (notamment à l'aide du partage de l'information à caractère secret), le travail en réseau et la formation des professionnels (sociaux à la santé, médicaux à la protection de l'enfance).

Les assistants familiaux et les médecins souhaiteraient une meilleure reconnaissance des troubles psycho-pathologiques afin que l'enfant bénéficie de prises en charge précoces adaptées.

Certains assistants familiaux et un médecin aimeraient un dossier de suivi médical, notamment pour les antécédents, afin que les données suivent l'enfant d'une mesure à l'autre si nécessaire. Cela permettrait d'éviter des erreurs telle la non dispensation de traitement chronique à l'arrivée dans une mesure.

Les assistants familiaux aimeraient bénéficier de plus d'écoute de la part de l'ASE, de familles relai plus rapidement et parfois que l'ASE leur propose d'arrêter l'accueil (eux-mêmes se disant parfois trop impliqués pour l'enfant, cela implique des difficultés pour demander l'arrêt de l'accueil).

Pour un médecin de PMI, l'harmonisation des pratiques sur le territoire départemental faciliterait énormément le suivi de ces enfants.

Enfin, pour les mères, peu d'améliorations sont nécessaires. Une mère a souhaité qu'un médecin connaissant le centre maternel puisse être appelé les nuits ou les week-ends en cas de problème de santé, pour ne pas avoir à attendre le lendemain, après une nuit passée avec la peur ou se résoudre à appeler un médecin généraliste de garde ne connaissant absolument pas la structure, ses principes et son fonctionnement.

## 4. Discussion

### 4.1. Limites et biais

#### 4.1.1. Recrutement

Les enfants de la pouponnière et du centre maternel étaient dans la structure depuis 3 à 15 mois. Le temps d'observation ainsi que l'initiation et le rattrapage des différents suivis nécessaires avaient donc déjà pu être réalisés.

Le recrutement des enfants en famille d'accueil s'est fait sur la base du volontariat des assistants familiaux. On peut donc penser que les assistants familiaux ont plus répondu si l'enfant qui leur était confié présentait des problèmes de santé majeurs (au moins 2 assistants familiaux l'ont d'ailleurs clairement exprimé).

Le recrutement des enfants en AED s'est fait aussi en partie sur la base du volontariat des travailleurs sociaux. Cette mesure est le plus souvent instaurée à partir de la classe de CP, soit après 6 ans, ou alors pour une fratrie entière (incluant les derniers de la fratrie pouvant avoir moins de 6 ans). Ainsi, on peut penser que la décision d'instauration de mesure ne l'était pas fondamentalement pour les troubles de l'enfant inclus dans l'étude. Toutefois, nous avons choisi d'étudier la mesure d'AED car l'AED est la mesure pouvant concerner les moins de 6 ans pour lesquels le service de l'ASE détient le plus d'informations.

Les différents professionnels interrogés l'ont été sur la base du volontariat. On peut donc penser qu'ils présentaient une motivation et un intérêt particuliers pour améliorer le suivi de santé des enfants confiés à l'ASE.

L'effectif étudié est réduit (12 à 33 enfants par mesure, 3 à 11 adultes par catégorie). Toutefois, au vu de l'absence de données antérieures pour le département et les limites de temps à la réalisation de ce travail, le maximum d'enfants et de professionnels a été inclus. Tous les enfants pouvant être étudiés l'ont été et tous les professionnels ayant souhaité avoir un entretien en ont bénéficié.

#### 4.1.2. Les limites de l'utilisation du bordereau de recueil de données

Pour la pouponnière et le centre maternel, les données relevées l'ont été sur dossier. Il est possible que toutes les données concernant le suivi n'aient pas été notées (par exemple, le suivi CMP des enfants de la pouponnière n'est pas géré par les infirmières et le médecin qui remplissent le dossier médical). Afin de pallier ce biais pour la pouponnière, un contrôle des données possiblement incomplètes a été fait par le médecin de la pouponnière ce qui a permis d'y inclure les données du suivi psychologique.

#### 4.1.3. Les limites de l'entretien semi-directif

Ce type de recherche qualitative repose en partie sur une expérience qu'il a fallu acquérir au début l'étude. Ainsi après apprentissage des principes de l'ESD et plusieurs entretiens, la méthode d'entretien s'est progressivement et rapidement améliorée.

Les mères interrogées ont semblé très impressionnées, non pas par le dictaphone, mais par le fait que leur avis soit nécessaire à un travail de thèse. Leurs réponses étaient presque exclusivement positives sur la qualité du suivi de santé de leur enfant. De plus, certaines mères étaient en situation de fin de mesure. Cela les a-t-il empêchées d'être plus critiques sur le suivi de leur enfant ?

## 4.2. Pourquoi améliorer le suivi santé des enfants confiés à l'ASE ?

### 4.2.1. L'apport de ce travail de recherche

Peu d'études récentes sur la santé des enfants ont été réalisées au niveau national, elles n'abordaient que de manière détournée le suivi de santé et leur objectif était plus de dresser un bilan que de proposer des perspectives d'amélioration. Les données en Meurthe-et-Moselle sont manquantes bien que la protection de l'enfance soit une priorité de longue date du département.

Ainsi, à l'heure des changements au sein de la protection de l'enfance (feuille de route nationale, réorganisation départementale), les données sur ce qu'il conviendrait d'améliorer sont potentiellement utiles.

De plus, les données nationales existantes sur la santé de l'enfant concernent soit les enfants et jeunes majeurs de l'ASE (de 0 à 21 ans), soit exclusivement les adolescents (après 11 ans). A notre connaissance, aucune étude ne porte sur les enfants de moins de 6 ans. Or, les structures de suivi de santé, telle la PMI, n'existent que pour les moins de 6 ans. Il était donc intéressant de centrer l'étude sur cette population.

Sans oublier que l'enfance, ainsi que l'adolescence, sont définies comme étant « les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance, ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie. » [19].

Devant de tels enjeux, un focus sur les enfants les plus jeunes est intéressant.

### 4.2.2. Des enfants potentiellement fragiles

#### 4.2.2.1. Dès la vie in utero et néonatale

Dès la vie in utero, les enfants de l'étude semblent exposés à de plus grands risques pour leur santé que les autres enfants. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les mères d'enfants confiés à l'ASE consomment plus souvent du tabac en cours de grossesse que la population générale des mères de Meurthe-et-Moselle. Cette différence entre les deux populations est significative ( $p < 0.05$ ). Or le tabac est un facteur de risque de naissance prématurée ( $< 37$  SA), de retard de croissance intra-utérine, de troubles respiratoires dans la petite enfance, de troubles à type d'opposition, de déficit attentionnel et d'hyperactivité [20].

La prématurité chez les enfants confiés est plus fréquente que dans la population générale (9,1% dans l'étude contre 6,4% en Meurthe-et-Moselle), ce qui confirme les données de l'étude réalisée en Rhône-Alpes (entre 9 et 17% dans l'étude contre 7% au niveau national). [2]. Toutefois, en Meurthe-et-Moselle, la différence n'est pas significative entre les enfants de l'étude et de la population générale. Rappelons néanmoins qu'en plus des conséquences néonatales de la prématurité (rétinopathie, troubles de l'alimentation, hémorragie ou anoxie cérébrale, décès, etc.), le retentissement s'observe aussi à plus long terme, avec, notamment à l'âge de 5 ans, davantage de troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs que les enfants nés à terme [21]. Une étude complémentaire à plus grande échelle est donc souhaitée afin de

confirmer ou non cette absence de significativité entre les deux populations (enfants confiés à l'ASE et population générale).

De plus, le petit poids de naissance est plus fréquent chez les enfants de l'étude que dans la population générale (14,3 % dans l'étude contre 6,9% en Meurthe-et-Moselle). Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0.05$ ). Or, le petit poids de naissance est un facteur de risque de troubles cognitifs mineurs et de difficultés scolaires (dans une moindre mesure que la prématurité toutefois) [22].

#### 4.2.2.2. Des problèmes physiques présents

8,3 % des enfants de l'étude avaient une croissance staturo-pondérale en dehors des normes pour leur âge (soit plus de croissance staturo-pondérale en dehors des normes chez les enfants de moins de 4 ans confiés à l'ASE que ceux de Meurthe-et-Moselle). Cette différence n'est pas statistiquement significative. A chaque fois, l'IMC était en dessous des normes dans l'étude mais les données de la PMI n'étaient disponibles que pour des IMC anormaux (soit des enfants hypotrophes ou obèses). Il serait donc intéressant de comparer dans une étude ultérieure les IMC trop bas et trop élevés pour l'âge de façon séparée. En effet, la tendance de l'étude n'est pas en faveur d'une obésité chez les enfants confiés à l'ASE mais une étude française montrait une tendance inverse dans le nord de la France, avec 15% d'enfants de moins de 5 ans de la population générale en surpoids. [23].

Une des explications à cette hypotrophie retrouvée chez les enfants de l'ASE pourrait-elle être en lien avec un « retard de croissance d'origine psycho-affective » (ou « nanisme psychosocial ») ? En effet, ce retard de croissance est retrouvé chez des enfants jeunes ayant souvent un passé de séparation parentale. En pédopsychiatrie, une des explications serait une anomalie précoce du lien mère-enfant (et non une conséquence d'une séparation parentale brutale). La conséquence serait mixte : clinique et biologique, l'enfant présentant un déficit partiel, voire total, en hormone de croissance et une malnutrition spontanée ou provoquée par les parents. Lors du changement d'environnement, l'enfant reprend le plus souvent une alimentation normale pour son âge, ce qui provoque une quasi normalisation de la croissance staturo-pondérale. Toutefois, les troubles psychologiques persistent dans la majeure partie des cas. [24]

La santé bucco-dentaire des enfants confiés à l'ASE en Meurthe-et-Moselle semble globalement correcte. Cela ne corrobore toutefois pas les données de Maine-et-Loire qui faisaient état de caries dentaires chez 10% des enfants confiés à l'ASE de moins de 4 ans et 57% des enfants de 4-6 ans [25]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans l'étude réalisée en Meurthe-et-Moselle, les données étaient recueillies auprès des professionnels de l'ASE (assistants familiaux et travailleurs sociaux) et non après un examen de la cavité buccale. La santé bucco-dentaire des enfants était donc évaluée qualitativement et mériterait donc des explorations médicales complémentaires.

#### 4.2.2.3. Des problèmes psychiques prégnants

Les hypothèses étiologiques des troubles du sommeil sont multiples (symptôme psychosomatique, angoisse de perte, attachement insécure, etc.) et le pronostic de ces troubles est surtout marqué par sa chronicisation et les troubles du développement de l'enfant (cognitif, émotionnel et comportemental) [26].

Or, pour 16% des enfants de l'étude (toutes mesures confondues, sauf centre maternel) des troubles du sommeil étaient invoqués. Il convient de souligner en premier lieu que le recueil

de cette donnée est soumis à subjectivité, aucune précision n'ayant été demandée quant à la nature du trouble. Il n'y a, à notre connaissance, aucune donnée comparable dans la littérature. Toutefois, beaucoup plus d'enfants semblent présenter des troubles du sommeil en Loire-Atlantique (21,7% des 0-21 ans confiés à l'ASE) [3]. A Paris, 39% des enfants de 11-12 ans confiés à l'ASE présentaient des troubles du sommeil, mais 34% des enfants présentant des troubles du sommeil ont vu leur sommeil s'améliorer au cours de la mesure [27].

Les populations ne peuvent toutefois pas se comparer en raison de la différence très importante quant à la moyenne d'âge.

En Meurthe-et-Moselle, la moyenne d'âge de placement était de 1 an et 5 mois. L'âge moyen au moment du recueil était de 2 ans et 7 mois. Ainsi, les mesures étudiées en Meurthe-et-Moselle sont en place depuis longtemps au regard de l'âge des enfants. Les perturbations du sommeil éventuellement liées à une modification des conditions de vie n'ont pas été saisies dans le cadre de cette étude. Cela reste néanmoins un trouble dont la fréquence concerne un enfant sur six et mérite d'être prise en compte.

Les troubles du comportement sont très prégnants en famille d'accueil, avec 40% des enfants concernés. Cette tendance confirme les données de Rhône-Alpes qui dénombrèrent 43,4% d'enfants en famille d'accueil présentant des troubles du comportement [2]. Les troubles du comportement n'étaient pas définis dans la question du bordereau de recueil de données. Les professionnels de santé ont pu citer des colères répétées, des comportements à type d'opposition excessive, etc.

Pourtant, si l'on suit la définition psychiatrique des troubles du comportement, les troubles les plus fréquemment retrouvés chez les moins de 2 ans sont l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED), et chez les 3-5 ans, l'anxiété, des troubles de l'attention/hyperactivité (TDAH) et l'autisme/TED [28].

Au vu des descriptions faites par les professionnels interrogés, leurs critères ne correspondent pas toujours à la définition psychiatrique.

Ainsi, les « troubles du comportement » reconnus par les professionnels de la protection de l'enfance relèvent du symptôme et non d'une maladie. Le symptôme devenant « l'expression d'un conflit inconscient », voire faisant tout simplement partie du développement physiologique de l'enfant. Ainsi, le but n'est pas tant de faire disparaître le symptôme que d'amener à la verbalisation de la souffrance et d'en comprendre l'origine. Cela peut engendrer la disparition du symptôme dans un second temps [29].

De la petite enfance à l'âge adulte, le développement psychomoteur ne cesse d'évoluer. Le comportement d'un adolescent est, par exemple, influencé par ce qu'il a vécu dans la petite enfance (les 3 premières années surtout) : événements de vie, environnement familial, etc. De la santé mentale qu'il avait étant enfant va dépendre la santé mentale à l'adolescence puis à l'âge adulte : ses réactions, son comportement et donc sa santé physique. [30]

Or, 47% des enfants confiés à l'ASE de Meurthe-et-Moselle présentaient au moins un trouble du développement psychomoteur.

De plus, un des aspects importants du développement psychomoteur d'un enfant est le développement de son langage. Or, l'apprentissage du langage requiert plusieurs acquisitions. Dès son plus jeune âge, le nourrisson a un langage, non verbal. Il s'essaie à l'attention conjointe, à l'imitation etc., surtout avec sa maman. Puis au fur et à mesure, il va apprendre le langage verbal qui requiert l'acquisition de la phonologie, la constitution d'un lexique etc., le but ultime étant de pouvoir échanger avec une autre personne. [31]

Or, les troubles du langage concernaient 30 % des enfants confiés à l'ASE de Meurthe-et-Moselle, contre 22% en Maine-et-Loire [25] et 7,3 % en Loire-Atlantique [3]. Cette différence peut-elle s'expliquer par le fait que les enfants du Maine et Loire et de Loire

Atlantique étaient plus âgés (étude respectivement chez les moins de 12 ans et les moins de 21 ans) ?

Au total, on constate des retentissements importants au plan du développement psychomoteur de ces enfants dont les conséquences sur leur vie ultérieure seront majeures.

#### 4.2.2.4. Davantage hospitalisés

78,8 % des enfants avaient déjà été hospitalisés. Soit beaucoup plus d'enfants ayant déjà été hospitalisés dans la population des enfants de moins de 24 mois confiés à l'ASE que ceux de la population générale de Meurthe-et-Moselle.

Ce taux extrêmement important d'hospitalisations (parfois très longues) pourrait s'expliquer par un taux d'hospitalisations néonatales peut-être plus important du fait de leur grande fragilité (tabac in utero, prématurité, etc.), de l'instauration de mesure judiciaire (hospitalisation pour raison sociale plus que médicale : attente d'une place en structure ou famille d'accueil par exemple), auxquelles se rajoutent les hospitalisations « classiques » (bronchiolite, déshydratation sur gastro-entérite, etc.). On notera que 2 enfants présentaient des pathologies très lourdes (l'un psychique, l'autre physique) et nécessitaient des hospitalisations longues et répétées. Toutefois, la différence n'est pas significative entre les deux populations (étudiée et Meurthe-et-Moselle), une étude à plus grande échelle serait intéressante afin d'évaluer la réalité de la tendance que nous retrouvons.

#### 4.2.2.5. Des problèmes de santé relevés chez les parents

Les problèmes de santé chez les parents d'enfants confiés à l'ASE sont notés fréquemment. Plus de la moitié des parents des enfants sont concernés par un problème de santé physique et/ou psychique. Cette forte propension de parents d'enfants confiés à l'ASE souffrant de problèmes de santé se retrouve en Rhône-Alpes, dans une moindre mesure toutefois (entre 40,3 et 45 % selon le type de mesure) [2].

Les mères étaient plus représentées, les pères sont plus absents de la vie de leur enfant que les mères.

Les troubles psychiques (notamment les addictions) étaient très notés. Toutefois, le recueil de ces informations est fait par des professionnels non médicaux et par le prisme des difficultés parentales qui focalisent l'attention sur certains aspects de la santé.

#### 4.2.2.6. Des données manquantes en fonction des mesures

Pour les mesures d'AED, la santé physique semble moins connue que la santé psychique, avec des données manquantes majoritairement sur les items de la croissance staturo-pondérale, des hospitalisations et de l'état bucco-dentaire. Il semble donc que les antécédents médicaux, la croissance et le développement physique soient peu ou pas suivis par les travailleurs sociaux.

Pour les mesures en centre maternel, ce sont les données sur la santé psychique qui manquent, notamment la présence ou non de troubles du sommeil, du comportement et du développement psychomoteur. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que le recueil des données n'a été réalisé que sur dossier et carnets de santé, c'est à dire sur les données disponibles à l'admission dans la mesure, données qui ont été complétées par des échanges par mail entre le personnel du centre maternel et les puéricultrices ou médecin du REMM. Ces échanges portaient plus sur le suivi aigu de l'enfant (traitement suite à une gastro-entérite etc.) et peu sur le suivi chronique psychique (consultations au CMP etc.). Peut-être le suivi

psychique est-il plus volontiers traité oralement à l'occasion du passage du personnel médical au centre maternel ?

Pour la pouponnière, les données manquantes l'étaient également pour la santé psychique, surtout les troubles du comportement et du développement psychomoteur. Cela s'explique par le fait que le recueil a été réalisé sur les dossiers médicaux de suivi médical. Or, le suivi psychique est noté dans les dossiers des psychologues, dossiers qui n'étaient pas disponibles pour l'étude. De plus, compléter les données du suivi psychique par le carnet de santé n'était pas contributif, les données sur la santé psychique étant souvent absentes. Est-ce une explication quant au fait que les médecins libéraux n'ont que peu d'informations sur le suivi psychologique de l'enfant à la sortie de la pouponnière ? La prise en charge de la santé de l'enfant est-elle globale si deux professionnels s'en occupent, l'un pour la partie psychique, l'autre physique ? La conséquence peut être une transmission d'informations parcellaires en fin de mesure. Doit-on aussi y voir le fait que l'institution « ASE » ne reconnaît pas au médecin un avis sur la partie psychique de l'enfant ?

#### 4.2.2.7. Les points positifs du suivi de santé

Avec une couverture vaccinale de 98,4%, les enfants confiés à l'ASE sont mieux vaccinés que la population générale des enfants de Meurthe-et-Moselle. Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0.05$ ). Notamment pour les vaccins les plus récents figurant au calendrier vaccinal (comme pour le pneumocoque). Bien que n'ayant pas connaissance d'études disponibles sur la même tranche d'âge, nous notons toutefois une très nette amélioration de la couverture vaccinale en quelques années. En effet, 25% des enfants confiés à l'ASE dans le Maine-et-Loire n'avaient pas leurs vaccinations à jour en 2006 par exemple. On peut aussi y voir le fait que les vaccinations sont mieux contrôlées chez les jeunes enfants mais que pour les plus grands, les rappels ne sont pas toujours réalisés (d'autres problématiques pouvant se surajouter au fur et à mesure des années, faisant ainsi « oublier » les rappels vaccinaux). On peut y voir une mobilisation et une attention importante autour de la prévention. D'autres explications peuvent être avancées : les enfants étudiés en Meurthe-et-Moselle étaient souvent placés à l'âge de réalisation des vaccinations et du fait de leur jeune âge pouvaient changer de mesures ou quitter l'ASE rapidement (de la pouponnière à la famille d'accueil, du centre maternel au domicile par exemple). Les professionnels médicaux et les assistants familiaux étaient donc vigilants quant aux vaccinations.

Sur le plan du suivi somatique, les enfants avaient tous vu un médecin en consultation au moins une fois dans l'année. Et sur le plan psychique, les troubles du comportement, du développement psychomoteur (dont le langage) étaient bien suivis (au moins 80% des enfants présentant un de ces troubles étaient suivis).

Il semble donc que le suivi « quantitatif » des enfants soit globalement conséquent. Toutefois, au fil des entretiens avec les professionnels et les parents, le suivi dans sa globalité mérite des améliorations. Doit-on y voir un questionnement sur la qualité des prises en charge proposées ?

### 4.3. Comment améliorer le suivi santé des enfants confiés à l'ASE ?

#### 4.3.1. Un objectif commun, des moyens différents pour l'atteindre

La définition de la santé est globalement similaire pour tous les interrogés : un bien-être physique et psychique. Mais, selon les catégories des interrogés, quelques subtilités apparaissent.

En effet, spontanément, médecins et assistants familiaux vont évoquer l'importance de la prévention, médecins et psychologues plutôt l'importance du dépistage précoce. Tandis que pour les travailleurs sociaux et les mères, c'est le soin et l'accessibilité aux soins qui passent au premier plan.

Il semble donc important d'expliquer aux différents professionnels et aux parents l'utilité du suivi préventif et systématique. Un discours plus cohérent en direction des parents serait certainement de nature à améliorer la qualité des soins et à accroître la crédibilité des professionnels de l'ASE et la cohésion des équipes. La compréhension des troubles par les parents, et du suivi qui en découle, sont un élément-clé de la qualité des soins (l'enfant voyant son parent valider et adhérer au suivi sera plus à même de l'investir) et de la continuité des soins. [32]

#### 4.3.2. L'identification des pathologies

Comme nous avons pu le voir, identifier les pathologies de ces enfants n'est pas chose facile dans le cadre d'une étude de ce type.

La formation des professionnels de santé présente des lacunes. Un item des épreuves nationales classantes sur 345 concerne indirectement la protection de l'enfance. Il s'intitule : maltraitance et enfants en danger, protection maternelle et infantile [33]. A titre indicatif, aucun enseignement théorique n'est disponible sur ce sujet au cours de l'internat de médecine générale à Nancy. Or cette population d'enfants est fragile. Donc pour un médecin, connaître les parcours de vie comme le fonctionnement de la structure de l'ASE, peut lui permettre de réaliser un suivi de meilleure qualité. C'est d'ailleurs ce que demandait une mère au centre maternel : « il devrait y'avoir un médecin qui connaît le centre maternel la nuit ici, une astreinte par exemple, parce que SOS médecins, ils ne nous connaissent pas ».

Sur le plan de la santé physique, les travailleurs sociaux semblent peu formés. Or la santé globale d'un enfant passe aussi par sa santé physique et ce d'autant plus que l'enfant est jeune. Garantir la santé des enfants fait partie des missions de l'ASE. Il semblerait donc intéressant de réaliser une formation pour ces professionnels de la protection de l'enfance afin qu'ils appréhendent mieux l'importance de la santé physique, du développement de l'enfant et de son suivi préventif. Cela leur permettrait ainsi de surveiller la réalisation d'un bon suivi chez un médecin (poids, taille etc.). La collaboration systématique avec la PMI permettrait de veiller à une meilleure coordination des prises en charge.

Sur le plan de la santé psychique, nous avons pu constater que les assistants familiaux décrivaient rapidement des « troubles du comportement » qui pourraient finalement être des symptômes plus que des troubles [29]. Les travailleurs sociaux semblent aussi très vigilants quant à la santé psychique.

L'intrication entre les problèmes éducatifs et la psychopathologie nécessite une prise en compte à ces deux niveaux. Le travailleur social est centré sur le travail éducatif mais un tiers qualifié semble être nécessaire à l'orientation de l'enfant au plan thérapeutique. Par ailleurs un des obstacles à la réalisation d'un bon suivi de santé pour ces enfants est le délai d'attente en CMP ou en CAMPS. Or certains enfants y sont adressés sans avis médical. Une régulation par une orientation par un médecin pourrait permettre une mobilisation de ces compétences à bon escient.

La protection de l'enfance en Meurthe-et-Moselle s'inscrit dans une réalité nationale comme ayant « d'une part une bonne santé globale des enfants [...], avec un système de prise en

charge plutôt performant, et d'autre part des zones d'ombre spécifiques, notamment en santé mentale. Sur ce dernier point, une des difficultés majeures tient à une sous-détection à tous les âges. Des progrès sont possibles en s'appuyant sur la protection maternelle et infantile (PMI), sur la médecine scolaire, sur le système de soins en ville [...] ou hospitalier, les murs entre ces acteurs devant être abattus. » [34]

#### 4.3.3. Un suivi défini

##### 4.3.3.1. La visite d'admission

Comme nous avons pu le voir, les visites médicales d'admission ne sont réalisées que dans le cas d'une entrée dans les structures (centre maternel, pouponnière, UAO) mais pas pour les enfants à domicile (parental ou de l'assistant familial). Or ce temps de consultation systématique pourrait permettre un premier contact serein avec le médecin qui va suivre l'enfant (constitution d'un dossier médical, temps de « débrouillage » permettant la recherche des antécédents). Pour les assistants familiaux, cela pourrait être un temps d'échanges sur le plan médical (antécédents, comportement de l'enfant, etc.).

Mais comme nous avons pu le voir, les assistants familiaux et travailleurs sociaux n'ont que peu de connaissance des antécédents de l'enfant. Or, 95% des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE en Meurthe-et-Moselle sont connus de la PMI (certificats de santé obligatoires, données d'un suivi antérieur, données administratives comme les jugements, informations préoccupantes, etc.). De plus, le temps d'échange avec la puéricultrice préalable à la consultation médicale peut permettre aux assistants familiaux et parents de questionner des professionnels de la petite enfance sur des questions fondamentales (alimentation, sommeil, etc.) et la consultation médicale est plus longue (environ 30 minutes), ce qui est très apprécié des parents. [35] Cela peut être un atout dans la prise en charge de ces enfants. Mais certaines personnes n'ayant pas une bonne image de la PMI : « je pense qu'il y a encore beaucoup de familles, enfin beaucoup de jeunes mères qui ont un passé compliqué de placement et qui ont une vision de la PMI, pour elles, synonymes de placement aussi », (médecin de PMI interrogé). Elles préféreront aller chez un autre professionnel. Ce qui n'est pas gênant, dans la mesure où cette visite est réalisée dans une perspective de prise en compte la plus globale possible du développement de l'enfant en référence à son histoire familiale.

Pour cela, l'ASE doit proposer une visite médicale d'admission en indiquant aux professionnels et parents les différents professionnels en mesure de réaliser une telle visite (médecin traitant, pédiatre ou PMI).

##### 4.3.3.2. Le suivi pluri-professionnel et la gestion des ressources médicales

La santé des enfants confiés à l'ASE est suivie par de multiples professionnels. On retrouve ainsi : les différents médecins (généraliste, pédiatre, PMI, pédopsychiatres, autres spécialistes), les différents professionnels paramédicaux (psychologue, psychomotricien, orthophoniste), les travailleurs sociaux, etc. Or, au fil des entretiens, certains professionnels estiment que le suivi de santé est plus « quantitatif » que « qualitatif ». Chaque prise en charge considérée individuellement peut être justifiée, mais la « masse » de prises en charge ne permet ni le respect du rythme de vie des enfants (sieste etc.), ni à l'enfant de « se poser » avec un professionnel.

Il est aussi apparu que beaucoup de professionnels ne connaissaient pas le travail des autres professionnels. Ainsi, le « qui fait quoi » n'est pas défini. Chacun peut travailler à côté de l'autre, sans jamais échanger. Cela peut aboutir à des prises en charge surprenantes, excessives et chronophages (par exemple : plusieurs consultations pour le même motif

orthopédique mais avec des personnes différentes : parents, puis à la pouponnière, puis avec l'assistant familial pour toujours aboutir à la même conclusion : surveillance simple). La place de chacun n'étant pas toujours définie, le suivi de santé n'est pas toujours de qualité.

De plus, alors que certains professionnels le déplorent parfois, les services de PMI et de l'ASE n'échangent pas assez : « La PMI [...] [quand] elle a passé le relais, elle n'est plus là » (une psychologue) ; « tout d'un coup, j'apprends que l'enfant est restitué ou je ne l'apprends pas » (un médecin de PMI). Pourtant, les échanges, lorsqu'ils ont lieu, semblent de qualité : « Ça m'arrive d'avoir des discussions avec la responsable ASE, discussions intéressantes, je trouve qu'on a des points de vue complémentaires, elle me donne des éclairages auxquels je n'avais pas pensé et réciproquement ! » (un médecin de PMI).

C'est cette complémentarité qui doit être développée car le champ de la PMI et de la protection de l'enfance sont différents, leurs missions sont différentes et leurs modes d'action aussi : l'un n'intervient pas dans la continuité de l'autre, l'activation de l'un ne doit pas entraîner l'annulation de l'autre et inversement.

« C'est le service de l'ASE qui est en charge de mettre en œuvre la protection de l'enfance. La contribution principale de la PMI à la protection des enfants, c'est avant tout d'exercer pleinement sa propre mission » [36]. Là encore, le département de Meurthe-et-Moselle s'inscrit dans une problématique nationale puisque la feuille de route de la protection de l'enfance 2015-2017 évoque que « le manque d'articulation entre les institutions, le manque de coordination et de coopération entre les acteurs, [...] constituent certainement l'élément le plus fréquemment relevé au cours de la concertation ». [37]

Deux solutions complémentaires semblent être nécessaires : la réalisation d'un projet pour l'enfant (PPE) et la coordination des soins par un médecin.

Le projet pour l'enfant doit être réalisé dès le début de la mesure, avec une réévaluation annuelle voire pluriannuelle. Il permettra d'organiser le travail de chaque professionnel, le suivi de santé de qualité, la gestion des ressources médicales et la prise en charge globale de l'enfant. [37]

La coordination des soins par un médecin de PMI serait idéale dans la situation actuelle. De par sa connaissance de la petite enfance, et parce qu'il a accès à tous les lieux de vie des enfants (domicile, crèche, école) comme aux dossiers de PMI déjà constitués pour plus de 95% des enfants confiés à l'ASE, le médecin de PMI dispose déjà d'une vision globale de la santé de l'enfant. Il n'est pas nécessaire qu'il réalise le suivi, mais il peut être le coordinateur des soins et transmettre les différentes informations aux professionnels concernés.

De plus actuellement, si l'enfant change de mesure ou quitte l'ASE pour y revenir à un âge plus avancé, certaines données sont perdues : « [avec le changement de mesure ou un temps sans mesure] il y a de la perte d'information, il faut être honnête » (un travailleur social), ou parfois ces données sont erronées : « le plus caricatural, [...] on a eu [...] une jeune fille qui avait une greffe de foie et dans santé, c'était marqué "ras" » (un médecin).

La création d'un dossier médical de suivi de santé tout au long du parcours ASE de l'enfant pourrait donc être une solution à cette perte d'information. Cette constatation est la même que dans le Maine-et-Loire. [25]

Enfin, il pourrait être intéressant, afin de compléter la coordination effectuée par le médecin du REMM, que les informations du suivi psychique des enfants du centre maternel lui soient systématiquement transmises (au moins le début, la fin du suivi et les événements intercurrents) afin de garder une trace écrite dans le dossier médical.

#### 4.3.4. Le partage des informations à caractère secret

##### 4.3.4.1. La transmission des informations

Le manque de transmission des informations est un réel obstacle, surtout pour les assistants familiaux : « le suivi, moi, j'ai la sensation qu'on ne me dit pas tout » (un assistant familial). Nous l'interprétons comme une possible méconnaissance du caractère professionnel de leur position.

De plus, les professionnels de santé et notamment les CMP semblent peu enclins à échanger sur les diagnostics posés et le suivi proposé, malgré les demandes répétées de travailleurs sociaux, psychologues, assistants familiaux et médecins. Le respect du secret médical en est la raison invoquée : « on a eu des professionnels qui disaient "non, on est dans le secret médical, on garde nos informations" » (un travailleur social). Or l'article L226-2-2 du CASF autorise les médecins à partager les informations à caractère secret. Doit-on y voir encore un manque d'information et de formation des médecins ?

Toutefois, ce manque de transmission des informations ne concerne pas uniquement les médecins, mais aussi les travailleurs sociaux. Les regroupements des compétences étaient nécessaires [34] afin de favoriser les échanges. La réorganisation mise en place depuis septembre 2015 en Meurthe-et-Moselle y remédie avec la création des maisons des solidarités, regroupant les services de secteur de l'ASE, de PMI et le service social du département au sein d'un même lieu. L'objectif est de favoriser les collaborations.

##### 4.3.4.2. La place du carnet de santé

La place du carnet de santé peut aussi être discutée. En effet, après étude des carnets de santé de la pouponnière, il est apparu qu'aucun carnet de santé ne portait la mention de trouble psychopathologique. Pourtant, les « constatations importantes concernant la santé de l'enfant » doivent figurer dans le carnet de santé de l'enfant (article L 2132-1 du CSP). Mais les mentions psychiatriques véhiculant potentiellement des représentations négatives y sont peu mentionnées. Les raisons avancées par les psychiatres sont la confidentialité, la crainte de conséquences sur les relations avec les parents et de « fixation » des troubles psychopathologiques. Pourtant, seulement 11,6% des parents ne souhaitent pas que les troubles psychologiques soient mentionnés dans le carnet de santé [32].

Il pourrait donc être intéressant que le psychiatre ou le psychologue puisse noter les points importants du suivi dans le carnet de santé (début, fin, événements intercurrents au suivi).

#### 4.3.5. L'harmonisation des pratiques départementales

« C'était pas du tout comme ça quand on travaillait sur Nancy » (un médecin de PMI d'un territoire) ; « ils [le PFS] le prennent en compte, tout le temps, chaque fois que je dis quelque chose » (un assistant familial, à l'Ouest de Nancy) ; « j'ai eu du mal à être entendue » (un autre assistant familial, au Sud de Nancy). Comme nous avons pu le voir, les vécus sont différents d'un territoire à l'autre, d'une équipe à l'autre.

L'harmonisation des pratiques départementales et nationales permettrait d'améliorer la visibilité des actions, leur évaluation dans le temps et la diminution des inégalités territoriales. Ainsi, l'Etat propose la création d'une gouvernance nationale de la protection de l'enfance gérée par le Premier ministre (afin de « renforcer le caractère interministériel » et le renforcement de l'utilisation des observatoires (tel l'ONED)). L'Etat devient ainsi un partenaire des départements [37]. La répartition des équipes en plus petites unités telles les

maisons des solidarités, pourrait pourtant avoir comme conséquence aussi d'accroître cette difficulté d'harmonisation des pratiques.

#### 4.3.6. L'environnement de l'enfant

La place des parents est très importante, même si l'enfant ne vit plus à leur domicile. Il semble que les parents sont aidants, parfois critiques, dans le suivi de santé de leur enfant, mais jamais opposants. Lors de l'entretien avec le pédopsychiatre, celui-ci expliquait l'importance du maintien du lien parent-enfant s'il avait été créé. Il lui semblait aussi que les enfants dont le lien de qualité était maintenu avec leurs parents « allaient mieux » que les autres, que les enfants investissaient plus leur famille d'accueil par exemple, parce que la mesure était travaillée avec les parents. Toutefois, ce positionnement n'est pas valable pour tous les parents et tous les enfants confiés à l'ASE. En effet, « il existe des liens positifs, qui fournissent un étayage indispensable au développement psychique de l'enfant et qui lui permettent d'organiser son monde interne. Il existe des liens négatifs traumatiques qui sont source d'excitation violente, douloureuse, brusque, prématurée, angoissante, des liens gravement désorganiseurs, qui ne permettent que l'établissement de processus pathologiques d'attachement, d'identification » [38]. Le rapport De Singly va d'ailleurs dans ce sens : « Orientation n° 12. Soutenir le droit des enfants à développer des liens avec leurs proches, sous réserve de l'intérêt de l'enfant ». [34]

La place des assistants familiaux est à redéfinir lorsque l'enfant est suivi par l'ASE. En effet, en cas de problème de santé de l'enfant, leur place est ambiguë : d'un côté ils se sentent peu écoutés (réponse lorsqu'ils sollicitent de l'aide pour des troubles : « c'est normal que l'enfant ait du retard, c'est normal qu'il ait des troubles du comportement, tout est toujours minimisé ! [...] C'est un enfant de l'ASE. ») et peu pris au sérieux (« on veut nous psychanalyser [quand on dit qu'un enfant ne va pas bien] ») ; de l'autre, certains choix leur incombent alors qu'ils n'en ont pas les compétences : « nous [l'assistante familiale et son conjoint], sur tous ses troubles, c'est nous qui avons fait la totalité des diagnostics »). Les assistants familiaux qui se disaient épuisés et qui évoquaient l'arrêt possible de l'accueil en cours étaient tous suivis par l'ASE ou venaient de quitter le suivi ASE pour un suivi PFS.

Or, « le référentiel professionnel des assistants familiaux, précisé par l'arrêté du 14 mars 2006, décline le rôle de l'assistant familial en quatre axes. Deux renvoient à l'accueil au quotidien de l'enfant, en garantissant une permanence relationnelle envers l'enfant et en s'assurant de sa bonne intégration au sein de la famille d'accueil. Les deux autres s'inscrivent dans le cadre d'une action collective de l'équipe pluridisciplinaire. Ils visent "à aider l'enfant à trouver ou retrouver un équilibre et à aller vers l'autonomie" et à l'accompagner dans ses relations avec sa propre famille. Ces deux missions nécessitent un partage d'informations avec, a minima, le référent de l'enfant. Ces informations échangées sont le fruit d'un travail réflexif mené par l'assistant familial sur ce que le cadre familial quotidien proposé induit sur le jeune accueilli. Pour que ce travail réflexif puisse avoir lieu et qu'il puisse ensuite servir d'éléments de réflexion pour l'équipe, il faut notamment que l'assistant familial soit encadré, reconnu et entendu et qu'une place à part entière lui soit accordée dans l'équipe ». [39]

Les professionnels dont l'enfant était suivi par le PFS ne présentaient pas les mêmes difficultés, se disant « écoutés », « soutenus ».

Il semble donc nécessaire au bien être de l'assistant familial, et donc de l'enfant confié, qu'il soit reconnu dans sa profession et soutenu en cas de problème de santé de l'enfant confié.

En effet, un accueil qui s'arrête est synonyme de ruptures pour l'enfant confié (environnement, suivi médical, etc.).

#### 4.4. Liste des propositions d'amélioration pour le suivi de santé des enfants de moins de six ans confiés à l'ASE de Meurthe-et-Moselle

- Réalisation du projet pour l'enfant avec un volet santé
  - o Avec réévaluations régulières (annuelles voire pluriannuelles)
  - o Permettant de définir la place de chacun (dont les parents) et les objectifs communs
- Coordination des soins
  - o Coordination par un médecin de PMI
  - o Création d'un dossier médical de suivi tout au long du parcours ASE de l'enfant.
- Soins de qualité
  - o Visite médicale d'admission pour tous les enfants confiés à l'ASE préférentiellement par un médecin de PMI, sinon, possibilité de réaliser cette visite d'admission par un médecin généraliste ou un pédiatre.
  - o Orientation d'un enfant vers une structure médicale après avis médical uniquement
  - o Respect du rythme de vie et de l'agenda scolaire des enfants lors des suivis de santé
- Partage des informations à caractère secret
  - o Entre professionnels de la protection de l'enfance
  - o Avec mention des troubles et suivi psychopathologiques dans le carnet de santé
- Amélioration de l'environnement de l'enfant
  - o Impliquer les parents au suivi autant que possible et si cela n'est pas contraire à l'intérêt de l'enfant (cas exceptionnels).
  - o Maintien, accompagnement et éventuellement soin du lien parent-enfant afin de garantir sécurité et continuité à cet enfant
  - o Reconnaissance pleine des assistants familiaux comme des professionnels de la protection de l'enfance ; orienter les assistants familiaux vers l'offre de service PMI (consultations, visites à domicile des puéricultrices de PMI pour les bébés et très jeunes enfants)
- Formation des professionnels
  - o De santé à la protection de l'enfance (hospitaliers et étudiants en médecine)
  - o De la protection de l'enfance à la santé (travailleurs sociaux en AED etc.)

## Conclusion

Cette étude a permis d'obtenir les premières données sur la santé des enfants de moins de 6 ans en Meurthe-et-Moselle.

Nous avons notamment observé qu'en raison de leur exposition précoce aux toxiques dès la vie intra-utérine, de la forte prévalence de troubles psychiques (troubles du sommeil, du comportement, du développement psychomoteur) et des taux d'hospitalisation très élevés, cette population est fragile et nécessite une attention particulière sur le suivi de santé.

Or, ces enfants sont suivis médicalement et para médicalement (psychologue, orthophoniste), pour leur santé physique et psychique. Ce n'est donc pas sur le suivi en tant que tel que des améliorations sont à réaliser.

Des entretiens auprès des professionnels et des parents ont donc été réalisés afin de définir leurs difficultés au quotidien et de proposer des perspectives d'amélioration.

A l'issue de ce travail, les propositions pour un meilleur suivi des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE portent sur : la réalisation du projet pour l'enfant, la coordination des soins (si possible par un médecin de PMI) et la création d'un dossier de suivi médical, une amélioration de la qualité des soins (avec une visite d'admission systématique, un avis médical avant une orientation d'un enfant vers une structure médicale...), un partage des informations à caractère secret entre professionnels de la protection de l'enfance (conformément à la loi) et une amélioration de l'environnement de l'enfant (avec l'implication des parents au suivi si cela est dans l'intérêt de l'enfant ainsi que la reconnaissance des assistants familiaux comme professionnels de la protection de l'enfance). Enfin, la formation des professionnels à la protection de l'enfance et à la santé de ces enfants est primordiale.

Ces propositions arrivent au moment de la réorganisation départementale en maisons des solidarités en Meurthe-et-Moselle. Le moment est donc idéal pour fixer les points à améliorer dans le suivi de santé des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE afin de débiter une nouvelle organisation départementale sur de nouvelles bases.

De plus, ces propositions sont en accord avec la feuille de route de la protection de l'enfance 2015-2017 qui est instaurée par le gouvernement au niveau national depuis l'automne 2015.

Pour ma part, lorsque je reverrai Lilirose, Zoey et Alexi, j'aborderai cette consultation avec une autre représentation que celle d'un « check up » ponctuel. Au vu de leurs possibles fragilités, de leur histoire particulière, j'essaierai d'instaurer un suivi préventif plus continu et plus complet, plus en lien aussi avec les professionnels de la protection de l'enfance. Si ma consultation me paraissait insuffisante (notamment en termes de temps), je n'hésiterais d'ailleurs pas à faire le lien avec la PMI.

Et le sourire frais des enfants continue (Victor Hugo)

## Bibliographie

1. Sommelet D. - Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent : L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé - 2006, 544 p.
2. Bourgeaux I., Guye O., Fontaine-Gavino K., Jacob D., Fiasson D., Robin P., Corbet E. - La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Rapport final - Rhône Alpes, 2012, 135 p.
3. Bacro F., Rambaud A., Sellenet C. - La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance : l'exemple de la Loire-Atlantique - 2012, 111 p.
4. Quiriau F., Roméo C. - Le guide de protection de l'enfance - ESF éditeur, 2015, 1 400 p.
5. Légifrance - Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [en ligne],  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id>, consulté le 10 janvier 2015.
6. Guide pratique protection de l'enfance, la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation - Paris, 2007, 35p.
7. Dini M., Meunier M. - Sénat - Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance [en ligne],  
<http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>, consulté le 2 février 2015
8. Barth-Haillant C., Bichwiller J.P. (et al). - Le dispositif ASE 54, sens et méthode – Nancy, conseil général de Meurthe-et-Moselle, 2013, 195 p.
9. Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. - Inégalités sociales de la santé : déterminants sociaux et modèles d'action - Rapport IGAS, 2011, 124 p.
10. Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'organisation mondiale de la santé. New York, 1946, 18 p.
11. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, 1986, 6 p.
12. Légifrance, code de la santé publique - article L 2132-2 [en ligne],  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2F9B5CF49EE97A3FF231CED78B2B71F1.tpdila13v\\_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687405&dateTexte=20150926&categorieLien=cid#LEGIARTI000006687405](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2F9B5CF49EE97A3FF231CED78B2B71F1.tpdila13v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687405&dateTexte=20150926&categorieLien=cid#LEGIARTI000006687405), consulté le 3 février 2015
13. Légifrance, code de la santé publique - article L 2132-1 [en ligne],  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687403&dateTexte=&categorieLien=cid>, consulté le 3 février 2015
14. Ecole de santé publique de Nancy, [en ligne] [http://www.sante-pub.u-nancy.fr/presentation/ILLUSTRATIONS/UE2\\_Chap3/co/Module\\_Chapitre\\_3\\_11.htm](http://www.sante-pub.u-nancy.fr/presentation/ILLUSTRATIONS/UE2_Chap3/co/Module_Chapitre_3_11.htm)  
consulté le 27/08/2015

15. AMOGHLY-RAHIMI S. - Réalisation des thèses et mémoires de médecin générale : détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisé en médecine générale - Thèse de médecine. Université Nancy 1. 2011. 211 p
16. Imbert G. - L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie - Recherche en soins infirmiers 2010/3 (N° 102), p. 23-34.
17. Service de protection maternelle et infantile de Meurthe-et-Moselle - Statistiques des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois - 2012 - 2014.
18. Service de protection maternelle et infantile de Meurthe-et-Moselle - Statistiques des bilans en école maternelle - 2013 - 2014.
19. Haut comité de la Santé Publique - Stratégie pour une politique de santé, Propositions préalables à la définition de priorités - Rapport au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire ; 1992, 109 p.
20. HAS - Conférence de consensus Grossesse et tabac - Lille, 2004, 37 p.
21. EPIPAGE Study group - Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study - The Lancet. 2008, volume 371, No. 9615, 813–820.
22. Gascoin G., Flamant C. - Conséquences à long terme des enfants nés dans un contexte de retard de croissance intra-utérin et/ou petits pour l'âge gestationnel - Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction. 2013, volume 42, p. 911-920.
23. Botton J., Heude B. *et al.* - Postnatal weight and height growth velocities at different ages between birth and 5 years and body composition in adolescent boys and girls - American Journal of Clinical Nutrition. 2008 ; volume 87, No. 6, 1760-1768.
24. Mariani A., Charlies S., Jeandel C., Rodière M. - Le nanisme psychosocial, une réalité toujours d'actualité – à propos d'un cas - Archives de pédiatrie. 2010 ; vol 17 (5), 486-490.
25. Département du Maine-et-Loire - Etude épidémiologique auprès des enfants confiés à l'ASE - 2006, 44 p.
26. Breil F., Rosenblum O., Le Nestour A. - Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant - Revue de la littérature et analyse psychodynamique, *Devenir*2/2010 (Vol. 22), p. 133-162
27. Département de Paris - Etude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris, contribution à l'analyse des relations entre l'état général actuel des enfants, les évolutions intervenues et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance - Paris, 2003, 154p.
28. G Fombonne E. - Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie - EMC-Psychiatrie 2, 2005, 169–194
29. Metz C., Thevenot A. - Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine ? - Pratiques psychologiques 12, 2006, 437–445
30. Tubiana M. - Santé mentale de l'enfant - Conclusions du rapport à l'Académie de médecine, vie sociale et traitements 3, 2006, n° 91, p. 116-143
31. Soubeyrand E., Xavier J., Guilé J-M. - Quand le langage émerge... (Partie 1) - Revue de la littérature sur le développement normal et le risque autistique. Perspectives Psy 3, 2007 (Vol. 46), p. 248-255

32. Suesser P., Letrait S., Welniarz B. - Carnet de santé de l'enfant, VIH et confidentialité : pratiques et attitudes des médecins et des familles - Santé publique, volume 13, no 4, 2001, 389-401
33. HAS. - Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Sommaire et Mode d'emploi. [en ligne]  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi). Consulté le 03 octobre 2015
34. De Singly F. Wisnia-Weill V. - Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent - Paris, 2015, 156 p.
35. Lucas H. - Analyse des attentes des usagers des consultations du service de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe et Moselle : Sont-elles en adéquation avec les représentations des professionnels de santé ? - Thèse de médecine (pédiatrie). 2013, 136p.
36. Colombo M.C. - Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants - Enfances & Psy 2013/3 N° 60. 91-101.
37. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes - Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 - Paris, 2015, 53 p.
38. Berger M. - L'échec de la protection de l'enfance – Paris, Dunod. 2003, 247 p.
39. ONED - L'accueil familial : quel travail d'équipe ? - Paris, 2015, 165 p.

## Annexe 1 : déclaration des droits de l'enfant

### **Préambule**

Considérant que, dans la Charte, les peuples des Nations unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Considérant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations unies ont proclamé que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Considérant que l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance,

Considérant que la nécessité de cette protection spéciale a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les statuts des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se consacrent au bien-être de l'enfance,

Considérant que l'humanité se doit de donner à l'enfant le meilleur d'elle-même,

### **L'Assemblée générale**

Proclame la présente Déclaration des droits de l'enfant afin qu'il ait une enfance heureuse et bénéficie, dans son intérêt comme dans l'intérêt de la société, des droits et libertés qui y sont énoncés; elle invite les parents, les hommes et les femmes à titre individuel, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître ces droits et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application des principes suivants :

#### Principe premier :

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

#### Principe 2 :

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

### Principe 3 :

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

### Principe 4 :

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

### Principe 5 :

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

### Principe 6 :

L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'État ou autres pour l'entretien des enfants.

### Principe 7 :

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents.

L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

### Principe 8 :

L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.

Principe 9 :

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit.

L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Principe 10 :

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.

## Annexe 2 : bordereau de recueil de données

Suivi de santé des enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance au titre de l'ASE : état des lieux et perspectives.

1. Date de naissance de l'enfant

Exemple : 15 décembre 2012

2. L'enfant est-il :

- ☐ un garçon
- ☐ une fille

3. Date du début de la mesure en cours

Exemple : 15 décembre 2012

4. Sur une échelle de 0 à 10, selon votre ressenti personnel, quelle note donnez-vous à la santé globale actuelle de l'enfant ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

très mauvaise santé

santé excellente

### SANTE PHYSIQUE ACTUELLE DE L'ENFANT

5. Quelle est sa taille ? (en centimètres)

Vous pouvez vous référer aux dernières mesures notées dans le carnet de santé

6. Quel est son poids ? (en kilogrammes)

Vous pouvez vous référer aux dernières mesures notées dans le carnet de santé

7. L'enfant présente-il une ou des maladie(s) chronique(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ d'un organe (cœur, poumon, foie, cerveau...)
- ☐ des infections à répétition (bronchites, otites...)
- ☐ une maladie génétique
- ☐ une ou des allergie(s)
- ☐ aucune maladie chronique
- ☐ je ne sais pas
- ☐ Autre :

8. Si l'enfant présente une ou des maladie(s) chronique(s), la ou lesquelles ?

Si vous ne savez pas, répondez "je ne sais pas"

### L'enfant a déjà été hospitalisé.

9. Au cours de sa vie, l'enfant a-t-il déjà été hospitalisé ?

- ☐ oui (en néonatalogie, pédiatrie ou chirurgie) Passez à la question 10.
- ☐ non Passez à la question 12.
- ☐ je ne sais pas Passez à la question 12.

9.1 Quel était le ou les motif(s) d'hospitalisation ?  
si vous ne savez pas, répondez "je ne sais pas".

9.2 En cumulant les durées d'hospitalisation, combien de temps l'enfant est-il resté hospitalisé ?

- ☐ < 1 semaine
- ☐ entre 1 semaine et 1 mois
- ☐ plus d'1 mois
- ☐ je ne sais pas

#### SANTE PHYSIQUE ACTUELLE DE L'ENFANT

10. Concernant sa vision et son audition, l'enfant porte-t-il ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ des lunettes
- ☐ un appareil auditif
- ☐ je ne sais pas

11. Concernant son état bucco-dentaire, le qualifieriez-vous de ? (une seule réponse possible)

- ☐ très bon
- ☐ bon
- ☐ mauvais
- ☐ très mauvais
- ☐ je ne sais pas
- ☐ l'enfant est un nourrisson et n'est donc pas concerné par ce problème

#### SANTE MENTALE ACTUELLE DE L'ENFANT

12. Selon vous, l'enfant présente-il un retard de développement ?

(Tonus, langage, scolaire, autonomie etc....)

- ☐ oui, Passez à la question 15.
- ☐ non, Passez à la question 17.
- ☐ je ne sais pas, Passez à la question 17.

#### Retard de développement

12.1 Selon vous, quel retard de développement l'enfant présente-il ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ retard de langage
- ☐ retard scolaire
- ☐ retard dans la vie quotidienne (autonomie)
- ☐ déficit d'attention
- ☐ troubles du tonus
- ☐ je ne sais pas
- ☐ Autre :

12.2 L'enfant a-t-il bénéficié d'une consultation auprès d'un spécialiste (médecin, orthophoniste...) pour ce(s) problème(s) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

### Troubles du sommeil

13. Selon vous, l'enfant présente-il des troubles du sommeil :

Troubles du sommeil : cauchemars, difficultés d'endormissement, réveils nocturnes fréquents, réveils précoces, plus de 3 nuits par semaine ou sommeil que vous trouvez anormal pour l'âge

- ☐ oui, Passez à la question 18.
- ☐ non, Passez à la question 19.
- ☐ je ne sais pas, Passez à la question 19.

13.1 L'enfant a-t-il déjà bénéficié d'au moins une consultation auprès d'un médecin pour ce problème de sommeil ?

à visée diagnostique, thérapeutique (introduction ou renouvellement de traitement) etc.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

### Troubles du comportement

14. Selon vous, l'enfant présente-il des troubles du comportement ?

(Agressivité, repli sur soi...)

- ☐ oui Passez à la question 20.
- ☐ non Passez à la question 21.
- ☐ je ne sais pas Passez à la question 21.

14.1 L'enfant a-t-il bénéficié d'au moins une consultation auprès d'un médecin pour ce problème ?

(à visée diagnostique, thérapeutique etc.)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

### SUIVI DE L'ENFANT

15. Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il bénéficié d'une consultation auprès de :  
(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ médecin généraliste traitant
- ☐ médecin de PMI
- ☐ infirmière puéricultrice de PMI
- ☐ pédiatre
- ☐ psychiatre
- ☐ médecin urgentiste (service d'urgence, médigarde, SOS médecin)
- ☐ autre spécialiste
- ☐ aucun suivi
- ☐ je ne sais pas

16. Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il bénéficié de consultations auprès : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ du CMP (infirmier psy et/ou psychologue et/ou psychiatre)
- ☐ du CAMSP (psychomotricien et/ou psychologue et/ou pédopsychiatre et/ou kinésithérapeute et/ou orthophoniste...)
- ☐ d'un orthophoniste (non CAMSP)
- ☐ d'un psychologue (non CMP, non CAMSP)
- ☐ aucun suivi
- ☐ je ne sais pas

#### SANTE DES PARENTS DE L'ENFANT

17. Savez-vous si les parents de l'enfant ont un ou des problème(s) de santé ?  
(Physique ou mentale, avec ou sans traitement)

Une seule réponse possible.

- ☐ oui (la maman)
- ☐ oui (le papa)
- ☐ oui (la maman et le papa)
- ☐ aucun des 2 n'a de problème de santé à ma connaissance
- ☐ je ne sais pas

18. Si oui, connaissez-vous la ou laquelle(s) ?

Par exemple : dépression, problème de foie, ou plus général si vous ne savez pas "problème de santé mentale ou psychiatrique", "problème de santé physique", ou "je ne sais pas"

## Annexe 3 : guides d'entretien :

### Avec les professionnels

1. Qu'incluez-vous dans le terme « santé » ?
  1. Quels éléments font, pour vous, qu'un enfant est en bonne ou mauvaise santé ?
2. Comment la santé entre-t-elle dans vos préoccupations dans la mesure ?
  1. En termes de temps, d'investissement, de priorité...
3. Comment les problèmes de santé ont-ils été pris en compte au début et au cours de la mesure ?
  1. Visite d'un médecin à l'admission ?
  2. Rupture et continuité des soins (y compris au sein de la mesure)
4. Les problèmes psycho-pathologiques de l'enfant vous paraissent-ils bien pris en charge ?
  1. Comment sont-ils reconnus ? traités ? suivi/soins psy ?
5. Avez-vous rencontré des obstacles à la réalisation des soins / du suivi ?
  1. Ouverture des droits / couverture sociale (médecin/pharma)
  2. Locomotion / délai d'attente pour obtenir un RDV
  3. Autorisation de soins (juge) ?
  4. Possession du carnet de santé ?
6. Comment les parents sont-ils impliqués et associés au suivi ?
  1. Toutes les visites ? certaines ? aucune ?
7. Quel est le médecin traitant de l'enfant ?
  1. Celui de l'assistante familiale ? de la famille ? +/-PMI
  2. L'ASE demande-t-elle le nom du médecin traitant pour le dossier ?
8. Les problèmes de santé ont-ils un retentissement sur votre vie quotidienne ?
9. Selon vous, qu'est-ce qui aurait rendu le suivi plus facile ?

### Avec les parents

1. Qu'est-ce qu'une bonne santé pour vous ?
2. Comment le fait d'être au centre maternel vous a aidé dans le suivi de santé de votre enfant ?
3. Attendez-vous autre chose des médecins et de l'ASE pour le suivi de santé de votre enfant ?

---

## RESUME

Dans le cadre des consultations de médecine générale, la prise en charge de la santé des enfants confiés ou bénéficiant d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance est difficile. Le parcours de ces enfants est émaillé de ruptures : les antécédents sont peu connus, le suivi santé antérieur difficile à réaliser, le lien entre les troubles présentés et l'histoire des enfants compliqué à renouer. Tant au plan individuel qu'au plan institutionnel la protection de l'enfance est toujours d'actualité : réforme nationale et réorganisation départementale en Meurthe-et-Moselle sont programmées en 2015. Or les services de l'aide sociale à l'enfance et de protection maternelle et infantile de Meurthe-et-Moselle ne disposent pas de données rassemblées, ni d'une vision globale et s'interrogent : quel est l'état de santé des enfants de moins de six ans confiés à l'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle, comment le suivi de santé est réalisé et surtout comment l'améliorer ?

Pour répondre à ces questions, une étude observationnelle a été réalisée de mars à août 2015. 73 enfants de moins de six ans ont été étudiés afin de déterminer leur état de santé et leur suivi de santé. Certaines données recueillies ont pu être comparées à celles de la population générale recensées par la PMI au moyen des certificats de santé obligatoires et des bilans en école maternelle. Les enfants bénéficiaient d'une des quatre mesures de protection suivantes : aide éducative à domicile, placement en centre maternel, famille d'accueil ou pouponnière. 29 entretiens ont été réalisés : professionnels de la protection de l'enfance, professionnels de santé et parents, dans le but d'identifier des solutions concrètes d'amélioration.

Ainsi, les enfants de moins de six ans confiés à l'ASE sont fragiles (exposition à des toxiques dès la vie in utero, hospitalisations fréquentes). Ils présentent des troubles physiques (allergie, asthme) mais surtout psychiques (troubles du comportement, du développement psychomoteur) pouvant avoir un effet néfaste et pérenne, jusque que dans leur vie d'adulte. Pourtant, ils sont suivis médicalement et paramédicalement. Les perspectives d'amélioration portent donc davantage sur l'amélioration de la qualité de ce suivi. Notamment plus de coordination des soins, de partage d'informations et de formation des professionnels à la problématique de la santé chez l'enfant confié ou bénéficiant d'un suivi éducatif.

Parallèlement, le projet de loi actuellement en discussion et la réorganisation départementale en maisons des solidarités devraient permettre d'améliorer la coordination et les échanges sur le suivi santé des enfants de moins de six ans confiés à l'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle. Le but ultime de chacun reste l'obtention d'un suivi optimal pour une bonne santé physique et psychique des enfants.

---

### TITRE EN ANGLAIS :

Monitoring the health of children under six years of age by child protective services in Meurthe-et-Moselle : review of the situation and perspectives.

---

### THESE DE MEDECINE GENERALE – 2015 –

---

**MOTS CLES :** suivi de santé, protection de l'enfance, protection maternelle et infantile (PMI), aide sociale à l'enfance (ASE).

---

### UNIVERSITE DE LORRAINE

#### Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---