



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

par

Mlle Annaëlle CHALON

Le 30 Juin 2023

**Créer un outil de liaison pour faciliter
le suivi en médecine générale
des enfants placés de 0 à 6 ans**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Madame la Doctoresse Stéphanie REMILLIEUX

Président du Jury

Juge

Juge

Directrice de Thèse

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseeurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2^e sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^e sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

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

2^e sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -
Professeur Patrice GALLET

2^e sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : *Physiologie*

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : *Parasitologie et mycologie*

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention*

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Docteure Isabelle THAON

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : *Génétique*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -
Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Docteur Fabien RECH

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Docteur Fabrice VANHUYSE

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^e sous-section : *Pédiatrie*

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3^e sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Docteur Charline BERTHOLD

4^e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rûmeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90^e Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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)

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur **Cyril SCHWEITZER**,

Professeur des universités praticien hospitalier de pédiatrie, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Recevez mon plus profond respect et toute ma gratitude.

Aux juges,

Monsieur le Professeur **Bernard KABUTH,**

Professeur des universités praticien hospitalier de pédopsychiatrie, vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous adresse ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur **Jean-Charles VAUTHIER,**

Maitre de conférences associé de médecine générale, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous adresse ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse, la Docteur **Stéphanie REMILLIEUX,**

Médecin de territoire de la P.M.I de Lunéville, Ce projet est né de nos discussions. Je te remercie de m'avoir tant appris sur le monde de la protection de l'enfance au cours de ces quelques mois à tes côtés. Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail, de m'avoir conseillée et épaulée dans son aboutissement.

A ma famille et mes amis

A mes parents,

Maman, pour ta douceur, ton souci permanent de mon bien être, tes câlins, tes mots rassurants.

Papa, pour ton implication, tes encouragements, tes conseils si avisés.

Merci de m'avoir soutenue toutes ces années, d'avoir cru en moi, d'avoir été présents en toute situation,

Je vous aime tellement

A **Hugo**, mon petit (mais très grand) frère. Pour avoir mis en musique toutes ces années. Toujours attentif aux autres et à leur bonheur. Je suis fière de toi et chanceuse d'être ta sœur !

A mes cousins **Quentin, Louis et Thomas**, pour les après-midi jeux de sociétés, les sorties restos et/ou cinéma, qui étaient des bouffées d'oxygène en période de stress.

A mes tantes **Gisèle et Hilde**, mes oncles **Carlos, Daniel, Gilles**, pour votre soutien, les repas et journées en famille, si importants pour pouvoir décompresser.

A **ma belle-famille**, qui m'a si chaleureusement accueillie parmi eux.

A mes amis,

Benjamin, tout aurait été si différent sans toi. Mon binôme. Mon meilleur ami. Nos années de colocations sont pour moi des souvenirs pleins de rires et de moments heureux. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés pour ce jour si important ! Et merci à **Maxime**, pour sa gentillesse et sa bonne humeur ;

Eloïse, ma plus vieille amie. Je sais que l'on n'a pas besoin de se parler tous les jours pour que rien ne change lorsqu'on se retrouve. Merci pour toutes ces années ensemble et à toutes celles à venir ;

Clotilde, mon acolyte depuis le week-end d'intégration. De nos discussions sur les balançoires pour échapper aux soirées alcoolisées à aujourd'hui, tout m'a semblé être une évidence entre nous ;

Anne-Sophie, pour ta douceur, nos discussions mode et animation japonaise

;

Clémence, pour ta spontanéité, ta bonne humeur et nos fous rires ;

Mathilde, pour ta détermination communicative, et tous les bons petits plats que tu nous as préparés ;

Théophile, pour ta bienveillance et pour avoir supporté toutes nos « conversations de filles »

Ces années sans vous auraient été tellement plus difficiles. Je suis heureuse de vous avoir rencontrés et que vous fassiez partie de ma vie !

A **Tristan**, mon amour. Ces neuf années à tes côtés sont passées si vite. Merci pour ton soutien tout au long de ce parcours semé d'embûches. Tu as su me rassurer lorsqu'il le fallait, mais aussi m'encourager lorsque c'était nécessaire. Nos rires, nos voyages, notre complicité au quotidien, me rendent heureuse d'être à tes côtés. Je t'aime de tout mon cœur.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« 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 les 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 »

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AED	: Action Educative à Domicile
AEMO	: Aide Educative en Milieu Ouvert
AESF	: Accompagnement en Economie Sociale et Familiale
AFEF	: Aides Financières Enfant-Famille
ASE	: Aide Sociale à l'Enfance
AVS	: Assistant.e de Vie Scolaire
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles
CEMMA	: Cellule Enfance Meurthe-et-Moselle Accueil
CMU	: Couverture Mutuelle Universelle
CLIS	: Classe pour l'Inclusion Scolaire
CRIP	: Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
HAS	: Haute Autorité de Santé
IME	: Institut Médico-Educatif
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
ITEP	: Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
MECS	: Maison d'Enfants à Caractère Social
MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
MJIE	: Mesure Judiciaire d'Investigation Educative
ODPE	: Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONED	: Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE	: Observatoire National de la Protection de l'Enfance
PMI	: Protection Maternel et Infantile
PPE	: Projet Pour l'Enfant
REPE	: Relais Educatif Parents-Enfants
RRSE	: Recueil des Renseignements Socio-Educatifs
SEGPA	: Section d'Enseignement Général et Adapté
SNATED	: Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger
TDAH	: Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
TISF	: Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

TABLE DES MATIÈRES :

INTRODUCTION	18
I. LA PROTECTION DE L'ENFANCE, EN FRANCE, AUJOURD'HUI.....	20
1. Evolution de la législation en matière de protection de l'enfant :.....	20
1.1 Loi du 7 mars 2007 ⁸	20
1.2 Rapport Dini et Meunier ⁹ :.....	21
1.3 Loi du 14 mars 2016 ⁴ :.....	22
1.4 Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfant 2020-2022 ³ :	22
1.5 Loi du 7 février 2022 ¹¹	23
2. Les acteurs de la protection de l'enfant en France :.....	24
2.1 L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) :.....	24
2.2 La Protection Maternelle et Infantile (PMI) :.....	25
2.3 Le Service d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) ¹⁵ :...	26
2.4 Les cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) :.....	26
2.5 L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) ¹⁶ :.....	26
3. Les différents types de mesures	27
3.1 Mesures administratives :.....	27
3.2 Mesures judiciaires :.....	28
4. La place du médecin généraliste	31
4.1 En population générale :	31
4.2 Suivi des enfants confiés à l'ASE :.....	31
4.3 Quelles sont les difficultés actuelles à réaliser ce suivi ?	32
4.4 Quelles pistes pour l'avenir ?.....	33

5. Notre projet	34
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	36
1. Objectif principal et objectifs secondaires	36
2. Revue de la littérature	36
2.1 Les mots clés :	36
2.2 Les bases de données	37
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion :	37
2.4 Extraction et organisation des données :	38
3. Processus Delphi	39
3.1 Le groupe d'experts :	39
3.2 Déroulé du processus Delphi :	40
3.3 Obtention du consensus ²⁹ :	41
III. RÉSULTATS	43
1. Revue de la littérature :	43
1.1 Caractéristiques de naissance :	44
1.2 Santé mentale :	45
1.2.1 Antécédents et prédispositions :	45
1.2.2 Troubles anxieux et épisodes dépressifs :	46
1.2.3 Syndrome de stress post-traumatique :	46
1.2.4 Troubles du comportement :	47
1.2.5 Addictions :	47
1.2.6 Idées suicidaires et tentatives de suicide :	48
1.2.7 Trouble de l'attachement :	48
1.2.8 Traitements et suivi :	50
1.2.9 Ce qu'il faut retenir :	50
1.3 Evaluation du développement :	51

1.3.1 Troubles du neurodéveloppement :	51
1.3.2 Développement du langage :	53
1.4 Scolarité :	53
1.5 Handicap :	54
1.6 Troubles du sommeil :	55
1.7 Santé bucco-dentaire :	56
1.8 Problèmes de poids et d'alimentation :	56
1.9 Les violences intrafamiliales et leurs conséquences :	58
1.9.1 Différentes formes de maltraitance :	58
1.9.2 La violence en quelques chiffres dans la population des enfants placés :	59
1.9.3 Les conséquences de ces violences :	60
2. Processus Delphi	61
2.1 Données générales :	61
2.2 Déroulé des tours Delphi :	61
2.2.1 Résultats du premier tour :	61
2.2.2 Résultat du second tour :	62
2.2.3 Résultat du troisième tour :	62
2.2.4 Synthèse des résultats à l'issue des trois tours de vote :	63
2.2.5 Un consensus fort sur l'ensemble des trois tours :	67
2.2.6 Absence de consensus pour certains items :	68
2.2.6.1 Adresse du lieu de vie :	69
2.2.6.2 Nombre et type de lieux de placement antérieurs :	69
2.2.6.3 Classe dans laquelle se trouve l'enfant :	69
2.2.6.4 Evaluation en santé mentale :	69
2.2.6.5 Evaluation du développement moteur :	70
2.2.6.6 Format de l'outil et mode d'administration :	71
2.2.7 Connaissance de la cotation :	72

IV. DISCUSSION	73
1. Les forces et les limites de notre projet	73
2. Discussion des résultats	74
3. Les perspectives pour l'avenir	77
V. CONCLUSION	79
VI. BIBLIOGRAPHIE	81
VII. ANNEXES	87

INTRODUCTION

Le 20 novembre 2019, nous fêtons les trente ans de la convention des droits de l'enfant¹. Dans ces textes, la convention prévoit quatre principes fondamentaux : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, de survivre et de se développer. A cela, s'ajoute le respect des opinions de l'enfant. Bien que ces droits demeurent au cœur des préoccupations nationales, il persiste encore de nombreuses inégalités sociales. C'est aussi le cas en matière d'accès aux soins. Les enfants confiés aux services de la protection de l'enfance constituent une part de la population particulièrement vulnérable.

Au 31 décembre 2020, en France (hors Mayotte), 308 000 mineurs ont bénéficié d'une mesure de protection de l'enfance², soit un taux de 21,4 pour 1000 mineurs. Le gouvernement a élaboré une stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance³ qui prévoit de garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits. Dans ces engagements, on retrouve notamment, l'importance de sécuriser le parcours des enfants protégés.

Pour améliorer leur suivi médical, plusieurs dispositifs ont été mis en place au cours de la dernière décennie, avec diverses évolutions des textes de lois sur le sujet. On retrouve principalement, la mise en place du Projet pour l'Enfant (P.P.E), avec la loi de 2016⁴. Mais encore, en 2019⁵, le caractère obligatoire d'un bilan de santé pour toute entrée en structure ou en famille d'accueil. Le constat, aujourd'hui, reste pourtant alarmant⁶ : moins de 70 % des services de l'aide sociale à l'enfance ont finalisé un Projet Pour l'Enfant. Tout aussi révélateur d'un système défaillant, moins de la moitié (47 %) contiennent un volet santé. De plus, lorsque ce volet santé existe, seuls 14 % d'entre eux possèdent un récapitulatif des soins en cours.

Devant la faible médicalisation des structures d'accueil, et le déficit en médecin de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.), ce sont les généralistes qui restent les principaux intervenants pour réaliser les bilans de santé chez ces enfants. Interrogés dans plusieurs études, les médecins rapportent pourtant une grande difficulté d'accès aux données connues concernant la santé de ces enfants⁶. Ils déplorent également l'absence d'un interlocuteur référent à qui s'adresser en cas de difficultés dans la prise en charge. Au milieu des différents intervenants qui gravitent autour de ces enfants, il est parfois compliqué pour eux d'assurer leur rôle, pourtant essentiel, de coordonnateur. Pourtant, lorsque l'on interroge des adultes⁷ ayant été placés dans l'enfance, ils décrivent le médecin généraliste comme un pilier central à la prise en charge, une vraie personne ressource. Cependant, ils regrettent, eux aussi, le manque de communication et de transmission d'information entre le médecin libéral et les services de protection de l'enfance, afin d'assurer un meilleur suivi.

Dans son rapport pour la stratégie nationale³, le gouvernement fait également le constat d'un état de santé dégradé chez ces enfants, mais aussi de la nécessité

de besoins très spécifiques. Quels sont réellement ces besoins ? Comment améliorer leur prise en charge tout en sécurisant leurs parcours en matière de santé ? C'est à ces problématiques que nous allons tenter de répondre.

Afin de mieux connaître l'état de santé chez ces enfants nous allons, dans un premier temps, réaliser une revue de la littérature. Elle visera à mettre en exergue s'il existe des problématiques de santé plus fréquentes dans cette population d'enfants vulnérables, comparativement à la population pédiatrique générale.

Une autre problématique est ce manque d'accès aux informations pour les médecins libéraux et le peu de liens existants avec les services de la protection de l'enfance. Des pistes d'amélioration ont été suggérées pour pallier aux problématiques rencontrées. A notre connaissance, aucune n'a été mise en œuvre, à ce jour.

L'objectif de ce projet sera d'améliorer à la fois le suivi santé de l'enfant, l'articulation entre les médecins traitants des enfants et les services du conseil départemental. Pour ce faire, nous utiliserons les connaissances bibliographiques recueillies pour créer un outil de liaison afin de cibler les items les plus pertinents, tout en prenant en compte le bien être global de l'enfant. Pour l'élaboration de cet outil, nous utiliserons une méthode DELPHI afin que l'outil soit créé de manière collaborative, au plus proche des attentes de chacun. Ainsi nous constituerons un groupe d'experts, composé de médecins généralistes, de pédiatres libéraux et de médecins de P.M.I, afin de bénéficier de l'expérience de chacun. Pour cet outil, nous nous concentrerons sur la tranche des 0-6 ans, dont le suivi peut être assuré par des médecins libéraux et/ou des médecins de P.M.I. Les premières années de vie constituent une période clé. Celle qui permettra à l'enfant de se construire et où un suivi médical régulier doit permettre de détecter précocement d'éventuels troubles préjudiciables pour son avenir.

L'outil créé doit avoir pour vocation de servir de trame au bilan d'entrée en protection de l'enfance, mais aussi de support pour les consultations de suivi. Il a pour second objectif de faciliter la transmission des informations entre le médecin et la protection de l'enfance, favorisant ainsi la communication. Enfin, son rôle est de limiter autant que possible, voire de supprimer, les pertes de données en assurant leur conservation et leur transmission en cas de changement de lieu de placement ou de retour de l'enfant dans sa propre famille.

I. La protection de l'enfance, en France, aujourd'hui.

1. Evolution de la législation en matière de protection de l'enfance :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». C'est par le spectre de cette vision globale que nous avons fait le choix ici d'appréhender la santé des enfants placés. La législation mise en œuvre depuis une quinzaine d'années vise un double objectif : protéger et promouvoir la santé de cette population vulnérable.

A noter que les textes de loi de 2007 et 2016 ont permis, plus largement, une véritable évolution de la protection de l'enfance, notamment concernant les droits et les besoins fondamentaux des enfants. Examinons ce qu'apporte la loi :

1.1 Loi du 7 mars 2007⁸

Pour la première fois, apparaît la définition de la protection de l'enfance. L'article L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) la définit comme ayant « 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. [...] 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 ».

Les trois objectifs principaux de cette loi sont de renforcer la prévention, d'améliorer le dispositif d'alerte et de signalement, et, enfin de diversifier les modes d'intervention auprès des familles.

C'est dans cet objectif d'amélioration que sont créées les Cellules de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP). Ces structures ont pour rôle de centraliser le recueil des informations préoccupantes d'un département. Elles sont en charge de les évaluer, et, si nécessaire, de les signaler à l'autorité judiciaire du territoire en cas de situations urgentes. Ces cellules sont sous la responsabilité du président du conseil départemental. Ce dernier doit saisir le procureur de la république sans délais dans certaines situations. Il s'agit des situations où un mineur est en danger et que :

- Une ou des actions ont déjà été menées auprès de sa famille sans qu'elles aient été suffisantes pour remédier à la situation ;
- L'entourage du mineur refuse de coopérer avec le service de protection de l'enfance ou s'il leur est impossible de collaborer.

Dans le cas où un mineur est estimé en danger mais que la situation est impossible à évaluer, le président du conseil départemental doit également aviser l'autorité judiciaire sans délais.

Dans un objectif de rendre plus efficient le suivi des enfants bénéficiant de mesure en protection de l'enfance, la loi prévoit la mise en place du « Projet Pour l'Enfant » (PPE). Il s'agit d'un document qui doit être signé par les représentants légaux de l'enfant, le président du conseil départemental, un représentant de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les mesures prévues. Ce document contient les actions menées auprès de l'enfant et de sa famille, ainsi que le rôle des parents. On y retrouve les objectifs de la mesure ciblée avec leurs délais de mise en œuvre, ainsi que l'institution et le nom de la personne chargées d'en assurer le suivi.

Enfin, la loi du 5 mars 2007 autorise la mise en place d'un Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance (ODPE). Son rôle, concernant la protection de l'enfance, est d'animer le réseau de partenaires, de recueillir et d'analyser les données du territoire. L'ODPE est placé sous la responsabilité du président du conseil départemental. Ces données sont ensuite transmises à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) qui collationne et centralise les informations au niveau national.

1.2 Rapport Dini et Meunier⁹ :

La loi de 2007 avait pour vocation de réformer la protection de l'enfance, afin d'en améliorer l'organisation et l'efficience. Plusieurs années après, des évaluations ont été menées pour en mesurer les résultats.

En 2013-2014, un rapport des sénatrices Dini et Meunier permet d'en évaluer l'efficacité. Si les départements se sont engagés indéniablement dans la refonte de la protection de l'enfance, le rapport sénatorial a mis en lumière plusieurs points nécessitant des améliorations sur la mise en application de la loi de 2007. Trois éléments principaux ressortent de ce rapport. Tout d'abord, la nécessité d'améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, avec un pilotage plus pertinent structurellement. Ensuite, rendre le dispositif plus efficace à chaque étape du processus : de la prévention au repérage, mais aussi sur l'ensemble de la prise en charge. Enfin, il apparaît primordial de sécuriser le parcours de ces enfants protégés, qui peut, parfois, s'avérer chaotique.

A l'issue de ce rapport, 52 propositions ont été formulées. Parmi elles, on retrouve notamment la désignation d'un médecin référent en protection de l'enfance dans chaque département. Le rôle de ce médecin est d'assurer le lien entre les médecins libéraux et/ou hospitaliers, les services du département tels que l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Le double objectif est de mieux coordonner le parcours des enfants et d'améliorer la coopération entre les professionnels qui les prennent en charge.

1.3 Loi du 14 mars 2016⁴ :

C'est dans la suite logique qu'est promulguée la loi de mars 2016. Les principaux objectifs sont d'améliorer la gouvernance locale et nationale en matière de protection de l'enfance. La sécurisation du parcours de l'enfant placé, ainsi que l'adaptation de son statut sur le long terme, sont également au cœur de ces nouvelles recommandations.

Pour améliorer la gestion territoriale, la désignation d'un médecin référent dans chaque département est définitivement adoptée. L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) change de nom et devient l'Observatoire National pour la Protection de l'Enfance (ONPE).

Le Projet Pour l'Enfant (PPE) est remis au cœur des prérogatives. La loi prévoit qu'il doit être établi pour « chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire ». Ce document, qui va l'accompagner durant tout son parcours, vise à « garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social ». Il comprend ainsi un volet santé. Ce projet doit prendre en compte les objectifs de la mesure, mais également l'environnement de l'enfant. Le texte prévoit que ce PPE prenne en compte les liens de la fratrie afin d'éviter les séparations, sauf si cela est impossible ou contraire à l'intérêt de l'enfant.

1.4 Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022³ :

En 2020 est publiée la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance. Elle est le fruit d'échanges entre l'état, les départements et les acteurs de la protection de l'enfance. Des enfants et adolescents bénéficiant de mesures ont également été interrogés. Son but est de garantir les mêmes droits que tous les autres enfants à ceux bénéficiant de mesures en protection de l'enfance.

En 2016, une étude menée en Auvergne-Rhône Alpes¹⁰ démontrait que, au sein de la population des enfants confiés, 60 % avaient des parents percevant des minimas sociaux.

De même, une étude réalisée au niveau des départements⁶, en 2018, sur l'application de la loi du 14 mars 2016, a relevé que 74 % des départements ne réalisaient pas systématiquement de PPE pour tout enfant bénéficiant d'une mesure. De plus, seuls 50 % des PPE réalisés contiennent un volet santé. Voire plus inquiétant, seuls 14 % contiennent un récapitulatif des soins en cours.

A la lumière de ces chiffres et de ce constat alarmant, quatre engagements ont été retenus³. En premier lieu, vient le fait « d'agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles ». A cette fin, l'entretien prénatal précoce est inscrit aux consultations obligatoires à partir de 2020. De plus,

20% de ces entretiens devront être assurés par la PMI à partir de 2022. Associé à cela, on retrouve comme autre objectif que tous les enfants de 3-4 ans soient vus en bilans d'école maternelle d'ici 2022. Autre mesure de taille annoncée : celle de renforcer les moyens des CRIP pour atteindre un délai maximal de 3 mois pour effectuer une évaluation, et ce, sur l'ensemble du territoire.

Le second engagement est de « sécuriser le parcours des enfants protégés et de prévenir les ruptures ». Le but essentiel de cet engagement est de systématiser le bilan de santé des mineurs entrant dans le dispositif de protection de l'enfance. Pour favoriser cela, une tarification en consultation complexe est possible pour le médecin réalisant ce bilan. Cette disposition importante est possible depuis 2020. Par ailleurs, le gouvernement souhaite également créer un référentiel national de contrôle des lieux d'accueil de ces enfants.

Le troisième engagement est celui de « donner aux enfants les moyens d'agir et de garantir leurs droits ». La première mesure est d'élaborer une charte des droits de ces enfants protégés. On y retrouve également la création systématique d'un album de vie pour chaque enfant, afin de lui garantir, s'il le souhaite plus tard, l'accès à son histoire et son parcours. C'est cet engagement qui formule l'objectif de garantir, pour chaque enfant, l'accès à une scolarité, et un accompagnement adapté.

Le quatrième et dernier engagement de cette charte, est de « préparer leur avenir et de sécuriser leur vie d'adulte ». L'un des buts est de favoriser pour les jeunes majeurs sortant du système de la protection de l'enfance, l'accès au logement, mais également à des bourses d'études.

Pour parvenir à atteindre tous ces objectifs, le gouvernement insiste sur l'importance de la formation des professionnels, notamment en matière de repérage et de suivi de ces enfants. Devant ces situations, souvent complexes, il est nécessaire de s'adapter pour améliorer les prises en charge. Il faut signaler, ici, tout l'intérêt et l'importance d'une parfaite communication entre les différents acteurs qui gravitent autour de l'enfant. Ceci pour améliorer le quotidien des enfants, mieux articuler les actions mises en œuvre, définir des orientations communes, mais aussi faciliter et coordonner les prises de décision qui le concerne.

1.5 Loi du 7 février 2022¹¹

Le 7 février 2022, une nouvelle loi pour la protection de l'enfance est promulguée. Cette loi vise à compléter celle de 2016.

La première mesure est « d'améliorer la situation des enfants placés ». Le texte prévoit une interdiction de placement dans un hôtel d'ici à 2024. Ces lieux de placement ont été jugés non sécurisants pour les jeunes bénéficiant de mesures.

Avec cette loi, il est également prévu qu'avant un placement à l'ASE, la recherche d'un placement chez un tiers digne de confiance soit envisagée. Dans la même

optique, la séparation d'une fratrie ne doit avoir lieu qu'en cas d'intérêt supérieur de l'enfant.

Afin de faciliter les prises en charge, le juge pourra autoriser la réalisation de certains actes non usuels sans demander l'autorisation au détenteur de l'autorité parentale. Cela peut survenir en cas de refus injustifiés ou de négligence de leur part. De même, le juge sera systématiquement informé d'un changement de lieu de placement de l'enfant, afin de vérifier que celui-ci se fait dans l'intérêt de l'enfant.

La seconde grande mesure de cette nouvelle loi est de « mieux protéger les enfants contre les violences ». Les signalements de violences se feront désormais sur la base d'un référentiel unique pour tous les départements. Cette mesure prévoit une vérification systématique, avant toute prise de fonction, des antécédents judiciaires de tous les intervenants (professionnels et bénévoles), dans les structures de la protection de l'enfance.

Un autre objectif de cette nouvelle loi est de « mieux piloter la politique de la protection de l'enfance ». Pour ce faire, un groupement d'intérêt public pour la protection de l'enfance est créé, au niveau national, pour permettre une meilleure articulation des différentes organisations.

2. Les acteurs de la protection de l'enfance en France :

Au fil des ans, le paysage de la protection de l'enfance a été redéfini avec l'évolution des lois. Les différents acteurs qui la composent forment un maillage autour des enfants dont ils ont la charge.

2.1 L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) :

Les missions et les objectifs de l'ASE ont été définis dans le Code d'Action Sociale et des Familles (CASF). Dans ce code, l'ASE a été désignée comme « un service non personnalisé du département ». Elle est placée sous l'autorité du président du conseil départemental. L'ensemble des missions s'effectuent en collaboration avec la PMI, ainsi qu'avec le concours du système judiciaire et des services sociaux du territoire concerné. Le service peut également faire intervenir des organismes privés ou publics habilités.

Dans le CASF, les missions de l'ASE^{12,13} sont définies comme suit :

- L'apport d'un « soutien matériel, éducatif et psychologique » aux enfants ainsi qu'à leur famille s'ils sont confrontés à des situations où la santé, la sécurité, et/ou leur développement est en danger ou en risque de l'être ;
- Mener des actions pour pourvoir aux besoins des enfants confiés. Ceci doit se faire en collaboration avec leur famille ou le détenteur de l'autorité parentale ;

- Veiller à ce que le parcours de vie de ces enfants soit stable et adapter son statut tout au long de ce parcours, notamment en organisant son suivi et la coordination des mesures qui les concernent ;
- Veiller à ce que les liens établis par l'enfant, y compris en dehors de ces liens familiaux, soient maintenus et développés ;
- Mener des actions de prévention concernant les situations de danger ou de risque de l'être, organiser et transmettre les informations préoccupantes ;
- Repérage et orientation des victimes de violences sexuelles

Si les missions sont les mêmes pour l'ensemble des services du territoire national, l'organisation pour les mener à bien peut être différente dans chaque département.

2.2 La Protection Maternelle et Infantile (PMI) :

Les services de Protection Maternelle et Infantile sont placés sous l'autorité du président du conseil départemental. Chaque service est composé d'une équipe pluridisciplinaire (médicale, paramédicale, sociale,..) qui travaille ensemble pour mener à bien les différentes missions.

Les principales missions des services de PMI sont définies par le code de Santé Publique¹⁴ comme suit :

- Organisation de consultations et de prévention en faveur des femmes enceintes : qu'il s'agisse du pré ou du post natal. Cela pourra passer par un accompagnement au cours de la grossesse et la réalisation de la consultation prénatale. Il pourra également y avoir un accompagnement après la naissance de l'enfant avec des visites à domicile par une puéricultrice ;
- Organisation de consultations et d'actions de prévention pour les enfants jusqu'à 6 ans ;
- Réalisation de bilans de santé en école maternelle pour les enfants de 3 et 4 ans : ces bilans visent à un dépistage précoce des troubles du développement, des apprentissages et sensoriels ;
- Mener des actions de promotion en matière de santé sexuelle (prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), contraception,..) et réalisation d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) par voie médicamenteuse ;
- Formation, surveillance et accompagnement des assistants maternels mais également surveillance et contrôle des lieux d'accueil des enfants de moins de 6 ans (type crèche) ;
- Action de prévention et de prise en charge pour les enfants en danger ou en risque de l'être en lien avec le service social départemental.

2.3 Le Service d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED)¹⁵ :

Il s'agit d'un service national, mieux connu du grand public sous le numéro « 119 Allo Enfance en Danger ». Joignable sans interruption tout au long de l'année, il se compose d'une équipe d'écouterants de différents corps de métiers de la petite enfance (psychologues, juristes, éducateurs, etc.). Ils ont, tout d'abord, une mission de prévention¹⁷ et de dépistage concernant les enfants en danger ou en risque de l'être. Ensuite, une mission de transmission, en faisant parvenir les éléments sur les situations préoccupantes à la cellule de recueil des informations préoccupantes du département de l'appelant.

2.4 Les cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) :

Les CRIP sont des structures départementales présentes sur le territoire national depuis la réforme de la protection de l'enfance de mars 2007⁸. En Meurthe-et-Moselle on la retrouve sous le nom de Cellule Enfance Meurthe-et-Moselle Accueil ou CEMMA. Leurs principales missions sont de recueillir et de traiter les informations préoccupantes. Les professionnels de la structure sont joignables en semaine, aux horaires d'ouverture, mais également par email, pour toute question sur les démarches à effectuer ou pour échanger d'une situation complexe. Les appelants peuvent être des professionnels, mais aussi des particuliers.

Depuis la loi du 5 mars 2007, la levée du secret médical, est possible dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

2.5 L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE)¹⁶ :

Anciennement appelé l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), cette institution possède trois missions principales :

- Améliorer les connaissances concernant le champ de la protection de l'enfance à travers, notamment, d'un rapport annuel. Ce rapport, présenté au gouvernement, et rendu public, comporte une analyse qualitative du système de protection de l'enfance. Il contient également des données chiffrées concernant les enfants suivis ;
- Recenser, analyser et diffuser les pratiques en matière prévention, dépistage mais aussi de prise en charge des enfants en danger ou en risque de l'être. Ces analyses peuvent être au niveau national ou international ;
- Être un soutien pour les acteurs du système.

3. Les différents types de mesures

En matière de protection de l'enfance, quand un danger ou un risque de danger est identifié, différentes mesures d'actions sont possibles. Les décisions d'actions à mener auprès de l'enfant et de sa famille sont prises de manière pluri-professionnelle pour répondre au mieux aux besoins de chaque situation.

3.1 Mesures administratives :

Ces mesures sont décidées par le conseil départemental après évaluation de la situation. Elles ne sont proposées aux familles que si les parents ont la volonté, le désir d'améliorer les conditions de vie et d'éducation de leur enfant. Si les mesures proposées sont acceptées par les parents, un contrat d'engagement sera établi avec le conseil départemental¹⁷.

Les propositions d'aides sont de plusieurs types¹⁸:

- Des aides financières : appelées aides financières enfants-famille (AFEF). Elles peuvent être versées de manière régulière, sous forme d'allocation mensuelle, ou encore de manière ponctuelle (versement de secours) ;
- Des aides humaines à domicile : parmi elles, on retrouve, notamment, l'intervention des Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF). Leur rôle est de venir en aide aux parents concernant les activités de la vie quotidienne (tâches ménagères, organisation du quotidien, etc), mais aussi de les épauler dans leur fonction parentale. Ainsi ils aideront les parents dans leur rôle d'éducation et d'éveil de l'enfant. Il existe également l'Action Educative à Domicile (AED) : il s'agira du passage d'un éducateur au domicile pour apporter un soutien matériel et éducatif à l'enfant. Son rôle sera aussi de restaurer le dialogue entre les parents et l'enfant si celui-ci a été rompu, ainsi que de permettre aux parents de retrouver leur autorité ;
- Un accompagnement en économie sociale et familiale (AESF) qui a pour but de donner à la famille les clés pour une autonomie dans la gestion de leur budget, toujours dans l'intérêt de l'enfant, en prenant en compte ses besoins ;
- Un accueil provisoire de l'enfant (placement administratif) : il peut se faire à l'initiative des parents ou avec leur accord. Cela peut être un accueil uniquement de jour, afin de proposer un meilleur environnement à l'enfant, dans lequel s'épanouir, en attendant des changements au domicile. Cela peut également consister en une séparation totale, toujours en accord avec les parents, de manière ponctuelle, si cela s'avère nécessaire. Cela peut avoir lieu en cas d'évènement perturbant l'équilibre familial (décès, hospitalisation, accouchement, problème économique...).

En Meurthe-et-Moselle, on retrouve également une structure inédite : le Relais Educatif Parents-Enfants (REPE). Créé en 2012, son objectif premier est d'apporter

un accompagnement plus soutenu à l'ensemble de la famille, soit pour éviter un placement, soit au moment de la restitution d'un enfant. Il s'adresse aux enfants jusqu'à 7 ans et à leurs familles.

3.2 Mesures judiciaires :

Ces mesures sont décidées par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative. Elles interviennent dans les cas où les mesures administratives ont échoué, si les parents ne collaborent pas ou sont dans le déni des difficultés repérées. Pour se faire, le conseil départemental saisit le procureur de la République. Il peut également arriver qu'une mesure judiciaire soit sollicitée d'emblée par la CRIP ou le SNATED si les faits sont trop graves. La sollicitation de l'autorité judiciaire est nommée « signalement ».

Le juge décidera ou non de se saisir, et des mesures à mettre en place et de leurs durées. Celles-ci ne peuvent excéder 2 ans. Cependant, un renouvellement est possible si cela s'avère nécessaire. Le juge décidera également des droits conservés ou non par les parents : autorité parentale, droit de visite ou d'hébergement de l'enfant.

Le juge peut, dans un premier temps, décider de la mise en place de mesures d'investigations¹⁹ :

- Recueil des renseignements socio-éducatifs (RRSE) : il s'agit d'une enquête courte, menée par un éducateur. Son objectif est de dresser un bilan social, sanitaire et familial de l'enfant ;
- Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE) : cette mesure vise à « recueillir et à analyser des éléments sur la situation scolaire, familiale, sanitaire, sociale et éducative » de l'enfant, ainsi que de sa famille. Elle est effectuée par des éducateurs, parfois avec le concours d'un.e psychologue et/ou d'un.e assistant.e social.e. L'objectif est de donner au magistrat tous les éléments permettant une prise de décision, la plus adaptée à la situation.

Immédiatement, ou après des investigations, différentes mesures judiciaires peuvent être mises en place²⁰ :

- Mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) : un travailleur social interviendra au domicile, permettant ainsi à l'enfant de rester dans son lieu de vie habituel. L'accompagnement se fait dans différents domaines : notamment éducatif (scolarité, santé, etc.) et social (intégration sociale, etc.). L'objectif est de permettre un suivi de l'évolution de l'enfant, ainsi que de son environnement, d'assister la famille pour favoriser son maintien à domicile. La mesure peut durer entre 6 mois et 2 ans. Un rapport sera transmis au juge à

l'issue, ou avant si nécessaire, pour décider de l'arrêt ou du maintien de la mesure, ou encore de la nécessité d'un autre type d'intervention ;

- Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget : il s'agit de l'équivalent, au niveau judiciaire, de la mesure d'AESF ;
- Accueil de jour de l'enfant décidé par voie judiciaire ;
- Suivi et accompagnement par le REPE en Meurthe-et-Moselle par le biais judiciaire ;
- Placement judiciaire : il peut être demandé par le juge des enfants en cas de danger de l'enfant et/ou en l'absence d'investissement ou de la collaboration de la part de ses parents.

En adéquation avec l'évolution législative, un placement chez un autre membre de la famille (autre parent si parents séparés par exemple), ou chez un tiers digne de confiance²¹, doit être privilégié pour maintenir l'enfant dans un milieu de vie habituel. Dans le cas d'un placement de ce type, il sera souvent proposé, en plus, la mise en place d'une AEMO pour s'assurer du bon déroulement du placement. S'il n'y en a pas, un accompagnement renforcé par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance sera effectif. Ce type de placement se fait initialement pour une durée de 1 an, avec possibilité d'être renouvelé.

Si cela n'est pas possible, ou contraire à l'intérêt de l'enfant, un placement dans une structure d'accueil peut être décidé par le juge.

Différents lieux de placements existent en France ^{22,23} :

- Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) : ces structures sont gérées par des associations ou des organismes à but non lucratifs. Elles accueillent des enfants entre 3 et 18 ans, ainsi que des jeunes majeurs de moins de 21 ans ;
- Les foyers d'enfants : ce sont des établissements gérés par le département. Initialement leur mission était surtout de servir de lieu d'accueil d'urgence. Au fil du temps, l'accueil de longue durée s'est développé dans ces établissements. Ils peuvent regrouper différentes sections comme une pouponnière ainsi qu'une section d'accueil mère/enfant ;
- Les pouponnières à caractère social : également gérées par le département, leur mission consiste en un accueil jour et nuit des enfants de moins 3 ans ;
- Les villages d'enfants : il s'agit d'établissements nécessitant la signature d'une convention d'habilitation entre l'organisme gestionnaire et le président du conseil départemental. Ils ont pour vocation d'accueillir des fratries orphelines ou dont la situation familiale nécessite un placement de longue durée. Ces

enfants vivront en maison, autour d'un éducateur, pour leur offrir un cadre familial ;

- Les familles d'accueil : les enfants sont accueillis au domicile d'un assistant familial. Avec sa famille (conjoint, enfants) il offrira un cadre de vie sécurisant à l'enfant, et devra veiller à son éducation et son développement, ainsi que subvenir à ses besoins matériels (alimentation, hébergement, vêtements, etc.).

Les assistants familiaux bénéficient d'une formation avec un diplôme d'état. Ils doivent ensuite obtenir un agrément, délivré par un médecin de PMI, pour accueillir un ou des enfants à leur domicile. Cet agrément doit être renouvelé au bout de 5 ans. Les casiers judiciaires des membres de la famille seront vérifiés.

Chaque assistant peut accueillir jusqu'à 3 enfants. Ils travaillent ensuite en équipe avec les autres professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance pour assurer le bien-être de l'enfant.

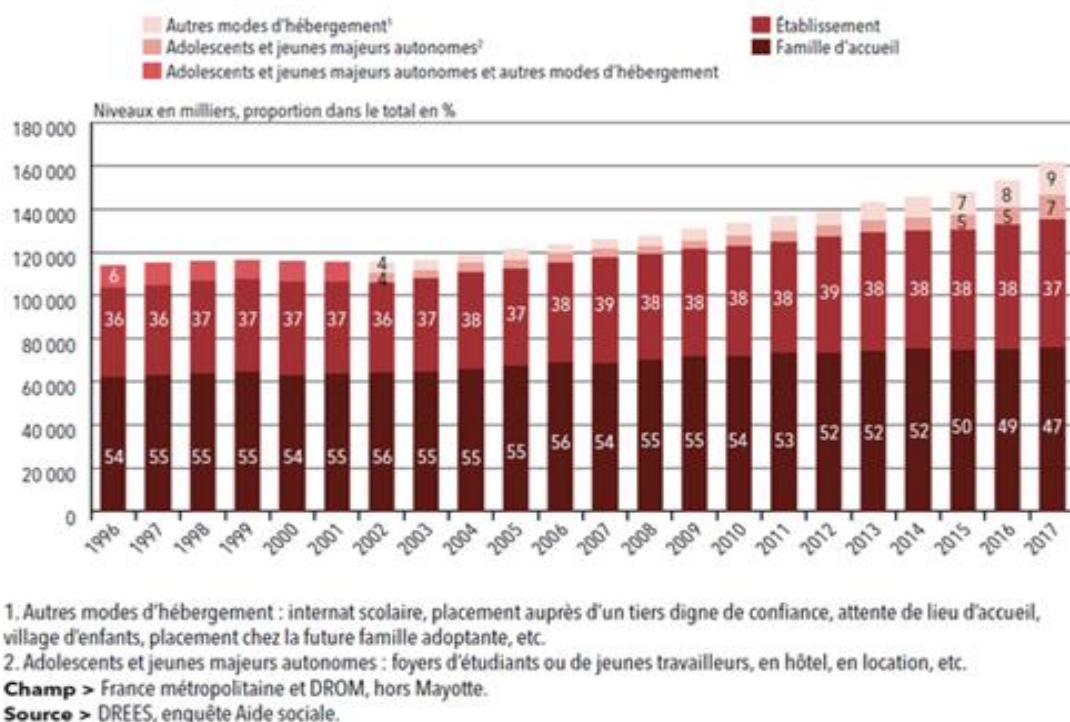


Figure n°1 : Evolution de la répartition des modes d'hébergement des enfants confiés à l'ASE (ministère des Solidarités et de la santé, rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – 2019)

4. La place du médecin généraliste

D'après le code de Santé Publique²⁴, le médecin « doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

Les chapitres précédents permettent de constater que le cadre législatif existe. Il va dans le sens du renforcement de la prise en compte des besoins des enfants et notamment des ceux ayant une mesure de protection de l'enfance. Concernant le besoin en santé, il consiste à identifier les prises en charge adaptées, mais également à réfléchir, d'un point de vue médical, à l'adaptation nécessaire des lieux de vie, du lien avec les parents, etc. La mise en pratique apparait complexe du fait de la méconnaissance de la protection de l'enfance, par les personnes extérieures au domaine, de ses différents champs, mais aussi du rôle de chacun, de la diversité d'acteurs différents et changeants autour des enfants. Cela est renforcé par les enchaînements, souvent successif, de différents types de mesures ou lieux de vie des enfants. Le placement des enfants s'inscrit parfois dans la durée, mais il peut aussi n'être qu'une parenthèse dans la vie de l'enfant. Le médecin généraliste reste un acteur central et son expertise médicale a son importance pour « croiser les regards » avec les autres professionnels prenant en charge l'enfant, orienter les prises en charge nécessaires sur le plan santé et aussi pour ne pas perdre de vue les orientations déjà faites précédemment.

4.1 En population générale :

En France, le suivi médical des enfants s'organise autour de vingt consultations, entre la naissance et les 6 ans. La première année, neuf examens seront réalisés : le 8^{ème} jour, puis une consultation par mois jusqu'à ses 6 mois, puis pour finir, tous les 3 mois jusqu'à 1 an. Il sera ensuite revu deux fois par an jusqu'à ses 6 ans. Depuis la loi du 15 juillet 1970, seules trois de ces visites sont obligatoires, à savoir celle du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois. Pour celles-ci, les certificats doivent être transmis à la PMI du territoire.

Ces consultations médicales permettent de s'assurer du bon développement de l'enfant, d'effectuer les dépistages d'éventuels troubles sensoriels, d'assurer des actes de prévention à travers les vaccinations notamment. Le suivi régulier permet un dépistage précoce d'éventuels troubles qui permet une orientation et une prise en charge plus rapide, plus efficace, et d'éviter tout préjudice (scolaire, social, etc) souvent lourd de conséquence tout au long de la vie.

4.2 Suivi des enfants confiés à l'ASE :

Pour cette population fragile, le suivi doit être identique à celui d'un enfant en population générale. S'ajoute aux consultations habituelles de suivi, le bilan d'entrée

en protection de l'enfance, comme l'exige la loi. Il doit comporter un volet psychologique en plus du volet médical. Il doit être réalisé dans les 3 mois suivant l'accueil à l'ASE, puis renouvelé annuellement.

Ce bilan peut être réalisé soit par un médecin généraliste, soit par un pédiatre libéral, soit par un médecin de PMI si l'enfant est âgé de moins de 6 ans. Du fait de leur faible médicalisation, le suivi des enfants hébergés en structure se fait par un médecin interne à l'établissement dans 15% des cas⁶. Cela signifie que dans 85% des cas, les suivis sont réalisés par des médecins libéraux ou de PMI.

Un des enjeux est de définir si les besoins fondamentaux de chaque enfant sont couverts (besoins physiologiques, de sécurité, etc.) mais aussi leurs besoins spécifiques en terme de pathologie, de handicap ou d'exposition à de la maltraitance. Ceci afin de mettre en œuvre les suivis et actions nécessaires pour favoriser le bon développement de l'enfant.

4.3 Quelles sont les difficultés actuelles à réaliser ce suivi ?

Si l'on s'accorde sur le fait que le médecin généraliste a une place centrale dans le suivi des enfants confiés³, il n'en demeure pas moins qu'il est souvent confronté à des difficultés pour le réaliser.

Si la loi a inscrit le bilan de santé à l'entrée en protection de l'enfance comme obligatoire, la réalité sur le terrain est toute autre. Ce bilan ne serait réalisé que dans 35% des cas de manière systématique, et dans 50% des cas, en fonction de la situation²². C'est face à ce constat que la législation a évolué en 2020 pour permettre la mise en place d'une tarification en consultation complexe, avec une prise en charge à 100% de cette dernière par l'assurance maladie. Le but est d'encourager les médecins libéraux à le réaliser et participer au suivi de ces enfants.

Interrogés à plusieurs reprises ces dernières années^{3,25,26}, les médecins libéraux déplorent un manque de transmissions d'informations concernant les enfants qu'ils sont amenés à voir en consultation. Si le carnet de santé reste un outil utile et pratique, il est absent dans plus de 30 % des cas au moment des consultations chez les enfants placés²⁶.

La création du Projet Pour l'Enfant ne se fait pas de manière systématique, comme cela devrait être le cas. Sur ceux réalisés, seuls 50%⁶ contiennent un volet santé, et 14% ont un récapitulatif des soins en cours. Ainsi, les médecins voient en consultation des enfants dont ils ne connaissent parfois rien, ou pas grand-chose, de leur passé médical. Face à cela, les médecins libéraux éprouvent de grandes difficultés à assurer leur rôle, pourtant essentiel, de coordonnateur des soins.

Autre difficulté de taille, même en cas de placement, les parents restent les détenteurs de l'autorité parentale dans la majorité des situations. Pour qu'un acte médical puisse être effectué, il faudra donc l'accord de ces derniers⁴. Exception faite

aux soins urgents pour lesquels une décision ne peut être différée sans mettre en danger l'enfant ou engendrer une perte de chance.

Depuis la loi de 2016, il est également possible, pour les assistants familiaux, de faire réaliser certains actes sans l'accord des parents. On distingue ainsi les actes dits usuels⁴, réalisables sans l'autorisation parentale, des actes non usuels relevant de leur accord.

Les actes usuels regroupent les vaccinations obligatoires, le suivi de santé classique avec ses soins courants, ainsi que la poursuite d'un traitement récurrent. Les soins non usuels concernent les vaccinations non obligatoires, la mise en place d'un suivi spécialisé et l'introduction d'un nouveau traitement au long cours.

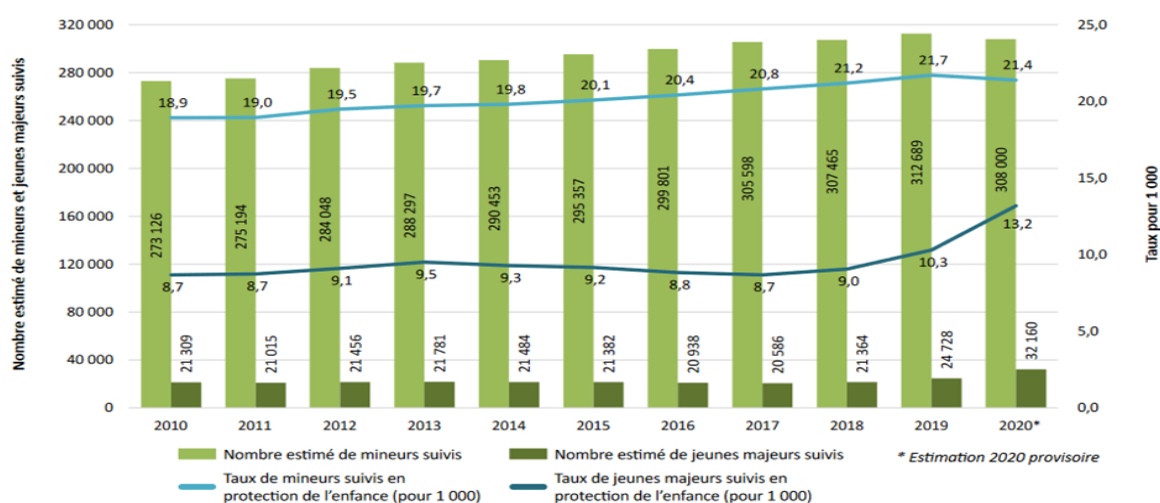


Figure n°2 : Evolution des suivis des mineurs et jeunes majeurs en protection de l'enfance en France métropolitaine (Source : ministère de la Justice. Les chiffres clés de la protection de l'enfance au 31 décembre 2020. ONPE ; 2020).

4.4 Quelles pistes pour l'avenir ?

Interrogés lors de l'enquête ayant menée à la stratégie nationale, mais également dans d'autres études¹⁷, des adultes ayant bénéficié de mesures en protection de l'enfance déclarent voir le médecin généraliste comme une personne ressource. Pilier de la prise en charge, il est, de leur point de vue, trop peu présent dans la boucle de transmission des informations pour assurer un suivi plus efficient.

Si la législation évolue pour diminuer l'errance de ces enfants, au parcours de vie pouvant être chaotique, le dialogue entre les intervenants gravitant autour de ces enfants est encore compliqué.

Dans son souhait d'améliorer les choses, l'importance du bilan d'entrée en protection de l'enfance a été remis à l'ordre du jour en le rendant obligatoire, avec une prise en charge à 100% par l'assurance maladie et une cotation spécifique. Interrogés à plusieurs reprises, les médecins généralistes évoquent aussi l'importance d'avoir connaissance du parcours de ces enfants lorsqu'ils les voient en consultation. Ils évoquent l'idée d'un document unique^{6,27}, permettant de transmettre les informations concernant l'enfant, sans perte de donnée inhérente à un éventuel changement de lieu de placement.

Bien que l'état de santé de cette population ne soit pas encore parfaitement connu, les événements ayant conduit aux placements, et l'instabilité qui peut en découler, en fait une population particulièrement vulnérable. Il apparaît donc primordial pour les médecins de première ligne de mieux connaître leur état de santé et de pouvoir agir le plus précocement possible, tout en sécurisant leur parcours médical.

Petit à petit, les départements se dotent également d'un médecin référent en protection de l'enfance, comme voulu par la loi de 2016. Son rôle n'est pas encore suffisamment connu des médecins libéraux. Il est pourtant, dans tous les cas, leur interlocuteur privilégié en cas de difficultés avec un enfant.

5. Notre projet

La santé des enfants confiés est au cœur du débat institutionnel et législatif depuis plusieurs années, avec une mise en lumière des difficultés que rencontrent les responsables politiques, les acteurs de la société civile et de la santé autour de la protection de l'enfance.

Si des efforts ont mené à une refonte de la politique nationale en matière de protection de l'enfance, cela semble encore aujourd'hui insuffisant. Si l'introduction d'une stratégie plus ambitieuse pour développer et conforter les opérations de suivi médical a amélioré la situation, l'état de santé globale des enfants placés reste un sujet méconnu ou mal appréhendé. Par ailleurs, trop souvent, les problématiques spécifiques qui découlent de leur histoire de vie sont des éléments essentiels ignorés ou négligés qui finissent, dans bien des cas, par porter préjudice à leur futur développement moteur, affectif, intellectuel et social. Les professionnels de PMI contribuent au suivi santé des enfants confiés mais ne peuvent le réaliser à eux seuls du fait de leurs moyens humains insuffisants. De plus, leur champ d'action et la tranche d'âge sur laquelle ils interviennent (0 à 6 ans) impliquent nécessairement l'intervention du médecin généraliste qui suit ces enfants pour les pathologies aiguës.

D'où la nécessité pour les médecins généralistes d'assurer l'essentiel du suivi pour la majorité des enfants, alors qu'ils manquent encore trop souvent d'informations fiables et pertinentes à leur sujet. Tout aussi grave, l'articulation entre les services de

la protection de l'enfance et les soins libéraux souffre de trop nombreuses lacunes^{7,25,27}. La transmission des informations médicales connues entre les professionnels qui assurent le suivi est quasi-inexistante. Les pertes de données engendrées par les changements de lieux de placement, ou une restitution de l'enfant sont tout autant des freins à un suivi médical efficace.

Ce travail s'inscrit dans le cadre des objectifs de la stratégie nationale pour mieux sécuriser le parcours de soins des enfants confiés en réduisant, chaque fois que nécessaire, la perte d'informations engendrée par les ruptures possibles. Elle découle également du désir des médecins libéraux d'être plus impliqués, mieux informés pour assurer un suivi plus efficace et plus efficient de cette population fragile.

II. Matériel et Méthode

1. Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal de notre travail est de créer un outil de liaison, utilisable en consultation, pour améliorer le suivi santé des enfants placés de 0 à 6 ans.

Pour cela, deux étapes seront nécessaires. Nous allons d'abord chercher à faire émerger les problématiques médicales plus fréquentes dans la population des enfants placés par l'intermédiaire d'une revue de la littérature. Grâce à ce recueil de données, nous utiliserons la méthode Delphi auprès d'un cortège de médecins afin d'établir un outil de liaison pour sécuriser le parcours de soins des enfants confiés. Le but est de créer un outil simple d'utilisation, facile à compléter durant la consultation, qui contient les informations suffisantes et nécessaires au bon suivi santé et transmissible au médecin référent de la protection de l'enfance.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors du suivi des enfants placés, ainsi que dans leur connaissance en matière de protection de l'enfance.

2. Revue de la littérature

La première partie de ce travail a eu pour but de faire émerger les problèmes de santé plus fréquents dans la population des enfants placés, comparativement à la population pédiatrique générale. Pour ce faire, nous avons réalisé une revue de la littérature.

Nous nous sommes basés sur les critères de la Prisma²⁸ pour la réalisation de cette revue de la littérature. Cette dernière concernait des articles de langue française ou anglaise. Nous avons choisi de réaliser une revue sur la base des articles publiés entre le 1^{er} janvier 2012 et le 1^{er} juin 2022. Il s'agissait d'inclure également les articles récents et l'information la plus actualisée possible sur tout ce qui est en rapport avec la santé des enfants placés.

2.1 Les mots clés :

Nous avons, dans un premier temps, établi une liste de mots clés en français. Ces mots sont les suivants : enfants placés, suivi, santé, protection de l'enfance, pathologie.s et maladie.s. Ces mots clés ont ensuite été traduits en anglais via le site HeTop.

Les mots clés correspondants en anglais sont respectivement les suivants : foster child.ren, care continuity, health care, child welfare/child protective service, disease.s, pathology.s

Nous avons fait le choix de ne pas inclure en mots clés « médecine générale » et « médecin généraliste ». Leurs mentions dans les bases de données n'étant pas assez discriminantes. De plus, cela a permis de ne pas exclure des suivis en consultations réalisés pas d'autres spécialistes.

A partir de ces mots clés, plusieurs combinaisons ont été établies afin d'interroger les bases de données :

Tableau n°1 : Combinaisons de mots clés utilisées pour la revue de la littérature

Combinaisons des mots clés en français	Combinaisons des mots clés en anglais
Suivi et enfants placés	Care continuity and foster children
Suivi et protection de l'enfance	Care continuity and child welfare Care continuity and child protective service
Santé et enfants placés	Health care and foster children
Pathologies et enfants placés	Pathology and foster children
Maladies et enfants placés	Disease and foster children
Pathologie et protection de l'enfance	Pathology and child welfare Pathology and child protective service

2.2 Les bases de données

Nous avons pris l'option d'interroger quatre bases de données : BASE, Sudoc, LISSA et PubMed.

L'ensemble des combinaisons de mots clés a été utilisé sur ces différents moteurs de recherche.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Pour permettre la sélection des articles les plus pertinents pour ce travail, nous avons dû définir des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Articles et/ou thèses pouvant être visualisé.es en entier, en ligne, gratuitement, dans leur version originale ;
- Articles et/ou thèses en français et/ou en anglais ;
- Publication à partir du 1^{er} janvier 2012 jusqu'au 1^{er} juin 2022 ;

- Etudes portant sur l'état de santé et le suivi médical des enfants placés, quel que soit le type de placement (structure départementale, famille d'accueil, institution, chez un tiers).

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Articles et/ou thèses non lisibles dans leur intégralité, gratuitement, en ligne ;
- Articles et/ou thèse dans une langue autre que le français et/ou l'anglais ;
- Publications trop anciennes : antérieures au 1^{er} janvier 2012 ;
- Les études ne portant pas sur le suivi et/ou l'état de santé des enfants placés ;
- Les doublons.

Nous avons effectué une recherche dans chacune des bases de données sélectionnées. Pour ce faire, les combinaisons de mots clés ont été appliquées : en français sur les bases de données françaises, et en anglais sur PubMed. Nous avons ensuite éliminé les doublons. La sélection des articles s'est ensuite faite en appliquant les différents critères d'inclusion et d'exclusion.

Une première sélection a été faite, après application de ces critères, et à la lecture des titres. Un ensemble de quarante-neuf articles et thèses a été sélectionné. Par la suite, une lecture des résumés et abstracts a été réalisée afin d'affiner cette sélection. Cette lecture nous a permis d'exclure quatorze articles, dont les contenus ne répondaient finalement pas à notre problématique. C'est ainsi que notre revue est constituée de trente-cinq publications.

Une lecture complète de l'ensemble des sources retenues a ensuite été effectuée par un seul opérateur. Cette lecture a permis l'extraction de données concernant l'état de santé des enfants placés et les problématiques spécifiques relatives à leur suivi.

2.4 Extraction et organisation des données :

Les articles et thèses inclus dans la revue de la littérature ont été lus dans leur intégralité. Les données ont été extraites et organisées selon différentes catégories en lien avec le sujet. Ces différents domaines ont ensuite permis de créer la version préliminaire de l'outil de liaison.

Certains domaines ont été divisés en sous-catégories lors de la lecture, afin de faciliter l'exploitation des données dans la suite du travail.

Les catégories retenues sont les suivantes :

- Cadre législatif ;
- Suivi en santé et ses problématiques ;
- Santé mentale, avec en sous catégories : troubles de l'attachement, troubles anxieux et dépressifs, troubles du comportement, addictions, idées suicidaires

et tentatives de suicides, ainsi que thérapies médicamenteuses et suivi psychiatrique/psychologique ;

- Troubles du développement ;
- Langage de l'enfant ;
- Scolarité ;
- Santé physique, avec en sous catégories : antécédents familiaux, caractéristiques de naissance, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, santé bucco-dentaire et enfin le handicap ;
- Problématiques des violences dans cette population.

Pour chaque catégorie, les données liées à ce travail ont été synthétisées pour être exposées. Elles ont également servi de base aux items proposés dans la version préliminaire de l'outil de liaison.

3. Processus Delphi

3.1 Le groupe d'experts :

Pour la création du groupe d'experts, nous avons tenu compte de plusieurs critères. Tout d'abord, nous avons fait le choix de retenir des médecins thésés, exerçant en Lorraine au moment de la réalisation de cette étude. Ensuite, nous avons précisé dans le cadre de la démarche, les acteurs, en les sélectionnant par compétence. C'est ainsi que nous avons dans ce panel, des médecins généralistes, des pédiatres libéraux, des médecins en protection maternelle et infantile exerçant à temps plein ou temps partiel. Les médecins généralistes sélectionnés retenus, l'ont été en raison de leur attrait pour la pédiatrie et/ou leur expérience en matière de protection de l'enfance. Certains effectuent des vacations en P.M.I, ou l'avaient fait par le passé. D'autres, sont maitres de stage universitaire, dans le cadre d'un pôle ambulatoire de pédiatrie. Enfin, comme ultime critère ils exercent à proximité d'une structure de placement, ou bénéficient d'une expérience dans le suivi d'enfants placés.

Dans cette phase de préparation du processus Delphi, ce panel d'experts composé de divers professionnels, avait pour but de nous faire bénéficier de l'expérience de chacun, afin d'aboutir à un résultat au plus proche des attentes du terrain.

Le recrutement de ces médecins a été effectué par un seul opérateur. La période de recrutement s'est déroulée du 12 octobre au 20 novembre 2022. Quarante-cinq médecins ont été contactés pour un objectif cible de quinze à vingt médecins. Le premier contact se faisait toujours par téléphone, afin d'expliquer les objectifs et le déroulé du processus Delphi. Cela nous permettait, dans le même temps de nous assurer de la disponibilité du praticien pour toute la durée de l'étude.

Très peu de médecins avaient du temps disponible au moment de l'appel. A chaque fois, il leur a été proposé de les rappeler, ou de convenir d'un rendez-vous en

fonction de leur emploi du temps. La majorité a préféré recevoir les informations par email (*email de recrutement disponible en annexe*). Certains ont rappelé l'opérateur pour obtenir des détails sur la durée du questionnaire, et le temps qu'il leur serait laissé pour y répondre.

Au total, quatre médecins (trois généralistes et un pédiatre) ont décliné la proposition d'intégrer le groupe d'experts, par manque de disponibilité. Vingt-trois n'ont finalement jamais donné de suite. Un s'est finalement désisté au début du premier tour, faute de disponibilité suite à des événements dans sa vie professionnelle.

Notre groupe d'experts est composé de :

- Neuf médecins généralistes, dont deux ont une expérience en P.M.I ;
- Quatre pédiatres libéraux ;
- Trois médecins exerçant à temps-plein en Protection Maternelle et Infantile ;
- Un médecin Référent en Protection de l'Enfance.

Les membres de l'équipe de recherche (membres du jury) ne font pas partie de ce groupe d'experts. Les recommandations pour le déroulé du processus Delphi ne sont pas standardisées sur la taille du groupe d'experts. Néanmoins, pour l'obtention d'un consensus, la Haute Autorité de Santé demande qu'un groupe soit constitué de neuf personnes au minimum²⁹. Nous avons donc décidé de contacter un plus grand nombre de participants pour retenir ce groupe de dix-sept personnes au démarrage du processus. Nous avons ainsi tenu compte des possibles « perdu de vue » au cours du déroulé de l'étude.

3.2 Déroulé du processus Delphi :

Notre revue de la littérature nous a permis de dégager des problématiques plus fréquentes dans la population des enfants placés qu'en population pédiatrique générale. Elle a également pointé du doigt certaines difficultés en matière de suivi en santé, relatives au parcours de vie de ces enfants.

Grâce à cela, nous avons créé une première version de l'outil de liaison auquel ce travail vise à aboutir. Les questions ont été organisées en différentes catégories.

Nous avons utilisé un processus Delphi³⁰ pour l'obtention des consensus concernant les items contenus dans cet outil. Cette méthode a été créée dans les 1950, pour organiser les opinions d'un groupe de spécialistes concernant des problématiques militaires.

Cette méthode contient quatre règles principales :

- Anonymat des participants pour leur permettre de donner leur avis sans aucune pression extérieure ;
- Administration itérative pour recueillir leur avis au fur et mesure de l'avancée de l'étude ;

- Un retour contrôlé : les participants sont informés des réponses du groupe au tour précédent ;
- Une agrégation statistique des réponses pour permettre une analyse quantitative et ainsi interpréter les données obtenues.

Après la constitution du groupe d'experts, nous avons procédé à un envoi de la première version de l'outil à l'ensemble des participants. Au préalable, ils ont été informés du déroulé à réaliser en trois tours pour la totalité du processus. Chaque tour a duré environ un mois, selon le pourcentage de personnes ayant répondues. Un délai de un mois à cinq semaines a été nécessaire, entre chaque tour, pour analyser les réponses, et modifier le questionnaire pour le tour suivant.

Nous avons demandé aux participants de noter la pertinence des items proposés pour le contenu de cet outil de liaison. Pour ce faire, une échelle des neuf points de Likert a été utilisée. La note de 1 correspondant à une pertinence jugée la plus faible, celle de 9 à la plus élevée. Les participants avaient la possibilité d'argumenter chacune de leur réponse. Ils étaient également vivement encouragés à proposer une modification aux items qu'ils jugeaient peu, ou pas assez pertinents.

Au début de chaque nouveau tour, l'ensemble des participants a reçu un tableau récapitulatif des réponses du tour précédent. Ce tableau contenait la répartition des notes pour chaque item, ainsi que la médiane des notes. Les items validés étaient identifiés par la couleur verte. Ces items étaient retirés pour le tour suivant.

3.3 Obtention du consensus²⁹ :

Pour l'obtention du consensus, nous avons utilisé les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS). Tout d'abord, pour obtenir un consensus, le groupe de travail doit compter au minimum neuf membres. Si ce groupe de travail est constitué de plus de dix personnes, au moins 80 pour-cent des participants doivent répondre pour pouvoir clôturer un tour de vote.

Un accord des membres du groupe d'experts est obtenu si toutes les notes sont supérieures ou égales à 5, ou, à contrario, si elles sont toutes inférieures ou égales à 5.

Concernant le consensus sur les items soumis au vote, on retient :

- « Approprié avec accord fort » si la médiane des notes est supérieure ou égale à 7 avec une répartition des notes comprise entre 7 et 9 ;
- « Approprié avec accord relatif » si la médiane est supérieure ou égale à 7 avec une répartition entre 5 et 9 ;
- « Inapproprié avec accord fort » si la médiane des notes est inférieure ou égale à 3 avec une entre 1 et 3 ;
- « Indécision » si la médiane des notes est entre 4 et 6,5 ou absence d'accord du groupe d'experts (répartition des notes entre 1 et 9).

Les items pour lesquels il y avait une indécision, ont été modifiés, en fonction des suggestions des participants. Ensuite, ils ont, été soumis à nouveau au tour. Les autres items, ayant obtenus un consensus, ont été retirés entre chaque tour.

III. Résultats

1. Revue de la littérature :

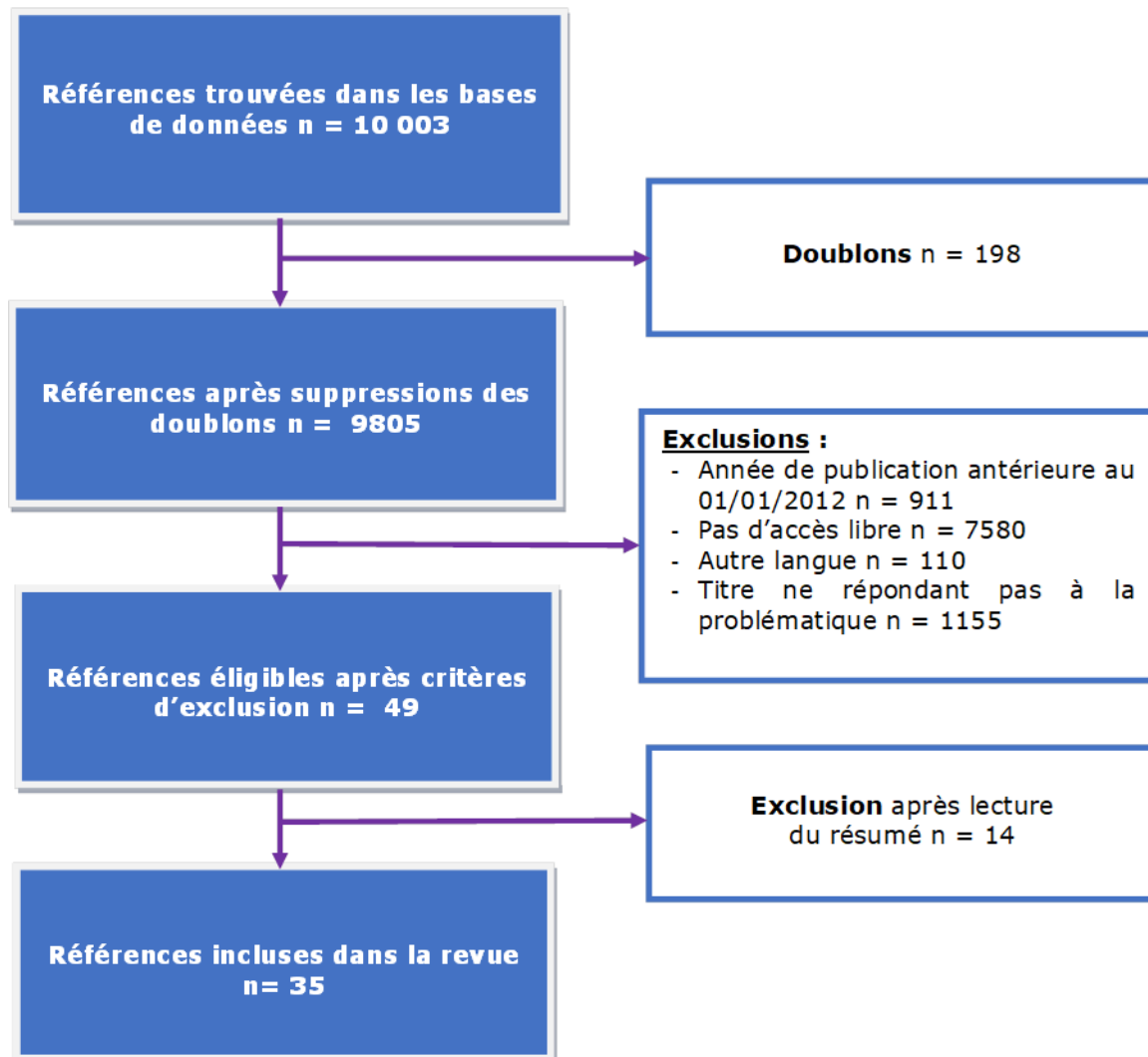


Figure n°3 : Diagramme de flux concernant la revue de la littérature

Cette revue de la littérature a permis d'inclure 35 références en langue française et anglaise. La méthodologie pour chaque séquence reste spécifique (âge des enfants, mode de recueil des données, etc.), une comparaison des résultats entre eux est difficile.

Pour notre projet, nous avons cherché à faire émerger des problématiques dont l'incidence est plus élevée dans la population des enfants confiés, qu'en population pédiatrique générale. Après une lecture intégrale de l'ensemble des sources, les données sont extraites et organisées selon différentes catégories en lien avec le sujet.

1.1 Caractéristiques de naissance :

Dans notre revue, 4 études se sont intéressées aux caractéristiques de naissance des enfants confiés. Toutes, retrouvent une plus forte prévalence de prématurité qu'en population générale :

- 9,1 % en Meurthe-et-Moselle contre 6,1 % en population générale³¹;
- Entre 10 et 16 % dans une revue de la littérature portant sur les enfants du territoire français¹⁷ ;
- Jusqu'à 21,8 % dans le département des Bouches-du-Rhône³².

Tableau n°2 : Comparatif des caractéristiques néonatales des enfants placés avec la population générale. (Source : Morgane Even. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. [Thèse de doctorat] Bordeaux, France : U.F.R des sciences médicales, 2017).

	Enfants placés	Population générale
Terme moyen en SA	38,5	40
Prématurité (terme < 37 SA)	10 à 16 %	6 à 7 %
Poids de naissance moyen en grammes	2 800 à 2 900	3 200
Retard de Croissance Intra-Utérin	11 %	
Hypotrophie	19 %	3 à 5 %
Hospitalisation en néonatalogie	12 à 24 %	
Accouchement compliqué : césarienne, forceps, ventouses, au domicile	13 %	

SA : semaines d'aménorrhée

Un état des lieux de la santé des enfants placés de Meurthe-et-Moselle retrouve également un poids de naissance inférieur à 2500 grammes pour 14,3 % des enfants placés du territoire (différence significative avec odd ratio à 2,5)³¹.

Ces caractéristiques particulières peuvent être en lien avec des comportements inadéquats (consommations de toxiques par exemple) durant la grossesse. D'où l'importance de renforcer le suivi de cette dernière et de mieux accompagner les femmes^{17,3}. De plus, la prématurité et un petit poids de naissance sont reconnus comme des facteurs de risque de maltraitance. Ils favorisent également l'apparition de troubles du développement, ainsi que des troubles psychiques tels que les troubles anxieux.

1.2 Santé mentale :

Parmi les 35 sources incluses, 16 font apparaître des éléments concernant la santé mentale des enfants placés. La France connaît actuellement une crise en matière de soins psychiatriques³³. Le 13 avril 2021, la HAS a réalisé une auto-saisine intitulée « Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie », à l'issue de laquelle un rapport a été émis. Au-delà des difficultés humaines, il met l'accent sur une baisse croissante, ces dernières années, des effectifs de la spécialité. C'est aussi la vulnérabilité de l'enfant placé qui y est particulièrement soulignée. En effet, les résultats sont sans appel, voire préoccupants : 50% des enfants confiés en France présenteraient un trouble psychiatrique, une prévalence 5 fois supérieure à celle du reste de la population³⁴.

Malgré des méthodologies différentes, les études françaises récentes concluent toutes à une prévalence importante de la souffrance psychique, quel que soit son type, chez les enfants confiés^{17,26,34}. En fonction des études cela concerne 23 à 71% des enfants. Des études étrangères¹⁷ corroborent ces chiffres. Pour aller plus loin, une méta-analyse internationale³³ donnent des résultats encore plus significatifs : 49 % d'enfant confiés présentent un trouble psychiatrique, soit une prévalence 3 à 4 fois plus élevée qu'en population générale.

Ces enfants qui grandissent dans l'adversité sont plus à risque sur les difficultés à réguler leurs émotions et/ou de rencontrer des troubles psychologiques. Ils présentent également plus de difficultés dans les relations interpersonnelles, notamment avec leurs pairs³⁵.

Face à cette crise, et aux enjeux de santé mentale qui en découlent, il apparaît d'autant plus important de sensibiliser l'ensemble des acteurs aux spécificités liées la santé des enfants placés. Une vigilance accrue doit être portée plus particulièrement sur les troubles psychiques, car parfois difficiles à évaluer sans l'avis d'un spécialiste. C'est pourquoi le rôle du médecin généraliste fait sens : mieux les connaître pour mieux les dépister et orienter rapidement vers une prise en charge adaptée.

1.2.1 Antécédents et prédispositions :

Les événements qui ont conduit au placement, peuvent à eux seuls, représenter des facteurs de risque de perturbation du psychisme de l'enfant. On retrouve également souvent un terrain familial à risque.

Une étude menée en 2017 sur la population des enfants placés dans les Bouches-du-Rhône a démontré que 35 % des enfants ont des antécédents familiaux de troubles psychiatriques³⁶. Dans la même lignée, une étude menée en 2021 dans le Maine et Loire révèle que 21,4 % des enfants placés ont un parent avec au moins un trouble psychiatrique³³. Plusieurs autres travaux ont des résultats qui vont dans le même sens^{17,31}. Parmi les pathologies les plus fréquemment rapportées, les

addictions³⁷ y ont une part prépondérante. Parmi celles-ci la consommation d'alcool arrive en tête¹⁷.

1.2.2 Troubles anxieux et épisodes dépressifs :

Dans le panel des pathologies d'ordre psychiatrique, celles revenant le plus fréquemment dans la littérature sont les troubles anxieux et les épisodes dépressifs^{6,38}. Même si les instruments de mesure diffèrent, les résultats sont néanmoins en accord : près du tiers des enfants placés souffrent de troubles mentaux internalisés (anxieux et/ou dépressifs).

Dans une étude dans les Bouches-du-Rhône^{36,39}, 44 % des enfants confiés avaient un diagnostic de troubles anxieux, contre 5% en population pédiatrique générale. De plus, 14,8 % d'entre-eux souffraient quant à eux d'épisodes dépressifs caractérisés, soit une prévalence 2,5 fois supérieure à la population générale.

La méta-analyse internationale, déjà citée précédemment, corrobore ces chiffres : 18 % des enfants souffrent de troubles anxieux, 12 % d'épisode dépressif³³.

Dans la littérature étrangère, le constat reste le même : dans la population des enfants placés aux États-Unis, 16 % présentent des troubles anxieux, contre 5,9 % dans la population générale⁴⁰. Des comparaisons avec la population générale ont été effectuées dans certains travaux pour des pays européens et américains¹⁷. Quel que soit les pays et/ou les moyens de mesure, les chiffres sont quasi identiques : il y a 2 à 4 fois plus de troubles anxieux et 2 à 3 fois plus d'épisodes dépressifs chez les enfants confiés. Une analyse plus fine des résultats met en évidence une prévalence significativement plus élevée concernant les troubles paniques, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles anxieux généralisés et pour la phobie sociale¹⁷.

A l'origine, une des explications possibles, au-delà du terrain familial, serait la régulation par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, avec, notamment, la sécrétion du cortisol. En cas de stress chronique, un émoussement de la réponse du système nerveux autonome peut apparaître, engendrant une diminution de la sécrétion du cortisol. Cela peut entraîner effectivement une mauvaise adaptation aux stress du quotidien et de possibles symptômes dépressifs à l'âge adulte¹⁷.

1.2.3 Syndrome de stress post-traumatique :

Le syndrome de stress post-traumatique est une réaction psychique après un événement traumatisant (critère A). Il regroupe un ensemble de symptômes dans trois groupes distincts selon le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : les reviviscences (critère B), les évitements, l'émoussement de la réactivité générale (critère C) et l'activation neurovégétative (critère D). Dans la nouvelle version du DSM, l'agression sexuelle ou la menace d'une telle agression s'ajoute à la liste des événements traumatisants retenus. De plus, il est maintenant

admis que les témoins, et non plus seulement la victime directe, peuvent souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique.

Cette nouvelle définition, y compris en termes d'infraction pénale, fait tout son sens pour les acteurs de la prise et du suivi de la population des enfants confiés victimes, mais également témoins de violences avant leur placement. La prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez ces enfants varie de 5 à 10 % selon les études. Des chiffres qui sont 2 à 10 fois supérieurs à la population générale (entre 1 et 2 %)^{17,41}. Dans la méta-analyse internationale, la fréquence est estimée à 4 %³³.

1.2.4 Troubles du comportement :

Les troubles du comportement concernent un cortège de pathologies telles que le Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), les troubles des conduites ou encore les troubles oppositionnels avec provocation¹⁷.

Une étude menée en 2019 en Meurthe-et-Moselle dénombre la présence de trouble de ce type chez 40 % des enfants placés en famille d'accueil³¹. Il n'y avait malheureusement pas de données concernant les enfants placés en structure. Cependant, ces chiffres sont corrélés par d'autres études, notamment celle menée dans les Bouches-du-Rhône où 43,4 % des enfants étaient touchés par ces pathologies de santé mentale³¹. Déjà en 2009, dans le Maine-et-Loire, 54 % des enfants placés étaient considérés comme ayant des troubles du comportement¹⁷.

La littérature étrangère fait, elle aussi, état d'une prévalence supérieure comparativement à la population générale^{17,40}. En France, en population générale, la prévalence de ces troubles peut aller, en fonction des études, jusqu'à 9 %³⁶. Néanmoins, il n'y avait pas toujours de diagnostic établis pour ces enfants dans les études. Les données s'attachaient plutôt à des symptômes perçus par les médecins lors des consultations.

Malgré cela, l'ensemble des travaux s'accordent sur le fait que les enfants placés présentent plus fréquemment des signes d'hyperactivité, d'inattention, parfois d'agressivité³⁵. Ils sont également souvent confrontés à des difficultés dans la gestion de la relation avec les autres. Ces signes sont d'autant plus présents chez les enfants lorsqu'ils ont subi plusieurs changements de lieu de placement⁴².

1.2.5 Addictions :

Il existe peu d'études françaises sur le sujet. La majorité ont été réalisées auprès d'adolescents^{17,43}. Une étude parisienne, menée chez les 11-12 ans, retrouve en termes d'abus de substances : 8% de tabagisme, 11 % de consommation cannabis, 12 % avec mésusage de médicaments².

Dans un autre travail, réalisé dans les Alpes-Maritimes⁴³ : 45 % des adolescents de l'échantillon se déclarent fumeurs, 33 % disent avoir consommé de l'alcool au cours

des trois mois précédents l'étude. En plus de cela, 3,5 % avouent consommer de l'alcool de manière quotidienne. Concernant les autres substances : 20,5 % ont déclaré consommer du cannabis, dont 4,8 % de manière quotidienne. Dans cette même étude, il ressort qu'il y a plus de consommation de la substance en cas de placement en structure, comparativement à une famille d'accueil.

Dans la littérature étrangère¹⁷, on retrouve une fréquence de 15 % d'abus d'alcool chez les adolescents, soit un risque 2 fois plus élevé qu'en population générale.

1.2.6 Idées suicidaires et tentatives de suicide :

Une étude dans le Maine-et-Loire a proposé aux enfants de remplir un auto-questionnaire concernant leur santé mentale¹⁷. Les résultats sont inquiétants : 28 % des enfants déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires (11 % souvent, 17 % quelques fois). Cependant, seuls 20 % en avaient parlé à leur médecin. Dans ce même travail, on découvre que 14 % des 6 – 18 ans ont déjà fait au moins une tentative de suicide. Déjà en 2005, dans les Bouches-du-Rhône : 30 % des 13-17 ans avaient fait une tentative de suicide parmi les adolescents confiés. Dans une étude plus récente, dans le même département, les chiffres restent toujours très alarmants. En effet, parmi les adolescents interrogés entre 23 et 32 % déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires, avec un passage à l'acte pour 20 % d'entre eux (contre 4,8 % en population générale)³⁹.

Dans les Alpes-Maritimes⁴³, 16,3 % des adolescents interrogés ont déjà fait une tentative de suicide. Autre constat : 55,6 % des adolescents de l'échantillon se sont déjà scarifiés. Ces conduites ont une prévalence plus élevée chez les filles^{17,43} : 23,8 % contre 6 % des garçons pour les tentatives de suicides et 62,9 % des filles, contre 30 % des garçons pour les scarifications.

Aux États-Unis, dans une cohorte d'adolescents placés¹⁷ : 27 % avaient des idées suicidaires, 15% des 12-17 ans étaient passés à l'acte, soit un risque 4 à 5 plus élevé que dans la population générale.

1.2.7 Trouble de l'attachement :

Le DSM-V définit le trouble de l'attachement comme un comportement perturbé dans les relations sociales, pouvant être inapproprié. Cela peut passer par une inhibition, ou au contraire par une désinhibition. Ce trouble est retrouvé chez des enfants qui ont connu des carences de soins très sévères. Dans la définition même du trouble, on retrouve comme pouvant en être à l'origine : des changements répétés ou l'absence de figure d'attachement principale, qui empêche l'enfant de former des liens stables. Les enfants confiés sont donc plus à risque de présenter ce trouble.

Dans sa théorie de l'attachement, le psychanalyste John Bowlby décrit quatre étapes dans la construction de ce lien d'attachement qui sécurise l'enfant⁴⁴ :

- Avant 2 mois : signaux indifférenciés en fonction des personnes ;
- De 2 à 7 mois : début de la différenciation des personnes, mais la figure d'attachement principale peut encore être substituée ;
- Vers 7 mois : attachement sélectif avec apparition de la peur de l'étranger et d'angoisses lors des séparations. Il n'est plus possible de substituer la figure d'attachement principale ;
- A 3-4 ans : l'enfant va modifier ses comportements pour demander plus d'attention à l'adulte en situation de besoin : en cas de stress, de fatigue, ou s'il est malade par exemple.

Différents types d'attachement existent : sécure, évitant, ambivalent/résistant et désorganisé. En cas d'antécédent traumatisant, notamment de maltraitance, avec perte de la figure d'attachement principal, les enfants sont à risque d'attachement désorganisé.

Certains critères de vulnérabilité ont été identifiés comme pouvant entraver la création de ce lien pourtant primordial pour le bon développement de l'enfant. Parmi eux, on retrouve la consommation d'alcool et/ou d'autres toxiques par les parents.

S'il n'existe pas de recommandations de la HAS concernant le dépistage et l'évaluation de ce trouble, plusieurs auteurs proposent de se baser sur les critères du DSM-V⁴⁴ :

- Questionner le caregiver sur le comportement de l'enfant envers les adultes (connus et inconnus), notamment durant les moments de stress ;
- Être d'autant plus vigilant en cas d'antécédents de violence ;
- Prendre un temps d'observation de l'enfant vis à vis de l'adulte en proposant une situation de jeu par exemple, mais aussi s'intéresser aux séparations-retrouvailles ;
- Ne pas négliger l'environnement, notamment culturel duquel l'enfant est issu.

Du fait de leur vécu abandonnique, les enfants confiés peuvent rencontrer des difficultés dans l'acquisition d'un sentiment de sécurité, dans la construction de l'image de soi et de la confiance en soi. Il peut aller jusqu'à refuser de s'investir dans une famille d'accueil ou un lien d'accueil de peur d'un nouvel abandon⁴³.

Dans une méta-analyse³³, on retrouve que 26 % des enfants confiés ont un attachement sécure, 23 % évitant, 11 % ambivalent et 43,6 % désorganisé en institution. En famille d'accueil, l'attachement est sécure dans 56,7 % des cas, 12,6 % évitant, 5,6 % ambivalent et 23,3 % désorganisé.

L'évaluation de ce lien est importante. Il permet à l'enfant de se développer sereinement au niveau social, affectif et/ou cognitif. La figure d'attachement permet à l'enfant de s'autonomiser et d'évoluer dans un environnement rassurant et sera là pour réagir, mais aussi l'aider en situation d'angoisse.

1.2.8 Traitements et suivi :

Face à ces troubles, relativement fréquents, une prise en charge est nécessaire. Cela peut passer par un suivi psychologique, mais également par des thérapies médicamenteuses.

Une étude en Haute Savoie retrouve que 32 % des enfants confiés bénéficiaient d'un suivi psychologique contre 2,6 % des enfants du département¹⁷. Dans le Maine-et-Loire les chiffres sont encore plus parlants : 57 % des enfants confiés ont un suivi sur le plan psychologique.

A l'étranger, dans une cohorte suivie aux Etats-Unis 44 % des enfants ont eu une consultation à visée psychologique dans l'année. Pourtant, seuls 82 % des enfants avec diagnostic de trouble psychiatrique ont un suivi régulier. En Angleterre, 34 % des enfants ont une consultation dans l'année, mais seuls 44 % des enfants avec un trouble ont un suivi régulier. Outre les difficultés d'accès à l'offre de soin, une consultation auprès d'un psychiatre et/ou l'introduction d'un traitement à visée psychiatrique sont des soins considérés comme non usuels. Ils nécessitent donc l'accord des parents³⁶.

L'étude NSCAW-II menée aux Etats-Unis révèle que 2 % des enfants en famille d'accueil et 45 % des enfants vivants en institution ont été hospitalisés en psychiatrie dans l'année. L'hypothèse avancée serait que les structures rencontrent plus de difficultés dans la gestion des troubles.

La prévalence des traitements médicamenteux chez ces enfants a été peu étudiée. Une étude en Haute-Savoie¹⁷ menée en 2009-2010 révèle que 13,7 % des enfants vivant en institution et 4,6 % des enfants en famille d'accueil avaient une thérapie chimique. Plus récemment (2018), dans les Bouches-du-Rhône, on retrouve que 28 % des enfants avec un diagnostic de trouble psychiatrique bénéficient d'un traitement médicamenteux. Le plus fréquent étant la Risperidone, dans 41 % des cas³⁶. Dans la cohorte NSCAW-II 40 % des enfants placés prenaient un traitement par psychotrope¹⁷.

1.2.9 Ce qu'il faut retenir :

Peu nombreuses sur le sujet, les études s'accordent sur le fait que la vulnérabilité engendrée par les événements traumatiques qui ont mené au placement est un facteur de risque aggravant de développer des troubles d'ordre psychique chez les enfants confiés⁴⁵. Devant la crise actuelle du secteur de la psychiatrie en France, le rôle des médecins libéraux est d'autant plus important afin d'assurer un dépistage précoce et une orientation rapide si nécessaire. Les conséquences dramatiques d'une prise en charge tardive ont dans la majorité des cas un impact direct sur le développement et les interactions sociales pour ces enfants.

1.3 Evaluation du développement :

1.3.1 Troubles du neurodéveloppement :

D'après le DSM-V, les troubles du neuro-développement se caractérisent par « une perturbation du développement cognitif et/ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial ».

Ces troubles se manifestent par des difficultés concernant au moins un des domaines de développement suivants la :

- Motricité globale (prenant en compte le contrôle postural et les déplacements) ;
- Motricité fine ;
- Langage ;
- Socialisation ;
- Cognition à partir de 4 ans.

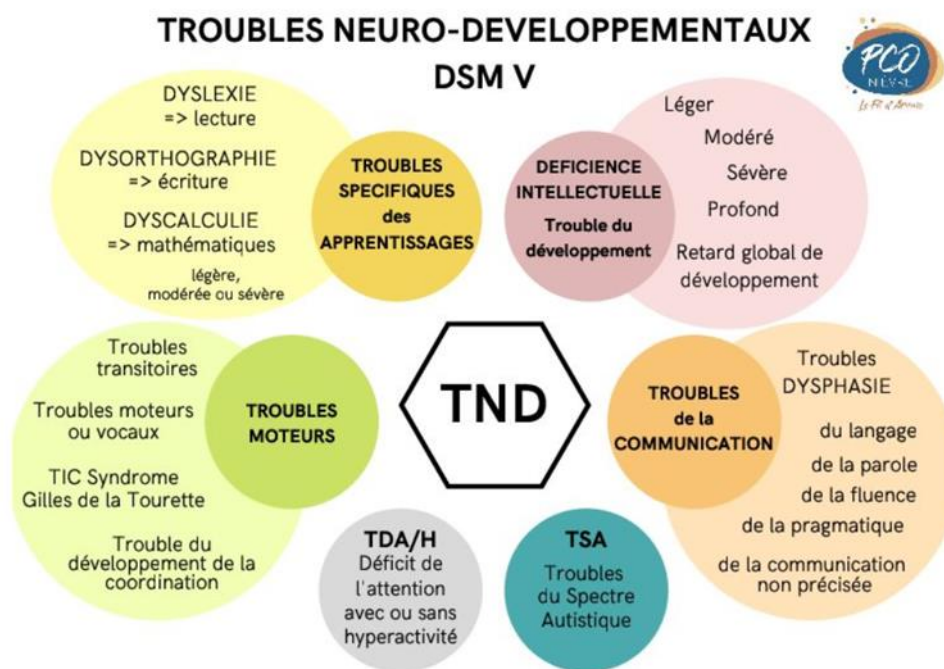


Figure n°4 : Les troubles du neurodéveloppement d'après le DSM-V (Source : site internet de la plateforme de coordination et d'orientation de la Nièvre).

En 2020, la HAS émet des nouvelles recommandations dont les objectifs sont d'harmoniser les pratiques de repérage et d'orientation des enfants qui ont un trouble du neurodéveloppement, d'optimiser leurs parcours en santé, de mieux identifier de signes d'alerte jusqu'à l'orientation vers une prise en charge.

Certains éléments de l'environnement de l'enfant sont à prendre en compte, car ils peuvent faire passer l'enfant dans la catégorie à haut risque de troubles du neurodéveloppement^{46,47}.

Il s'agit de la :

- Vulnérabilité socio-économique (seuil de pauvreté, parent isolé, faible niveau scolaire parental, etc.) ;
- Vulnérabilité psychoaffective : présence de violence conjugale et/ou intrafamiliale, l'exposition de l'enfant à des maltraitances, à une négligence grave, à des difficultés psychologiques ou psychiatriques dans sa famille.

Déjà en 2004, une étude dans le Maine-et-Loire fait état que 13 % des enfants placés présentaient un trouble du développement global. Dans le même département, en 2009 : 16 % des enfants placés présentent un retard des acquisitions¹⁷. En 2019, en Meurthe-et-Moselle, l'étude de l'état de santé des enfants confiés du département révèle que 47 % d'entre eux présentent un trouble du développement psychomoteur³².

Dans l'Hérault, une évaluation plus fine a été menée entre 2014 et 2015. Dans la population des enfants confiés³⁹ :

- 14,2 % présentent un retard moteur ;
- 12,4 % une dyslexie ;
- 4% une déficience intellectuelle ;
- 2 % une dyspraxie.

Des professionnels interrogés sur le sujet, en raison de leur expérience en matière de suivi des enfants confiés, évoquent que dès le début des apprentissages, environ 24 % des enfants ont déjà un retard²⁵. Dans les Pyrénées-Orientales on constate qu'entre 6 et 11 ans un tiers seulement ont des acquisitions normales.

S'il n'y a pas eu d'étude française au niveau national concernant la prévalence de ces troubles dans la population des enfants placés, les chiffres locaux concordent avec ceux retrouvés à l'étranger⁴⁸. Ils montrent tous une présence plus importante de ces troubles que dans la population générale¹⁷.

Dans une cohorte californienne³³ chez les moins de 12 ans en famille d'accueil : 33 % présentent des troubles de la motricité globale et de la motricité fine dans 35 % des cas. En Angleterre, une étude montre que 10,7 % des enfants confiés présentent une déficience intellectuelle, contre 1,3% dans le groupe témoin.

Une étude comparative avec test de Bayley a également été menée aux Etats-Unis sur une population d'enfants confiés : 49 % des enfants du groupe ont des résultats sous la moyenne, contre 15 % dans le groupe d'enfants issus de la population générale³³.

Retenons que les troubles du neurodéveloppement peuvent intervenir dès le plus jeune âge. Il est capital de les dépister précocement pour permettre de favoriser le développement de l'enfant, et qu'il ne soit pas, ensuite, en difficulté durant sa scolarité, voire dans sa vie d'adulte. Si la politique nationale en matière d'orientation et de prise en charge se développe de plus en plus, les médecins amenés à suivre des enfants confiés doivent impérativement être plus et mieux sensibilisés à leur vulnérabilité en la matière.

1.3.2 Développement du langage :

Les enfants placés présentent un risque augmenté de troubles dans le développement du langage. En effet, celui-ci se construit, en partie, grâce à leur environnement, à l'attention et aux stimulations apportées par l'entourage. Ces troubles du langage peuvent entraver, par la suite, les performances scolaires^{49,50}.

Encore une fois, nous n'avons pas retrouvé d'étude au niveau national sur cette problématique. Cependant, diverses études au niveau départemental se sont intéressées au sujet. Dans le Maine et Loire, 14,3 % des enfants présentent un trouble du langage¹⁷. En Meurthe-et-Moselle³¹, ce chiffre grimpe jusqu'à 30 % de la population des enfants confiés. Dans les Bouches-du-Rhône, une déficience du langage et de la parole est présente pour 26,4 % des enfants placés du département³².

Une étude a également été menée dans des services de pédopsychiatrie en région parisienne³³. De cette étude ressort une moins bonne production du groupe des enfants placés que le groupe témoin dans le langage oral et écrit.

Chiffres concordants avec des cohortes aux Etats-Unis où 15 % des enfants de la cohorte NSCAW-II présentent des troubles du langage³³, et 17,8 % dans une seconde étude contre 4,8 % en population générale. Dans une cohorte australienne, 36 % rencontrent des difficultés de lecture. En Angleterre, on dénombre 8 % de troubles de la compréhension et 15 % de troubles du langage oral chez les enfants placés, contre 2 à 3 % en population générale.

Concernant la prise en charge de ces éventuels troubles du langage, une revue de la littérature fait état que 10 à 18 % des enfants confiés bénéficient d'un suivi orthophonique. Cependant, à indication égale un enfant placé à 3,5 fois moins de chance d'avoir un suivi qu'un enfant issu de la population générale¹⁷. Ceci peut à nouveau s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'actes non usuels, mais également par une discontinuité des soins en cas de changement de lieu de placement.

1.4 **Scolarité :**

Les enfants victimes de violences et/ou négligence sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés dans leur scolarité et dans les apprentissages (culturel, sportif, etc.)^{25,35}. Ils peuvent également présenter des difficultés de socialisation, participant au retard

scolaire⁴⁰. Interrogés, les professionnels qui encadrent des enfants évoquent des difficultés de compréhension, d'imagination, d'apprentissage ou encore des retards en lecture, d'écriture ou en mathématiques. Des entretiens avec eux soulèvent aussi des problèmes de comportement avec des difficultés d'attention durant la classe⁵¹.

Dans les Yvelines, on fait état que 40 % des enfants placés présentent des difficultés scolaires²⁵. Une revue de la littérature fait état que, à l'âge théorique de l'entrée au collège, 66,1 % des enfants placés ont un retard d'au moins 1 an contre 20,4 % en population générale. Ces chiffres se maintiennent jusqu'à l'entrée au lycée où 61,5 % des adolescents placés sont dans une classe inférieure, contre 36,9 % en population générale³³. Dans les Alpes Maritimes, 33,3 % des enfants de l'échantillon d'une étude, chez les 12 ans et plus, ont déjà redoublé³⁵.

Une étude sur le décrochage scolaire des enfants placés en structure, dont les données ont été collectées dans deux départements, indique que : 23,2 % des adolescents sont scolarisés en Section d'Enseignement Général et Adapté (SEGPA) contre 3,4 % en population générale pour le collège. Pour les classes élémentaires : 7,3 % sont en CLIS (Classe pour l'Inclusion Scolaire) contre 1 % en population générale⁵¹.

Concernant la déscolarisation, il y a peu de différence avec la population générale en ce qui concerne la scolarité obligatoire³³. Par contre, l'écart se creuse chez les adolescents confiés à partir de

- 15 ans avec 6,1 %³³ de décrochage scolaire contre 1,8 % (INSEE 2020) ;
- puis de 16 ans avec 16 %³³ contre 3,9 % (INSEE 2020).

1.5 Handicap :

Le handicap peut être une conséquence du passé traumatique de l'enfant sur son développement. Il peut également constituer un facteur de vulnérabilité²⁶.

Dans le rapport ayant conduit à la stratégie nationale pour la protection de l'enfance, on apprend que 25 % des enfants confiés bénéficient d'une reconnaissance d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Un certain nombre de ces enfants nécessitent aussi des orientations vers des établissements spécialisés, à temps partiel ou complet, tels que des Instituts Medico-Educatifs (IME) ou des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)^{3,27}.

En 2021, le rapport du Défenseur des droits fait état que 17 % des enfants confiés à l'ASE ont des notifications MDPH, principalement pour des troubles psychiatriques et/ou comportementaux, ce qui est 8 fois supérieur à la population générale.

Dans les Bouches-du-Rhône, 50 % des notifications concernaient une orientation vers un établissement scolaire ou médico-social, 20 % pour une attribution d'un.e Assistant.e de Vie Scolaire (AVS)³². En 2017, dans ce même département, 67 % des enfants avec une notification avaient un retard scolaire³⁶.

Parmi les pathologies les plus fréquentes qui concernent ces notifications on retrouve : les troubles du développement psychologique (61 %), les troubles du comportement (20 %), un retard ou un trouble mental (11 %), des malformations (5 %), des troubles sensitifs (3 %), des maladies du système nerveux³².

Une revue de la littérature fait état que les troubles mentaux et/ou du comportement concernent jusqu'à 71,3% des notifications en fonction des territoires³³.

Si une disparité peut exister en fonction des départements, il n'en demeure pas moins qu'il existe une surreprésentation du handicap dans la population des enfants placés. Au-delà des notifications MDPH, ces enfants peuvent nécessiter la mise en place d'un accompagnement (AVS, etc.), ou d'une orientation en établissements spécialisés pour les soutenir, les accompagner dans leur développement et leur scolarité. Tous ces éléments doivent être connus des médecins présents en première ligne sur le terrain.

1.6 Troubles du sommeil :

Dans notre revue, 6 articles se sont intéressés à l'évaluation de la qualité du sommeil chez les enfants confiés.

Dans les Alpes Maritimes⁴³, 48,1 % des enfants interrogés déclarent avoir assez souvent des troubles du sommeil, pour 23,7 % des difficultés d'endormissement et pour 25,5 % des réveils nocturnes. Dans l'analyse des données par lieu de placement, on constate plus de troubles du sommeil chez les adolescents placés en MECS ($p < 0,01$) : 61,5 % en MECS contre 41,3 % chez ceux placés en famille d'accueil⁴³.

Dans les Bouches-du-Rhône, les troubles du sommeil sont présents chez 20 % des enfants³⁶ : 29% ont des troubles d'endormissement, 13 % des réveils nocturnes, 12 % de l'anxiété nocturne, 8 % des insomnies et 7 % des cauchemars et/ou terreurs nocturnes.

Dans la population des enfants confiés de l'Hérault³⁹, le sommeil est évalué comme bon par 74 % des enfants. Les troubles du sommeil sont cependant plus fréquents dans les lieux de vie collectifs : 37 % en structure contre 25,4 % en famille d'accueil (avec une différence statistiquement significative). Le trouble le plus fréquent est la difficulté d'endormissement. Elle concerne presque 10 % des 0-5 ans, et 12,3 % des 6-10 ans.

En Moselle aussi, ces difficultés sont retrouvées plus fréquemment en structure avec 40,2 % contre seulement 13,2 % des enfants en famille d'accueil⁵².

1.7 Santé bucco-dentaire :

En France, il n'existe pas de notion de négligence bucco-dentaire⁵³ contrairement au Royaume-Uni. Celle-ci y est définie par la British Society of Pediatric Dentistry comme « une incapacité persistante à répondre aux besoins de santé bucco-dentaire de l'enfant, susceptible d'entraîner une déficience grave ».

Lors de leur accueil à l'ASE, un défaut d'hygiène corporel et bucco-dentaire est souvent rencontré chez les enfants⁵³.

Malgré cela, il existe encore des difficultés d'accès aux soins dentaires. Certains spécialistes sont réticents à prendre en charge des mineurs avec une Couverture Mutuelle Universelle (CMU), bien que ce phénomène soit en baisse⁶. De plus, si un traitement orthodontique s'avère nécessaire, l'accord parental doit obligatoirement être recherché puisqu'il s'agit d'un acte considéré comme non usuel²³.

Seuls trois articles de notre revue s'intéressent à la fréquence des pathologies dentaires chez les enfants confiés. Le premier indique que les enfants victimes de violences peuvent présenter jusqu'à 8 fois plus de caries comparativement aux autres enfants⁵³.

Dans le second, dans l'Hérault³⁹ on constate que les caries sont plus fréquentes en MECS (30,4%) et en foyer de l'enfance (40,4%) qu'en famille d'accueil (15%).

Enfin, une étude menée en Meurthe-et-Moselle²³ étudie, plus précisément les habitudes, de succion : nutritive et non nutritive. La succion non nutritive provoque un sentiment de réconfort et de réassurance. Normalement, la fréquence de cette dernière diminue avec l'entrée en maternelle car l'enfant y est occupé dans sa relation avec les camarades. Une instabilité dans son environnement (changement de lieu de placement par exemple) peut pérenniser cette habitude et rendre son arrêt délicat car l'enfant y trouve du réconfort²³.

La persistance de cette succion non nutritive peut entraîner des modifications anatomiques avec, notamment, des perturbations des arcades dentaires pouvant entraîner des troubles de la parole⁵³. Il existe également un risque de malocclusions avec des béances. Ces pathologies nécessiteront une correction orthodontique si elles persistent sur les dents définitives.

A l'étranger, une étude dans l'état de Washington⁵⁴ fait état que la continuité des soins dentaires est régulièrement compromise par les changements de lieux de placement. Là-bas aussi, il existe des difficultés à trouver un dentiste acceptant la prise en charge par l'équivalent de la CMU aux Etats-Unis.

1.8 Problèmes de poids et d'alimentation :

Plusieurs articles de la revue se sont intéressés à l'alimentation et aux éventuels troubles du comportement alimentaire chez les enfants confiés.

La dimension émotionnelle de l'alimentation peut être altérée chez les enfants placés à cause des difficultés familiales rencontrées dans leur passé, mais aussi en raison de l'instabilité de la figure d'attachement. Autant d'éléments qui empêchent la mise en place d'habitudes alimentaires saines. Sans une alimentation stable, le risque d'une répercussion possible sur la croissance et le développement est un facteur important à prendre en compte dans le suivi²³.

Parmi les mauvaises habitudes alimentaires, on peut retrouver : un rapport sélectif aux aliments, un attrait prononcé pour le sucré ou encore de nombreux grignotages. Plus l'enfant sera accueilli tard, plus ces habitudes seront difficiles à faire évoluer ou à perdre²³. Par ailleurs, elles peuvent être exacerbées, surtout pour le grignotage, lors des visites de certains parents qui cherchent à compenser leur absence en apportant de la nourriture²³.

Une autre dimension à prendre en compte est celle de l'oralité²³ et de ces éventuels troubles. Les troubles de l'oralité touchent toutes les fonctions de la cavité buccale (alimentation, verbal, ventilatoire et sensori-motrice). Il peut en résulter des troubles fonctionnels avec une limitation des mouvements oro-faciaux (de la langue, de la déglutition, à l'introduction de nouvelles textures), mais aussi sensorielle (hypersensibilité des zones buccales et péri-buccales), et comportementale, avec désintérêt pour la nourriture et/ou opposition à s'alimenter. Ce type de troubles relève d'une prise en charge orthophonique.

Concernant l'évaluation du poids, quelques ouvrages se sont penchés sur la question. Dans les Alpes-Maritimes⁴³, dans une étude chez les adolescents confiés, 6 % étaient maigres (IMC < 18,5), 14 % en surpoids (IMC > 25) et 5 % obèses (IMC > 30). Parmi eux, 20 % déclaraient faire de l'hyperphagie de temps en temps, et 7 % souvent.

Dans les Bouches-du-Rhône³⁶, 10 % de l'échantillon ont des troubles du comportement alimentaire (sans précision sur la répartition par type). Dans la population générale, la boulimie concerne 1,5 % des 11-20 ans et l'hyperphagie-boulimie entre 3 et 5 %. Pour l'anorexie mentale, cela concerne 0,9 à 1,5 % des filles et 0,2 à 0,3 % des garçons.

Sur une étude de la population des enfants confiés de l'Hérault³⁹, environ 1/3 des mineurs et des jeunes majeurs ont une corpulence considérée comme anormale. C'est ainsi qu'on dénombre 14 % des enfants comme étant en maigreux, 13,9 % en surpoids et 4,3 % en obésité. Dans la population pédiatrique générale, la prévalence du surpoids atteint 17 % des enfants de 6 à 17 ans et 3,9 % sont en situation d'obésité en 2015.

Dans la littérature étrangère⁵⁵, des études aux USA et en Corée du Sud montrent que les enfants placés sont plus fréquemment en situation de surpoids, voire d'obésité, que la population pédiatrique générale. Une étude récente faite dans l'Utah (USA), indique que 35 % sont en surpoids des 3-18 ans, et 18 % en situation d'obésité.

1.9 Les violences intrafamiliales et leurs conséquences :

La définition de la maltraitance a évolué au fil des ans. En 1989, l'Organisation des Nations Unies (ONU) donne la définition de ce qu'elle considère comme des violences contre les enfants : « toute forme d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle ». L'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée fait la distinction entre l'enfant en danger et celui en risque de l'être. Ce dernier rencontre des « conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas maltraité ».

En 2021, la HAS publie des recommandations de bonnes pratiques concernant l'enfant en danger ou en risque⁵⁶ de l'être et les violences qu'ils peuvent rencontrer. La maltraitance y est définie comme suit : « Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité quand un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. »

Ces situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables. Les violences et les négligences revêtent souvent des formes multiples qui peuvent être associées au sein d'une même situation.

1.9.1 Différentes formes de maltraitance :

Parmi les différentes formes de maltraitements, citons tout d'abord la violence physique. Elle se définit comme « l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne, ou risque fortement d'entraîner, un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. »

Les enfants peuvent aussi subir des violences psychologiques. Celles-ci sont définies comme une « exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes ou injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter ».

La maltraitance sexuelle est, quant à elle, définie par le fait « de forcer ou d'inciter l'enfant à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, l'enfant/adolescent n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences ». Il peut s'agir d'actes avec contact physique ou sans contact physique.

Enfin la négligence : il s'agit d'un « échec chronique du parent à répondre aux divers besoins de son enfant sur le plan de la santé physique, de l'hygiène, de l'habillement,

de la sécurité, de la surveillance de la protection, de la stimulation intellectuelle, de l'éducation ou des émotions et mettant en péril son développement normal. »

Dans son rapport sur les enfants ayant subi des violences, la HAS identifie des facteurs de risque de maltraitance^{44,57,58} :

- Le jeune âge et/ou la prématurité, un petit poids de naissance ;
- Le sexe de l'enfant (plus d'abus sexuels chez les filles, plus de violences physiques chez les garçons) ;
- Les troubles du comportement, un retard mental, un handicap ;
- Le jeune âge des parents et leurs antécédents de violences dans l'enfance, l'immaturité, des carences affectives dans leur propre enfance ;
- Un isolement et un faible niveau socio-économique ;
- Une dépression du post-partum, une longue période d'hospitalisation néonatale qui peuvent engendrer un niveau plus faible d'investissement affectif de l'enfant par ses parents.

A partir d'études réalisées auprès d'adultes rapportant des violences subies dans leur enfance, la Fédération France Victimes, agréée par le ministère de la justice sur l'aide aux victimes d'infractions pénales, estime que ce sont, chaque année, plus de 130 000 filles et 35 000 garçons qui subissent des viols ou des tentatives de viols, en majorité incestueux, et que 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales.

Rappelons que le fait de grandir avec un parent violent crée une situation de très grande insécurité pour l'enfant, et constitue, en soi, une situation de maltraitance psychologique. Les associations d'aide aux victimes constatent aussi que lorsqu'il y a de la violence conjugale, il y a très souvent de la violence directe sur les enfants (violences psychologiques, physiques, sexuelles).

1.9.2 La violence en quelques chiffres dans la population des enfants placés :

Dans un rapport sur l'évaluation de la maltraitance en Europe, l'OMS a retenu comme fréquences :

- Maltraitance sexuelle : 13,4 % des filles et 5,7 % des garçons
- Maltraitance physique : 22,9 % des enfants
- Maltraitance psychologique : 29,1 % des enfants
- Chez les enfants exposés aux violences conjugales, le risque d'exposition à une autre maltraitance serait de 30 à 60 %.⁵⁷

Le délai moyen entre la première alerte et le placement est de 16 mois. Une durée pendant laquelle l'enfant continue d'être exposé au danger¹⁷.

Une revue de la littérature présente la prévalence des violences rapportées dans cette population¹⁷ :

Tableau n°3 : Prévalence des violences dans la population des enfants confiés en France. (Source : Morgane Even. *Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie.* [Thèse de doctorat] Bordeaux, France : U.F.R des sciences médicales, 2017)

Types de maltraitance	% d'enfants concernés
Violences physiques	20 à 29 %
Violences psychologiques	10 à 31 %
Abus sexuels	14 à 20 %
Négligences lourdes	9 %

Dans une recherche rétrospective, on dénombre jusqu'à 55 % des enfants rapportant des antécédents de violences, quels que soient les motifs de placements¹⁷.

Dans son rapport national de 2016, l'ONPE indique que dans 35 % des cas d'admission dans le système de la protection de l'enfance, la maltraitance en est le principal motif. Par ailleurs, 25 % des enfants ont révélé une maltraitance après le placement^{17,33}. Elle peut survenir sur le lieu de placement et/ou lors des visites des parents.

Une étude aux USA montre qu'en une décennie, le nombre d'enfants entrant en protection de l'enfance pour des faits de violences a augmenté de 17 %. Ceux qui ont subi plusieurs types de violences ont augmenté aussi, passant de 20 à 27%⁵⁹.

1.9.3 Les conséquences de ces violences :

Les conséquences, parfois gravissimes, de ces violences sont nombreuses. Elles peuvent intervenir à court, moyen ou long terme⁶⁰. A court terme, des conséquences physiques comme des traumatismes crâniens, des hémorragies cérébrales, des fractures et/ou contusions multiples peuvent être constatées. Les atteintes neurologiques et/ou cérébrales, dans le contexte d'un syndrome du bébé secoué par exemple, peuvent avoir des répercussions dramatiques sur son développement avec de possibles crises d'épilepsies, un retard dans son développement ou des séquelles⁵⁷.

A court terme, les enfants exposés aux violences se montrent plus souvent agressifs envers les autres enfants et/ou les enseignants. Ils présentent également une faible estime d'eux même avec des symptômes anxieux, voire dépressifs⁶¹. Au niveau

scolaire on peut également observer des difficultés de concentration ainsi qu'une baisse des résultats⁶¹.

Un mauvais état de santé global à l'âge adulte peut être lié à des faits de violence dans l'enfance^{57,62}. Parmi les conséquences retrouvées, la HAS mentionne les troubles mentaux (dépressions, attaques de panique, etc.), la consommation de toxiques (alcool et drogues), des difficultés dans l'adaptation sociale, et même de la délinquance^{7,61}.

2. Processus Delphi

2.1 Données générales :

Initialement, 45 médecins ont été contactés pour les inviter à participer à l'élaboration de cet outil de liaison via la méthode Delphi, pour un objectif cible de 15 à 20 personnes. Un total de 18 professionnels a répondu favorablement à notre demande. Au lancement du premier tour de vote, un médecin s'est finalement désisté, suite à des événements dans sa vie professionnelle ne le rendant plus disponible pour la durée de l'étude.

Notre groupe d'experts est finalement constitué de 17 professionnels :

- Neuf médecins généralistes, dont deux ont une expérience en P.M.I ;
- Quatre pédiatres libéraux ;
- Trois médecins exerçant à temps-plein en Protection Maternelle et Infantile ;
- Un médecin Référent de la Protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle.

Une version préliminaire de l'outil de liaison a été réalisée à partir de la revue de la littérature. Les items choisis correspondent aux problématiques de santé rencontrées plus fréquemment dans la population des enfants confiés. Certains items, plus généraux, concernant l'identité de l'enfant et ses antécédents ont également été soumis au vote.

Les questionnaires ont été élaborés grâce à Google Forms et distribués à l'ensemble des participants via leurs adresses email. Les réponses étaient anonymes pour l'ensemble des trois tours.

2.2 Déroulé des tours Delphi :

2.2.1 Résultats du premier tour :

Le premier tour s'est déroulé du 21 novembre au 23 décembre 2022. Deux relances ont été nécessaires pour obtenir un total de 17 retours, soit un taux de réponse de 100 % du groupe d'experts.

Parmi les 44 items soumis au vote lors de ce premier tour :

- 14 ont obtenu un consensus du groupe d'experts. Ils ont été retirés du tour de vote suivant ;
- 30 items n'ont pas obtenu de consensus, faute d'accord du groupe d'experts.

L'ensemble des propositions soumises au vote, leur formulation, ainsi que l'ensemble des commentaires pour ce tour, sont disponibles en annexe numéro 3.

Suite aux commentaires formulés par les experts, 20 formulations ont été modifiées, des précisions ont été apportées sur 3 items, et 2 nouvelles propositions ont émergées. Elles ont été ajoutées pour le tour de vote suivant.

2.2.2 Résultat du second tour :

Le second tour de vote s'est déroulé du 20 janvier au 20 février 2023. Trois relances ont été nécessaires pour obtenir un total de 15 retours, soit un taux de réponse de 88,2 % du groupe d'experts.

Parmi les 30 items soumis au vote lors de ce second tour :

- 13 ont obtenu un consensus et ont donc été retirés du tour suivant ;
- 17 n'ont pas obtenu de consensus, faute d'accord du groupe d'experts.

L'ensemble des propositions leur formulation, et les commentaires soumis au vote, est disponible en annexe numéro 4.

Pour le dernier tour, 5 items ont été reformulés et des précisions ont été apportées à 4 autres. Afin de mieux correspondre à l'attente des experts, 3 ont été modifiés sur la forme et 3 items ont été ajoutés.

2.2.3 Résultat du troisième tour :

Le troisième et dernier tour de vote s'est déroulé du 10 mars au 10 avril 2023. Quatre relances ont été nécessaires pour obtenir un total de 15 retours, soit un taux de réponse de 88,2% du groupe d'experts.

Nous avons fait le choix de ne pas utiliser d'échelle de Likert pour certains items touchant au format et à la distribution de l'outil. Le but est de laisser libre cours aux experts pour nous faire des propositions sur leurs souhaits et/ou attentes à ce sujet.

Sur les 10 items qui ont été soumis à la consultation et aux votes sous le format de l'échelle de Likert :

- 5 ont obtenu un consensus ;
- 5 n'ont pas obtenu de consensus, faute d'accord du groupe d'experts.

2.2.4 Synthèse des résultats à l'issue des trois tours de vote :

Pour rappel, le but de la méthode Delphi est la recherche d'un consensus et le recueil d'opinions. C'est pourquoi, vous trouverez, ci-après, les tableaux répartis en 7 thèmes, avec pour chacun, les items validés pour le contenu de l'outil de liaison, à l'issue des trois tours, par le groupe d'experts.

Légendes appliquées aux tableaux ci-après :

M = Médiane ; D = Dispersion des notes au tour de validation de l'item ; TC = Tour auquel le consensus a été obtenu ; % = Pourcentage de personne ayant mis une note entre 7 et 9, Références = Références bibliographique correspondantes.

Bleu : validé au 1^{er} tour – Vert : validé au 2^{ème} tour - Rouge = validé au 3^{ème} tour

Tableau n°4 : Items validés à l'issue des trois tours de vote

	QUESTIONS	M	D	TC	%	Références
Partie 1 : Identité de l'enfant						
1	Nom et prénom de l'assistant.e familial.e ou nom et fonction de la structure où l'enfant est placé (MECS, Maison de l'enfance, etc.).	9	7 à 9	1 ^{er}	100	3 ; 6 ; 25 ; 26 ; 51
2	Numéro de téléphone de l'assistant.e familial.e ou du référent de la structure.	8	7 à 9	1 ^{er}	100	3 ; 6 ; 25 ; 26 ; 51
3	Date de placement dans la famille ou dans la structure actuelle.	9	7 à 9	1 ^{er}	100	3 ; 6 ; 25 ; 26 ; 27
4	Nom et coordonnées du médecin référent de la protection de l'enfance du département de placement d'origine.	9	7 à 9	3 ^{ème}	100	3 ; 4 ; 6 ; 7 ; 33 ; 58
5	Indiquez le nom, le lien avec l'enfant, la fonction du/des titulaire.s de l'autorité parentale s'il ne s'agit pas des parents.	8	7 à 9	3 ^{ème}	100	3 ; 4 ; 8 ; 10 ; 12 ; 13 ; 26
6	Indiquez si l'enfant a des frères et sœurs, et si des mesures de protection de l'enfance sont en cours pour eux aussi.	8	5 à 9	2 ^{ème}	80	3 ; 26
7	Identité et fonction de l'accompagnateur.	8	6 à 9	2 ^{ème}	86,6	26 ; 27 ; 31

	QUESTIONS	M	D	TC	%	Références
Partie 2 : Scolarité						
8	Indiquez si l'enfant bénéficie d'un accompagnement type AVS/AESH.	8	7 à 9	1 ^{er}	100	33 ; 51 ; 62
9	Indiquez si l'enfant est scolarisé en structure médico-sociale (IME, etc.) et le nom de celle-ci, le cas échéant.	8	6 à 9	1 ^{er}	94,1	33 ; 35 ; 43 ; 51
10	Si l'enfant n'est pas en âge d'être scolarisé, fréquente-t-il une collectivité (type crèche) ? Oui ☐ non ☐	8	6 à 9	1 ^{er}	94,1	33, 35 ; 43

	QUESTIONS	M	D	TC	%	Références
Partie 3 : Généralités						
11	Antécédents médico-chirurgicaux et allergies connues.	9	8 à 9	1 ^{er}	100	17 ; 31 ; 32 ; 33
	Poids et terme de naissance – Score Apgar	8	6 à 9	3 ^{ème}	93,3	
12	Indiquez si l'enfant est porteur d'un appareillage (lunettes, appareil auditif, etc.) avec le degré de correction. Date de début de la correction ?	8	5 à 9	2 ^{ème}	80	3 ; 32 ; 34
13	Indiquez si un test de vue et/ou de l'audition a été réalisé et son résultat.	8	5 à 9	1 ^{er}	82,3	3 ; 32 ; 34
14	Traitement médicamenteux en cours. Précisez la posologie et le rythme d'administration.	9	5 à 9	1 ^{er}	86,6	3 ; 26 ; 33 ; 36
15	Indiquez les vaccinations et dates de réalisations.	9	7 à 9	2 ^{ème}	100	17 ; 31 ; 32 ; 33
16	Mentionnez si une notification MDPH est en cours et la raison de celle-ci. Précisez la date de la première notification (si connue).	9	7 à 9	1 ^{er}	100	32 ; 33 ; 36 ; 38 ; 43
17	Indiquez si l'enfant est suivi par des médecins spécialistes. Précisez leurs noms.	9	8 à 9	1 ^{er}	100	3 ; 6 ; 17 ; 36

	QUESTIONS	M	D	TC	%	Références
Partie 4 : Santé mentale						
18	Indiquez si l'enfant bénéficie d'un suivi psychologique ainsi que le nom et la fonction du praticien/structure assurant ce suivi.	9	7 à 9	1 ^{er}	100	6 ; 17 ; 36 ; 44 ; 52
19	Indiquez s'il y a eu des consommations de toxiques par la mère durant la grossesse. Si oui, lesquelles ? Syndrome de sevrage à la naissance ? Oui ☐ Non ☐	9	6 à 9	2 ^{ème}	93,3	7 ; 17 ; 31 ; 33
20	Durant la consultation, l'enfant a-t-il eu un comportement : Adapté ☐ Inhibé ☐ Désinhibé ☐	8	5 à 9	2 ^{ème}	86,6	6 ; 17 ; 33 ; 35 ; 40 ; 42
21	Mentionnez les antécédents familiaux de troubles psychiatriques, s'il y en a.	8	5 à 9	2 ^{ème}	80	7 ; 17 ; 31 ; 33

	QUESTIONS	M	D	TC	%	Références
Partie 5 : Développement de l'enfant						

Evaluation du langage :

6 mois : vocalise des monosyllabes, regarde la personne qui parle ;

12 mois : réagit à son prénom, syllabes doublées ;

18 mois : désigne un objet sur demande, dit spontanément 5 mots

22 **24 mois** : associe deux mots et nomme une image ; 9 5 à 9 2^{ème} 93,3 6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49

3 ans : utilis le « je » et comprend une consigne orale simple ;

4 ans : nomme 3 couleurs et fait des phrases ;

5 ans : décrit une image ;

6 ans : raconte une petite histoire de manière structurée.

23 Indiquez si un test de langage a été réalisé. Si oui, son résultat. 8 6 à 9 3^{ème} 93,3 6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49

24 Indiquez si l'enfant bénéficie d'un suivi orthophonique. Précisez le nom du professionnel, le cas échéant. 9 7 à 9 1^{er} 100 6 ; 33 ; 34 ; 38

25	Indiquez si l'enfant bénéficie d'un suivi sur le plan moteur. Mentionnez le nom du professionnel/structure assurant ce suivi.	8	6 à 9	1 ^{er}	94,1	17 ; 33 ; 36 ; 52
----	---	---	-------	-----------------	------	-------------------

Acquisition de la propreté :

26	A/ Diurne Oui ☐ Non ☐	8	5 à 9	1 ^{er}	94,1	17 ; 47 ; 52
	B/ Nocturne Oui ☐ Non ☐	8	6 à 9	3 ^{ème}	93,3	
	C/ Présence d'une énurésie/encoprésie Oui ☐ Non ☐	8	5 à 9	2 ^{ème}	86,6	

QUESTIONS		M	D	TC	%	Références
Partie 6 : Santé physique						
En ce qui concerne le sommeil :						
27	1. Présence de difficultés d'endormissements récurrents Oui ☐ non ☐	8	6 à 9	2 ^{ème}	86,6	23 ; 31 ; 34 ; 36 ; 52
	2. Présence de réveils nocturnes multiples récurrents Oui ☐ non ☐					
En ce qui concerne le poids et l'alimentation :						
28	1. Notifiez la taille, le poids et l'IMC. Les courbes de croissances sont-elles harmonieuses ? Oui ☐ non ☐	9	7 à 9	2 ^{ème}	100	17 ; 23 ; 25 ; 36 ; 43 ; 52
	2. Indiquez l'âge si présence d'une cassure.	9	7 à 9	2 ^{ème}	100	
	3. Existe-t-il des signes d'alerte évocateurs de troubles du comportement alimentaire ? Oui ☐ non ☐ Si oui, lesquels ?	8	6 à 9	2 ^{ème}	93,3	
En ce qui concerne les soins dentaires :						
29	1. Suivi dentaire ? Oui ☐ non ☐	9	6 à 9	2 ^{ème}	93,3	6 ; 52 ; 53 ; 54
	2. Nécessité d'orienter vers un dentiste ? Oui ☐ Non ☐	9	6 à 9	2 ^{ème}	93,3	
	3. Mentionnez la raison :					
30	Précisez les particularités de l'examen clinique s'il y en a (souffle cardiaque, gibbosité, etc.)	8	5 à 9	2 ^{ème}	93,3	6 ; 17 ; 31 ; 33

QUESTIONS		M	D	TC	%	Références
Partie 7 : Violences						
Connaissance du passé de l'enfant et des violences subies et/ou rencontrées et leurs durées (si connues) :						
31	1. Antécédents de violences physiques à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	5 à 9	2 ^{ème}	80	6 ; 7 ; 17 ; 33 ; 53 ; 58 ; 59 ; 61 ; 62
	2. Antécédents de violences psychologiques à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	5 à 9	2 ^{ème}	80	
	3. Antécédents de violences sexuelles à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	5 à 9	2 ^{ème}	80	
	4. Antécédents de négligence ? Oui ☐ non ☐	9	5 à 9	2 ^{ème}	80	
	5. A-t-il été témoin de violences (quel que soit le type) sur un tiers ? Oui ☐ non ☐ Lien avec le tiers ?	8	5 à 9	2 ^{ème}	80	

QUESTIONS		M	D	TC	%	Références
Orientation et prise en charge						
32	Indiquez ici la prise en charge à l'issue de la consultation (bilan complémentaire, orientation spécialisée, nouveau traitement, etc.).	9	7 à 9	1 ^{er}	100	26 ; 27 ; 32 ; 33 ; 34 ; 36 ; 38
Espace REMARQUES destiné à la structure ou à la famille d'accueil : souhaité par 80 % des experts						

2.2.5 Un consensus fort sur l'ensemble des trois tours :

Au total, 32 items ont trouvé un consensus. Les données extraites de la revue de la littérature pour créer cet outil ont été jugées pertinentes par les experts. Comme toute notion largement répandue dans le champ méthodologique DELPHI, il est évident que la formulation des ITEMS proposés aurait pu présenter un caractère ambigu afin de servir une forme de consensus.

Pour être certain de ne pas tomber dans ce travers, il nous a semblé important d'apporter, chaque fois que nécessaire, des précisions permettant d'aborder avec les intéressés l'aspect opérationnel de chacune des propositions. C'est pour cette raison qu'elles ont été jugées en cohérence avec la pratique et les besoins en consultation. De plus, les commentaires et les contributions des experts, en fonction de leurs

expériences et/ou de leurs attentes, ont donné lieu à des évolutions du contenu et/ou du mode de remplissage de certaines sections. Par exemple, les médecins libéraux ont souhaité que les items concernant l'identité de l'enfant et les violences puissent être remplis par l'ASE, en amont de la première consultation. Ainsi, ces informations seront porter à leur connaissance, car jugées pertinentes et importantes. Surtout, elles leurs seront utiles pour organiser le suivi médical de l'enfant, permettant de mieux cerner les problématiques qui peuvent entrer en jeu. Déchargé de cette part administrative, le médecin libéral aura plus de temps à consacrer à la partie purement médicale de la consultation.

L'ensemble des items touchant au handicap ou à la nécessité d'adaptation scolaire ont obtenu rapidement un consensus et ont été validés. La connaissance de ces problématiques, qui touchent particulièrement les enfants confiés, semblent bien connues des médecins.

2.2.6 Absence de consensus pour certains items :

Malgré les trois tours de vote, nous n'avons pas obtenu de consensus pour l'ensemble des items proposés. Malgré l'évolution des formulations et du contenu en fonction des suggestions faites, 5 items ne peuvent être validés, faute d'accord entre les experts.

Tableau n°5 : Items n'ayant pas obtenus de consensus à l'issue des trois tours de vote

QUESTIONS	M	D	%	Références
Adresse du lieu de vie de l'enfant ?	8	2 à 9	86,6	7 ; 6 ; 26
Nombre et types de placements antérieurs ?	8	2 à 9	86,6	6 ; 27 ; 33
Indiquez si l'enfant est en classe double (moyens/grands) et s'il ne suit pas le niveau correspondant.	7	3 à 9	80	25 ; 33 ; 51
<u>Concernant la santé mentale :</u>				
L'enfant présente des signes d'alerte concernant des troubles anxieux/ d'attachement constatés ou rapportés ? Oui ☐ Non ☐	7	2 à 9	80	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
Je souhaite être contacté par la/le psychologue de l'ASE ou le médecin représentant de la protection de l'enfance pour échanger sur la situation : Oui ☐ Non ☐	8	2 à 9	80	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
Evaluation de la motricité fine et globale grâce à la grille d'évaluation des TND : l'utilisation de cette grille vous semble-t-elle pertinente ?	8	2 à 9	80	17 ; 25 ; 31 ; 34 ; 46 ; 47

2.2.6.1 Adresse du lieu de vie :

Concernant l'adresse du lieu de vie, deux personnes ont jugées l'item inutile à chaque tour. La seule remarque apportée durant le dernier tour a été la suivante :

Expert 3 - Tour 3 : « Pas utile de connaître l'adresse, les centres n'étant pas très nombreux la connaissance du nom peut suffire ».

2.2.6.2 Nombre et type de lieux de placement antérieurs :

Pour l'item concernant le nombre et les types de placements antérieurs, une modification a été apportée entre le premier et le second tour. En effet, initialement, seul le nombre de placement était proposé dans l'item. Certains experts ont souhaité avoir également une précision sur le type de placement antérieur. Au second tour, malgré une médiane de 8, la dispersion des notes était de 2 à 9, empêchant une validation de l'item.

Expert 1 - Tour 2 : « Le lieu d'accueil ou l'ass fam ont rarement cette information, même si elle est pertinente ».

Expert 5 – Tour 2 : « Cet élément serait important, mais en pratique, j'ai constaté que la famille d'accueil restait très vague, la plupart du temps, quand je leur posais la question. J'en ai déduit qu'elle ne souhaitait pas s'exprimer sur le sujet ».

2.2.6.3 Classe dans laquelle se trouve l'enfant :

Pour l'item relatif la classe de l'enfant, nous n'avons pas obtenu de consensus, faute d'accord du groupe, et malgré une médiane à 8 au premier tour, à 7 aux deux suivants. Certains experts l'ont jugé peu important durant les deux premiers tours. Nous avons modifié la formulation au dernier en proposant de préciser si l'enfant ne suit pas le programme de la classe dans laquelle il devrait être. Les commentaires sont restés les mêmes.

Expert 6 – Tour 3 : « item qui me semble moins important »

Expert 11 – Tour 3 : « Peu importe la classe, double ou non, demander à avoir l'évaluation de l'enseignant »

2.2.6.4 Evaluation en santé mentale :

Nous avons également rencontré des difficultés à obtenir un consensus pour les items concernant l'évaluation de la santé mentale. Lors du premier tour, nous avons proposé des items sur l'évaluation de l'anxiété, sur la présence de signes d'alerte liés à des troubles du comportement et/ou à de troubles de l'attachement. Des

modifications ont été apportées pour simplifier ces items devant des difficultés d'évaluation rapportées par les experts.

Toutefois, nous ne sommes pas parvenus à obtenir un consensus à l'issue des trois tours de vote, y compris sur la proposition formulée au dernier tour concernant une demande de contact avec la/le psychologue de l'ASE ou le MRPE.

Au vu de la prévalence importante de ces troubles, nous avons proposé, au dernier tour, que le compte rendu de la psychologue de l'ASE soit transmis au médecin qui verra l'enfant en consultation. Dans le groupe, 14 experts, soit 93,3% sont favorables à cette proposition.

2.2.6.5 Evaluation du développement moteur :

En 2020, la HAS publie un document, destiné aux médecins libéraux afin de mieux repérer ces troubles en fonction de l'âge de l'enfant. Ce document pourra être complété en consultation, puis envoyé à la plateforme de coordination et d'orientation du territoire. Cette dernière contactera ensuite directement les parents, ou les accompagnateurs de l'enfant (coordonnées renseignées au moment de l'envoi) pour leur proposer la prise en charge la plus adaptée. Ceci prévôt pour les enfants jusqu'à l'âge de 7 ans, pour lesquels une prise en charge à 100% sera effective tout au long de leur parcours avec la plateforme. Nous avons décidé de nous baser sur les items de cette brochure de dépistage pour les items concernant le développement.

Nous n'avons pas réussi à obtenir de consensus pour les items d'évaluation du développement moteur en fonction de l'âge. Durant le premier tour, les médecins ont formulé le souhait que des fiches différentes soient faites en fonction de l'âge, comme dans le carnet de santé, pour que tous les items n'apparaissent pas systématiquement.

Expert 7 – Tour 1 : « Ne pas faire apparaître ces items de manière systématique, mais plutôt en annexe »

Certains se sont également questionnés sur le contenu des évaluations en fonction de l'âge.

Expert 4 – Tour 1 : « D'où viennent les âges limites ? »

Pour le second tour, nous avons précisé l'origine des items retenus. A savoir, ceux qui figurent dans la brochure d'évaluation des TND publiée en 2020. Un lien vers la brochure a été fourni avec le questionnaire pour que les médecins puissent en prendre connaissance. Malgré cela, la dispersion des notes, dont deux notations inférieures à 5, nous empêche de valider des items. Pour le dernier tour, nous avons proposé aux experts de mentionner, éventuellement, d'autres tests sur lesquels nous pourrions nous baser pour l'évaluation du développement moteur, s'ils ne jugeaient pas la grille TND pertinente. Sur les 15 répondants à ce tour, 13 ont jugés la grille

des TND pertinente, 2 ont mis une note inférieure à 5. Une seule proposition d'un autre test a été faite : celle du Brunet Lezine.

2.2.6.6 Format de l'outil et mode d'administration :

Au-delà du contenu de cet outil de liaison, nous avons questionné le groupe d'experts sur le format qui leur paraissait, à la fois le plus pertinent et simple d'utilisation.

Au fil des tours, plusieurs propositions ont été faites. Les professionnels se sont accordés dès le deuxième tour pour un remplissage annuel, et biennuel pour les moins de 2 ans. Les informations déjà connues précédemment (antécédents, traitement en cours, etc.) peuvent être reportées. La proposition a obtenu une médiane de 8 et 100% des participants ont mis une note entre 7 et 9.

Les experts ont également validé le fait que certaines informations doivent être remplies, en amont de la consultation par les services de l'ASE ou le médecin référent de la protection de l'enfance du territoire. Il s'agit des informations concernant l'identité de l'enfant et des antécédents de maltraitances. Cette proposition a obtenu un consensus au second tour avec une médiane à 9, une dispersion des notes de 5 à 9 et 93,3% des personnes qui ont mis une note entre 7 et 9. En effet, si connaître les antécédents de maltraitances subies et/ou rencontrées, est pertinent selon nos experts, ils évoquent des difficultés à aborder le sujet lors de la consultation. Ils évoquent notamment que ces informations ne soient pas connues des accompagnateurs.

Expert 1 – Tour 1 : « C'est ce qu'on ne retrouve pas dans le carnet de santé mais qui est super important pour le suivi »

Expert 3 – Tour 1: « Ces questions sont à poser hors de la présence de l'enfant si elles sont difficiles à aborder avec lui ».

Expert 13 – Tour 1: « Difficile de poser ce genre de questions en médecine générale lors d'une consultation en présence de l'enfant. D'autant que les éducateurs ou Ass Fam ont rarement l'info ».

Expert 9 – Tour 2 : « Et parfois les assistants familiaux ne sont pas informés des violences/négligences subies par l'enfant ».

Pour l'accès au document, nous avons initialement proposé de le retrouver sur l'espace santé de l'enfant. Avec une médiane à 7 mais une dispersion des notes de 2 à 9, plusieurs experts redoutaient des problèmes d'accès à cet espace dans certaines situations.

Expert 6 – Tour 1 : « Problème d'accès à l'espace santé de l'enfant ».

Expert 17 – Tour 1 : « Oui mais concernant l'espace santé, il faut obtenir l'autorisation du tuteur légal ».

Au second tour, nous avons proposé un accès au document vierge via un site comme celui de l'Ordre des médecins. Là encore, nous n'avons pas obtenu un accord du groupe. Pour le dernier tour, une question plus ouverte avec plusieurs propositions a été faite, plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées :

- Accès via l'espace santé de l'enfant : 9 votes
- Disponibilité sur le site du Conseil de l'Ordre : 3 votes
- Transmission directement par l'ASE avant la première consultation : 11 votes

Nota : *Aucune autre proposition n'a été faite par les experts.*

Une autre problématique était centrée sur la possibilité d'impression de ce document. Nous avons, initialement, proposé un document totalement dématérialisé avec transmission par voie électronique à l'ASE. Plusieurs médecins ont souhaité une version imprimable pour ne pas avoir à recopier les éléments dans le carnet de santé. Pour des raisons de sécurité concernant l'information médicale, des commentaires sur la nécessité de ne pouvoir mettre que certaines parties dans le carnet de santé ont été formulés.

Pour le dernier tour, nous avons précisé que seules les parties concernant les antécédents personnels de l'enfant (y compris les vaccinations et les traitements au longs cours), l'évaluation du développement et son examen clinique pourraient être imprimables. La médiane de ce tour est de 7 avec une dispersion des notes de 2 à 9, et 66,6% des notes sont entre 7 et 9. Un seul commentaire a été formulé à ce tour.

Expert 2 – Tour 3 : « Pas toujours simple le dématérialisé ».

2.2.7 Connaissance de la cotation :

Dans le cadre de ce troisième et dernier tour, nous avons demandé aux experts s'ils avaient connaissance de la cotation possible en consultation complexe pour le bilan d'entrée en protection de l'enfance.

Sur 15 répondants, 53,3 % (8) n'en avaient pas connaissance.

IV. Discussion

1. Les forces et les limites de notre projet

Un peu plus de 308 000 mineurs bénéficient, en France, de mesures en protection de l'enfance². L'ensemble des dispositifs relatifs à la santé de ces enfants ont fait l'objet d'une attention spécifique dans les politiques publiques de ces dernières années. Ce sujet, en effet, constitue un enjeu éthique important, souvent au cœur des discussions gouvernementales et des débats parlementaires, principalement focalisés sur l'articulation entre les politiques d'État et les politiques départementales. Dans un contexte en constante évolution, notre travail s'est essentiellement intéressé à l'évaluation de la santé des enfants confiés et à leur suivi médical.

Jusqu'ici, peu d'études ont abordé ce sujet. C'est pourquoi, l'une des forces de la nôtre est de faire un état des lieux des différentes problématiques spécifiques de santé liées à cette population considérée comme particulièrement fragile et sensible. Nous nous sommes intéressés à l'ensemble des champs que couvre la santé, et non à une discipline particulière.

Notre travail s'inscrit dans les objectifs de la stratégie nationale pour la protection de l'enfance qui est un Droit fondamental à la protection de la santé, énoncé par l'art. L1110-1 et suivants du Code de la santé publique. D'ailleurs, un des engagements fondamentaux de cette stratégie est à la fois de sécuriser le parcours de ces enfants, mais aussi de parer aux éventuelles ruptures³. Comme nous l'avons constaté, la réalisation des Projets Pour l'Enfant (PPE) n'est pas systématique, en pratique et contrairement à ce que prévoient les différentes directives. Pour ceux réalisés, beaucoup ne contiennent pas de volet santé⁶. Dans de nombreux cas, le carnet de santé n'est pas disponible lors de la consultation²⁶. Enfin, les médecins libéraux ont mentionné, à plusieurs reprises, un sentiment de solitude face à des situations considérées comme complexes, mais aussi de manière plus globale, dans la prise en charge de ce type de patients. Ils déplorent, en outre, un manque préjudiciable de communication avec les services de la protection de l'enfance. Malgré cela, nous n'avons pas obtenu de consensus concernant la demande de contact avec le MRPE et/ou la psychologue de l'ASE, bien que la majorité des médecins y soit favorable (80% des notes entre 7 et 9).

A travers la création de notre outil de liaison, nous avons souhaité répondre à toutes ces problématiques et permettre la mise en œuvre d'une communication plus fluide entre les différents intervenants. Ce document n'a pas pour vocation de remplacer le carnet de santé, mais plutôt de venir en appui de celui-ci, avec des informations médicales strictement nécessaires à la prise en charge. Pour cela, les problématiques spécifiques que rencontrent chaque enfant sont portées à l'attention des médecins qui assurent son suivi. Parmi les items validés dans le cadre du processus Delphi, on retrouve, notamment, un récapitulatif des intervenants et des soins en cours. Le médecin libéral aura, ainsi, une parfaite connaissance des

interlocuteurs avec qui échanger, afin d'assurer son rôle de coordonnateur des soins. Tout comme les certificats de santé du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois sont adressés à la PMI, notre document pourra être transmis au médecin référent de la protection de l'enfance du territoire. Les regards croisés sur chaque situation devront permettre d'avoir une connaissance de l'évolution de la situation tout au long du parcours en santé de l'enfant. Pour valider le contenu de cet outil, nous avons utilisé la validation d'un consensus selon les règles de la HAS.

Pour rappel, notre panel d'experts, composé des différentes spécialités et fonctions médicales, à savoir médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins de PMI, assurent le suivi général des enfants confiés. L'expérience et les attentes de chacun ont été prises en compte tout au long du processus pour aboutir à un outil au plus proche des besoins du praticien. Suite aux apports constructifs des uns et des autres, la mise en œuvre de cet outil relève avant tout du bon sens. Il répond, ainsi, à un certain nombre de questions qui vont permettre au praticien d'anticiper et/ou de mieux réagir face aux sollicitations et/ou événements divers et variés rencontrés en consultation.

Si nous faisons un focus sur les faiblesses de notre étude, intéressons-nous d'abord à celles concernant la revue de la littérature. Nous avons fait le choix, ici, de prendre en compte uniquement les publications des dix dernières années. Signalons également que l'extraction des données a été réalisée par un seul lecteur.

En ce qui concerne l'utilisation du processus Delphi, le recrutement s'est avéré un peu plus compliqué que prévu. Nous ne sommes pas parvenus à assurer la participation de tous les experts à l'ensemble des tours, faute de disponibilité pour certains ou par oubli tout simplement. Précisons aussi que nous n'avons pas obtenu de consensus pour tous les items. Le déroulé de l'ensemble du processus par voie dématérialisée a pu être un frein dans l'avancée de la validation du contenu de l'outil. Une discussion en présentiel entre les tours aurait permis de répondre à certaines interrogations et de reformuler les items non validés plus facilement. En effet, la compréhension d'un item peut varier d'une personne à l'autre. Une rencontre avec les experts aurait permis, certainement, de partager et d'enrichir les points de vue, voire de les modifier dans un sens ou dans l'autre.

2. Discussion des résultats

Nous avons vu que repérer au plus tôt l'enfant en danger, c'est aussi répondre aux besoins fondamentaux dans sa prise en charge. Repérer et répondre constituent des axes prioritaires dans le cadre de la protection de l'enfance. Le nombre d'enfants placés, en constante augmentation, est devenu un véritable enjeu de société, avec un fort impact médiatique. Sur cette base, lors de la phase de recrutement de nos experts, nous avons plutôt contacté des médecins généralistes ayant un attrait particulier pour la pédiatrie. Un grand nombre de praticiens n'avaient pas ou peu d'expérience avec les enfants placés et ne se sentaient pas légitimes sur un sujet

comme celui-ci. Seuls 40 % des médecins contactés ont répondu favorablement à notre sollicitation, alors que majoritairement, les médecins libéraux souhaitent être plus impliqués et plus écoutés pour les soins portés à ces enfants^{25,26}.

Tout le monde, aujourd'hui, semble conscient que les enjeux en matière de santé publique, les concernant, sont nombreux très tôt. Par exemple, ces enfants sont plus fréquemment exposés durant la grossesse à des toxiques. Les caractéristiques de naissance (art 3, 4 et 15) les rendent plus fragiles dès les premiers instants de la vie. De même que plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que les enfants confiés ont des besoins spécifiques en santé^{3,26,38,51}. Ceux-ci peuvent découler, notamment, d'évènements traumatiques tels que des violences intrafamiliales. Parmi les problématiques de santé prépondérantes dans cette population, on retrouve les troubles psychiques^{33,38,4} et les troubles du neurodéveloppement^{17,34,52}. C'est pourquoi, nous avons souhaité apporter une attention toute particulière à ces problématiques dont les conséquences pour l'enfant, sur le long terme, sont parfois capitales et déterminantes. Un repérage et une prise en charge tardive engendrent, trop souvent, des répercussions dommageables sur sa scolarité, mais aussi dans sa vie d'adulte. Dès le premier tour de consultation du groupe d'experts, nous avons constaté qu'ils étaient peu à l'aise avec ces questions de santé mentale et sur le développement.

La recherche de signes d'alerte sur d'éventuels troubles anxieux et/ou de troubles du comportement durant la consultation n'a pas obtenu de consensus. Plusieurs experts ont fait état que cette évaluation pouvait être subjective et dépendre un peu trop de l'interprétation du praticien. Pour autant, nous restons persuadés que le médecin a un rôle prépondérant pour identifier et solliciter un autre regard ou un spécialiste quand il suspecte que les pensées et les émotions de l'enfant cessent d'être normales pour devenir pathologiques.

Face à ce double constat, nous avons proposé que le compte-rendu de la psychologue de l'ASE soit transmis au médecin. C'est avec une large majorité (93,3%) qu'ils y ont répondu favorablement. L'objectif d'une telle mesure est de savoir si des signes ont déjà été constatés et s'ils doivent y être d'autant plus attentifs dans le cadre du suivi des consultations ultérieures.

Le trouble de l'attachement semble également mal connu des professionnels, donc difficile à repérer. Certains, avec quelques notions, préfèrent que l'évaluation soit laissée à un professionnel plus expérimenté et mieux formé dans la recherche de ce type de trouble. Les commentaires et inquiétudes de cette section sont principalement orientés vers des difficultés d'évaluations, associés à un manque d'expertise sur le sujet. On constate, en effet, la crainte de mal interpréter et/ou de ne pas être suffisamment objectif. Cela renforce l'idée qu'il est important pour les médecins du soin de pouvoir échanger avec les autres professionnels qui gravitent autour de l'enfant. Plus particulièrement en ce qui concerne le bien-être psychologique de l'enfant.

A partir de ce constat, nous avons suggéré que les médecins puissent signifier qu'ils ont besoin d'un contact avec la/le psychologue de l'ASE ou le/la MRPE du territoire. Si la cette proposition n'a pas obtenu de consensus, 80 % des experts y étaient favorables. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature dans lesquelles les médecins libéraux souhaitent plus de liens et de communication avec les services de la protection de l'enfance^{25,26}.

Sur l'évaluation de la motricité fine et globale, les experts n'ont pas réussi à s'accorder. Il ressort du premier tour des interrogations concernant les âges choisis pour réaliser ces évaluations. Certains experts s'interrogent également sur la présentation de cette section dans le document final. En effet, pour eux, il n'est pas judicieux de faire apparaître les items de tous les âges sur le document.

Nous avons donc précisé que la partie sur le développement contiendrait les items triés par âge. Nous avons également transmis aux experts la brochure de recherche des TND pour justifier le choix des âges d'évaluation. Si 80% des experts ont jugés l'utilisation de cette grille pertinente pour le contenu de notre outil, nous n'avons finalement pas obtenu de consensus. Une proposition d'expert a été d'utiliser le test de Brunet Lezine en lieu et place. Cependant, les items de ce test vont de 2 à 30 mois uniquement. Il faudrait donc utiliser d'autres critères pour les âges de 3 à 6 ans.

Aujourd'hui, les délais pour obtenir une évaluation dans des structures spécialisées (CMPP, CASMP) restent très longs. Depuis quelques années, les plateformes de coordination et d'orientation se développent sur l'ensemble du territoire. Les professionnels doivent encore se familiariser avec leur fonctionnement, ce qui devrait permettre des prises en charge plus rapides et plus fluides. En raison d'une grande vulnérabilité, chacun des enfants confiés doit pouvoir en bénéficier si nécessaire.

Il ressort également de notre étude que le rôle et les missions du médecin référent de la protection de l'enfance ne sont pas encore suffisamment connus des médecins libéraux. Il est utile de préciser que certains experts ont découvert cette fonction grâce à notre travail. Il est important que l'ensemble des praticiens libéraux soit informés à ce sujet. En effet, le médecin de la protection de l'enfance doit être l'interlocuteur privilégié pour échanger sur la prise en charge de ces enfants. C'est lui qui pourra constituer le dossier médical de l'enfant et conserver toutes les données le concernant.

Pour finir, nous nous sommes intéressés au format de l'outil, mais aussi à son mode de distribution. Il nous a paru primordial d'interroger les experts à ce sujet pour obtenir une réponse au plus proche des besoins du terrain. A l'heure où les charges administratives prennent le pas sur le temps médical, nous souhaitons proposer un outil simple, pratique et fonctionnel d'utilisation. Un outil qui n'engendre pas une charge, une préoccupation supplémentaire pour le médecin.

Le développement des outils informatiques nous a poussé à proposer un outil en dématérialisé. Il pourrait être enregistré dans le dossier de l'enfant sur le logiciel médical, transmis de manière sécurisée au MRPE. Pour éviter d'avoir à réécrire les

informations dans le carnet de santé, certains experts ont souhaité une version imprimable. Toutefois, le carnet de santé reste accessible à tous, y compris à l'enfant. Il est important que toutes les informations contenues dans l'outil de liaison n'y soient pas consultables. S'il nous a paru judicieux de préciser que les parties qui portent sur le suivi médical (antécédents, vaccinations, traitements en cours, examens cliniques et développement) pourraient être imprimés, le groupe n'a pas réussi à se mettre d'accord. Néanmoins, de notre point de vue, la voie dématérialisée semble à privilégier. Elle évite un envoi postal avec un risque de perte. La dématérialisation peut également permettre une extraction des données par l'informatique.

La thématique autour de l'accessibilité d'un tel document a soulevé beaucoup d'interrogations dans le groupe d'experts. Deux possibilités se sont démarquées : un accès via l'espace santé de l'enfant et une transmission directe par l'ASE. L'espace santé est sécurisé. Cependant, les professionnels risquent de se heurter à des difficultés d'accès si les détenteurs de l'autorité parentale ne donnent pas leur accord. Une transmission par les services de l'ASE en amont de la première consultation permettra de pré-remplir certaines informations. Pour faciliter le premier bilan, les éléments sur l'identité (lieu de placement, fratrie, etc.) mais également sur les antécédents de violences (subies et/ou rencontrées) seront ainsi portés directement à la connaissance du médecin. Un tel fonctionnement peut être la base d'une meilleure communication entre les médecins libéraux et les services de la protection de l'enfance. Elle permettra aussi au médecin d'avoir les informations à prendre en considération dans le suivi de l'enfant.

3. Les perspectives pour l'avenir

Les failles dans l'organisation du suivi des enfants confiés ont déjà été pointées du doigt à différentes reprises. Aujourd'hui, l'enfant dont la situation a été jugée préoccupante, bénéficie d'une mesure de protection ou de placement, mais nécessite toujours une vigilance quant à son développement. Si les médecins libéraux sont de plus en plus impliqués dans cette démarche de suivi, nombre de médecins spécialistes et de généralistes admettent avoir été confrontés à un cas suggérant clairement l'existence d'une maltraitance, sans pour autant la signaler⁵⁸. Alors comment expliquer ce silence ? Est-ce le manque d'informations, la méconnaissance des procédures, la peur de représailles ? Malgré la création du poste de médecin référent en protection de l'enfance (L 221-2) en 2016 dans chaque département, leur fonction et leur rôle restent méconnus de la profession médicale.

Autre exemple, plus pragmatique, dans notre groupe d'experts, 53,3% n'avaient pas connaissance de la cotation en « consultation complexe » pour un bilan d'entrée en protection de l'enfance. Jamais la protection de l'enfance n'a fait l'objet d'autant d'attentions. Les pouvoirs publics ont beau afficher leur volonté de s'emparer de ce sujet, mettre les outils en place pour assurer le contrôle des mesures prises. Force est de constater que subsistent des difficultés majeures, à la fois dans le parcours de

santé des enfants placés, mais aussi un manque préjudiciable de communication et d'information des professionnels de santé sur le sujet.

Nous avons vu dans nos chapitres précédents que la santé des enfants confiés a été peu étudiée. L'évolution de la santé de ceux-ci après le placement l'est moins encore. Grâce à notre outil, un relevé des données après placement serait tout à fait possible. Il aurait pour avantage de mettre en évidence l'influence du placement sur l'évolution des problématiques de santé, de mieux adapter l'offre de soin et d'améliorer le suivi médical de ces enfants.

En Meurthe-et-Moselle, le médecin représentant de la protection de l'enfance du territoire a débuté la création d'une fiche de suivi, destinée aux médecins libéraux. Les résultats de notre travail lui seront transmis afin qu'ils puissent être utilisés dans le cadre de ses missions.

V. Conclusion

Le système de la protection de l'enfance a connu plusieurs évolutions importantes dans la dernière décennie^{3,4,8,11}. Ces évolutions législatives ont, non seulement mis en lumière la thématique de la santé des enfants placés, mais elles ont eu pour conséquence de renforcer d'avantage l'accès aux soins des enfants placés. Elles ont aussi montré la nécessité d'inscrire cette volonté dans un cadre plus global des politiques publiques qui prend en compte l'ensemble des enfants. Toutefois, cela pose nécessairement la question des moyens de mise en œuvre pour appliquer sur le terrain ces dispositions législatives, principalement au regard des pénuries de professionnels de santé (médecins de PMI, pédopsychiatres, psychiatres, médecins généralistes, médecins scolaires, etc.) que l'on constate aujourd'hui.

C'est pourquoi, il nous semble nécessaire d'affirmer, une fois encore, que le médecin généraliste reste un interlocuteur privilégié dans ce contexte si particulier de la protection de l'enfance. Pour autant, nombre de médecins concernés affirment encore être trop peu soutenus, souvent mal accompagnés dans la prise en charge de ces enfants considérés comme vulnérables. Avec cette étude, nous avons pu démontrer que les enfants placés ont des besoins fondamentaux spécifiques, liés d'une part, à des expositions parfois toxiques, comme les violences intrafamiliales, la maltraitance, et d'autre part, à un parcours de vie souvent compliqué, voire chaotique.

Notre travail s'inscrit dans cet axe : il prend en considération les spécificités des enfants placés et vise à répondre aux besoins des différents médecins qui gravitent autour de l'enfant et dans son intérêt.

Nous avons pu créer un outil de liaison, utilisable en consultation, du suivi santé des enfants placés pour les enfants âgés de 0 à 6 ans. Cet outil a été créé de manière collaborative et consensuelle avec des médecins libéraux (médecins généralistes, pédiatres) et de PMI. Ce processus a été choisi dans le but de répondre aux attentes des médecins, la plupart libéraux, qui vont assurer le suivi médical de ces enfants. Les experts ayant participé à l'étude ont une expérience dans le suivi des enfants confiés. Leurs contributions pour enrichir nos propositions ont permis de créer un outil efficace, facilement utilisable en consultation. Élément nouveau, il va pouvoir servir de trame de base à la consultation d'entrée en protection de l'enfance.

Avec les informations remplies au préalable par l'ASE et la transmission au médecin référent de la protection de l'enfance à l'issue de la consultation, chacun aura un rôle à jouer dans la prise en charge. Autre disposition essentielle et attendue, l'information pourra circuler plus facilement entre les professionnels de santé. Cela conduira à des regards croisés sur les besoins de prise en charge et à sa mise œuvre. Les données seront conservées et pourront être étudiées avec comme

objectif non négligeable d'améliorer grandement le suivi de l'évolution de la santé de l'enfant pendant et après placement.

Nous allons proposer au médecin référent de protection de l'enfance ayant participé à ce travail d'utiliser les résultats de cette étude, avec cette possibilité d'être enrichi et complété, selon les besoins. En effet, si notre outil a été validé par les experts, il serait intéressant de voir sa praticité en situation réelle. Il devrait être amené à évoluer pour atteindre une version finale correspondant à l'ensemble des médecins et non pas à un groupe donné.

Au cours de notre étude, nous avons constaté que les médecins ne sont pas très à l'aise avec l'évaluation du bien être psychologique des enfants. La grille d'évaluation des TND semble, elle aussi, encore trop peu connue. Devant l'importance de la prévalence de ces troubles dans la population des enfants placés, il pourrait être intéressant de cibler les besoins et de proposer des formations dédiées au repérage de ces troubles aux médecins libéraux.

Cette étude nous a montré tout l'intérêt de croiser les données disponibles très intéressantes et riches sur cette thématique si particulière du suivi médical des enfants placés.

Dans cet environnement contextuel nouveau et comme soulevé par l'un de nos experts, il serait intéressant de créer un complément à notre outil pour les tranches d'âges supérieures, voire pour les jeunes majeurs. En effet, ces jeunes majeurs, sortant du système de la protection de l'enfance se retrouvent bien souvent confrontés à des difficultés d'insertion sociale et/ou de recherche d'emploi. Selon le 24^e rapport de la fondation Abbé Pierre (2019), 26 % des personnes sans domicile nées en France sont d'anciens "enfants placés en protection de l'enfance". Ces besoins, aussi spécifiques que chez les plus petits, méritent tout autant l'attention de tous.

Si notre travail répond à une première étape d'amélioration du suivi santé, il reste encore beaucoup à construire et cela nécessitera la mobilisation de nombreux acteurs, médicaux mais aussi politiques.

VI. Bibliographie

1. Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989. Assemblée générale des Nations Unies.
2. ONPE. Rapport ONPE 2020 : Seizième rapport au gouvernement et au parlement. Observatoire national de la protection de l'enfance ; 2022. 80 pages.
3. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. Ministère des solidarités et de la santé ; 2020. 48 pages.
4. Légifrance. Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [En ligne]. Journal Officiel, n°0063 15 mars 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>
5. Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 – Article 49
6. Dos Santos M. Suivi médical des enfants confiés à la protection de l'enfance en Europe: une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio].[Thèse d'exercice].Marseille, France : faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2019.
7. Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie: le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance. Médecine humaine et pathologie. [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université de médecine de Nice ; 2015.
8. Légifrance. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [En ligne]. Journal officiel, n° 0055 6 mars 2007. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/>
9. Dini M, Meunier M. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance. Sénat ; 2014. 126 p. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-655_mono.html
10. Abjean A, Jouve E, Perrier F, Potié L et Al. Dossiers 2016. Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE) Auvergne-Rhône Alpes ; 2016. 408 p
11. Légifrance. Loi n°2022-2140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants [En ligne]. Journal Officiel, n°0032 8 février 2022. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771>
12. Legifrance. Code l'action sociale et des familles – Article L221-1 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136891

13. Legifrance. Code l'action sociale et des familles – Article L221-2 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207365
14. Legifrance. Code de santé publique – Article L112-2 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043520108
15. Le SNATED. Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance [En ligne]. Disponible sur : <https://onpe.gouv.fr/snated>
16. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles – Article 226-6 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137278
17. Even M. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. [Thèse de doctorat] Bordeaux, France : U.F.R des sciences médicales, 2017.
18. Lefifrance. Code de l'action sociale et des familles – Article 226-3 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796796
19. Légifrance. Code de la justice pénale et des mineurs – Article L322 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000039086952/LEGISCTA00039088093/
20. Legifrance. Code civil – Article L375-2 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136808
21. Legifrance. Code civil – Article L375-3 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136622
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale. Paris ; 2012. 371 p.
23. Marchal M. L'aide sociale à l'enfance en Meurthe-et-Moselle : comment veiller sur la santé buccodentaire des enfants placés ? [Thèse de doctorat] Nancy, France : Faculté d'odontologie de Nancy, 2020.
24. Lefifrance. Code de santé publique – Article R4127-43 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912906
25. Papillon G. Expérience professionnelles des médecins généralistes dans le suivi et l'accès aux informations médicales des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Pyrénées Orientales. [Thèse de doctorat] Montpellier, France : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, 2015.

26. Garès A. Parcours de soin des Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le département des Bouches-du-Rhône : diagnostic territorial et perspectives. [Thèse de doctorat] Marseille, France : Faculté des sciences médicales et paramédicale de Marseille ; 2022
27. Hugonnet J. Expériences et attentes des médecins généralistes de l'Ain dans le cadre d'un bilan de santé chez un enfant nouvellement placé à l'Aide Sociale à l'Enfance. [Thèse d'exercice] Lyon, France : Faculté de médecine et de Maïeutique Lyon Sud, 2021
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue* 2015;15:39-44.
29. Haute Autorité de Santé – Elaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandations par consensus formalisé » [En ligne] H.A.S. ; 2010. 40 p
30. Baillette P, Fallery B, Girard A. La méthode Delphi pour définir les accords et les controverses : applications à l'innovation dans la traçabilité et dans le e-recrutement. 18ème Colloque de l'Association Information et Management (AIM), 2013, Lyon, France. pp.1-22. hal-00845535
31. Andlauer L. Suivi de santé des enfants de moins de 6 ans par les services de protection de l'enfance de Meurthe-et-Moselle : état des lieux et perspectives. [Thèse de doctorat] Nancy, France : Faculté de médecine de Nancy ; 2015
32. L. De Montaigne, Olivier Bernard, D da Fonseca, Jean Gaudart, A Richardson, et al. Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. *Archives de Pédiatrie*. 2015 ; 22 : 932-942
33. Luiggi C. Les enfants placés : des particularités développementales nécessitant un parcours de soin spécifique. [Thèse de doctorat] Marseille, France : Faculté des sciences médicales et paramédicale de Marseille ; 2022
34. Bronsard G. Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés. L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger. [Thèse de doctorat] Marseille, France : Faculté de médecine de Marseille
35. Lewis-Morrarty E, Dozier M, Bernard K, Terracciano SM, Moore SV. Cognitive flexibility and theory of mind outcomes among foster children: preschool follow-up results of a randomized clinical trial. *J Adolescent Health*. 2012 ;51 (2) : p 17-22
36. Hammoud M. L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. [Thèse de doctorat] Marseille, France : Faculté des sciences médicales et paramédicale de Marseille ; 2017

37. Leve LD, Harold GT, Chamberlain P, Landsverk JA, Fisher PA, Vostanis P. Practitioner review : Children in foster care--vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *J Child Psychology Psychiatry*. 2012 ;53(12) p 1197-211
38. Martin A, Jegou-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. *S.F.S.P Santé Publique*. 2017, 29(5) :665-675
39. Meslin P. Etude observationnelle de l'état de santé et de la prise en charge médicale des mineurs et jeunes majeurs placés à l'Aide Sociale à l'Enfance de l'Hérault en 2014-2015. [Thèse de doctorat] Montpellier, France : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, 2015
40. Bilaver LA, Havlicek J, Davis MM. Prevalence of Special Health Care Needs Among Foster Youth in a Nationally Representative Survey. *JAMA Pediatrics*. 2020; 174(7) p 727-729
41. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Evaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. [En ligne]. 2020
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202011/reco_310__note_cadrage_evaluation_et_prise_en_charge_des_syndromes_psychotraumatiques_mel.pdf
42. Villodas MT, Litrownik AJ, Newton RR, Davis IP. Long-Term Placement Trajectories of Children Who Were Maltreated and Entered the Child Welfare System at an Early Age: Consequences for Physical and Behavioral Well-Being. *Journal of Pediatric Psychology*. 2016; 41(1) p 46-54.
43. Mercurelli A. La santé des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (270 cas dans les Alpes- Maritimes) et la place du médecin généraliste. [Thèse de doctorat] Nice, France : Université de Nice-Sophia Antipolis, 2016
44. Boissière M. Attachement et troubles de l'attachement chez l'enfant placé. [Thèse de doctorat] Bordeaux, France : U.F.R des sciences médicales, 2020
45. Lepage-Voyer C. Trait de personnalité limite, mécanismes de défense et jeu libre des enfants d'âge scolaire en situation de placement. [Thèse de doctorat] Sherbrooke, Canada : Faculté des lettres et sciences humaines, 2018
46. Wade M, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA 3rd. Long-term effects of institutional rearing, foster care, and brain activity on memory and executive functioning. *Proceedings of the National Academy of Science*. 2019; 116(5) p 1808-1813
47. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Troubles du neurodéveloppement – Repérage et orientation des enfants à risque. [En ligne] 2020 Disponible sur : Haute Autorité de Santé - Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr))

48. Greiner MV, Beal SJ, Dexheimer JW, Divekar P, Patel V, Hall ES. Improving Information Sharing for Youth in Foster Care. *American Academy of Pediatrics*. 2019; 144(2)
49. Raby KL, Freedman E, Yarger HA, Lind T, Dozier M. Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*. 2019; 22(2)
50. Bernard K, Hyoeun Lee A, Dozier M. Effect of the ABC intervention on Foster Children's Receptive vocabulary: Follow up results of a randomized clinical trial. *Child Maltreatment*. 2017, 22(2) p 174-179
51. Denecheau B, Blaya C. Les enfants placés par les services d'Aide sociale à l'enfance en établissements. Une population à haut risque de décrochage scolaire. *Éducation & formations*. Décembre 2013
52. Mangeon A. Création d'un set d'indicateurs pour connaître et suivre l'état de santé des enfants placés en institution en Moselle: revue de littérature internationale et consensus formalisé. [Thèse de doctorat] Nancy, France : Faculté de médecine de Nancy ; 2019
53. Sehili F. La négligence de la santé bucco-dentaire des enfants : un critère de maltraitance infantile ? [Thèse de doctorat] Paris, France : Université Paris Diderot ; 2019
54. Melbye M, Hurbner CE, Chi DL, Hinderberger H, Milgrom P. At first look: determinants of dental care for children in foster care. *Special Care in Dentistry*. 2013; 33(1) p 13-19 (art 32)
55. Schneiderman JU, Arnold-Clark JS, Smith C, Duan L, Fuentes J. Demographic and placement variables associated with overweight and obesity in children in long-term foster care. *Journal of Maternal and Child Health*. 2013; 17(9) (art 24)
56. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation de l'enfant en danger ou en risque de l'être. [En ligne]. 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_preambule.pdf
57. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. [En ligne]. 2014 Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

58. Jacquemart J, Mersch PA. La vision du système information préoccupante/signalement par les médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges: étude qualitative visant à rechercher des pistes pour faciliter la démarche des médecins généralistes face aux situations d'enfance en danger. [Thèse de doctorat] Nancy, France : Faculté de médecine de Nancy ; 2019
59. Conn AM, Szilagyi MA, Franke TM, Albertin CS, Blumkin AK, Szilagyi PG. Trends in child protection and out-of-home care. *American Academy of Pediatrics*. 2013; 132(4) 712-719
60. Chaiyachati BH, Wood JN, Mitra N, Chaiyachati KH. All-Cause Mortality Among Children in the US Foster Care System, 2003-2016. *JAMA Pediatrics*. 2020; 174(9) 896-898
61. Marly A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale. . [Thèse de doctorat] Rouen, France : U.F.R de médecine et de pharmacie, 2016
62. Brannström L, Vinnerljung B, Forsman H, Almquist Y. Children placed in out-of-home care as midlife adults: are they still disadvantaged or have they caught up their peers ? *Child Maltreatment*. 2017, 22(3) 205-214

VII. ANNEXES

- **Annexe 1** : Courriel d'invitation à participer au projet
- **Annexe 2** : Courriels de lancement des tours Delphi
- **Annexe 3** : Résultats du premier tour de vote et verbatims
- **Annexe 4** : Résultat du deuxième tour de vote et verbatims
- **Annexe 5** : Résultat du troisième tour de vote et verbatims

Annexe 1 : Courriel d'invitation à participer au projet

Cher confrère, chère consœur,

*Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse de médecine générale qui porte sur le **suivi des enfants placés**.*

Ce travail s'inscrit dans les objectifs de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, qui vise, notamment, à sécuriser le parcours de santé de ces enfants confiés.

*Notre travail a d'abord eu pour but de faire émerger des **problématiques en matière de santé plus fréquentes** chez ces enfants qu'en population pédiatrique générale, grâce à une revue de la littérature. Je vous sollicite à présent pour faire partie d'un **groupe d'experts** qui permettra de créer un outil de liaison, via une **ronde Delphi**. Vous aurez à noter la pertinence (entre 1 et 9) des items proposés pour le contenu de cet outil via un questionnaire google (temps de réponse estimé à 15 minutes).*

*Nous avons choisi d'utiliser cette méthode afin que l'outil soit créé de manière **collaborative** tout en bénéficiant de l'expérience de chacun. Cet outil a pour vocation de servir de **trame** à la consultation, mais aussi, et surtout, de faciliter la **transmission** des informations entre le médecin et la protection de l'enfance, facilitant ainsi leur **communication**. Il permettra également d'assurer la **conservation** et la **transmission** de ces données en cas de changement de lieu de placement.*

*Afin d'obtenir une version au plus proche de vos attentes, **plusieurs envois** seront nécessaires (**maximum fixé à 3**), pour obtenir la version finale de l'outil en ne conservant que les items les plus pertinents.*

Si vous acceptez de faire partie de ce groupe d'experts, je vous serais très reconnaissante de me le confirmer par retour de mail.

Le premier tour débutera au mois de novembre.

Je compte sur votre précieuse collaboration et vous remercie par avance,

Je reste joignable via mail ou téléphone pour toute question.

Bien à vous,

Annaëlle CHALON – Médecin généraliste remplaçant

Annexe 2 : Courriels de lancement des tours Delphi

Lancement du premier tour de vote : Envoyé le 21 novembre 2022

Chers confrères, chères consœurs,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce groupe d'experts pour la création d'un outil de liaison visant à faciliter le suivi des enfants placés.

Ce groupe est constitué de 18 professionnels : médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins de PMI.

Les items proposés ont été établis grâce à une revue de la littérature qui a servi à faire émerger des problématiques plus fréquentes en matière de santé chez ces enfants. Pour rappel, cet outil a pour vocation de servir de **trame** à la consultation, mais aussi, de faciliter la **transmission** des informations entre le médecin et la protection de l'enfance, favorisant ainsi leur **communication**. Il permettra également d'assurer la **conservation** et la **transmission** des données en cas de changement de lieu de placement.

Les items seront notés de 1 (pas pertinent) à 9 (très pertinent). Nous vous demandons de noter la **pertinence** de ces items. Vous pourrez également les commenter en proposant des modifications en vue d'une amélioration pour le prochain tour.

La méthode de validation scientifique retenue pour cet outil est la méthode Delphi, qui consiste à valider chaque item au moyen d'une note :

- Médiane des notes ≤ 3 : item supprimé ;
- Médiane des notes de **4 à 6** : item à modifier (merci de **suggérer une modification**) ;
- Médiane des notes ≥ 7 : item validé.

Le délai de réponse est de **1 mois**, soit pour le 23 décembre 2022. Le temps de réponse pour ce premier tour est estimé entre 15 et 20 minutes. Une **relance** sera faite à **10 jours de la fin** prévue du tour.

Merci de l'intérêt que vous portez à ce projet.

Bien cordialement,

CHALON Annaëlle – Médecin généraliste remplaçant

Lancement du second tour de vote : Envoyé le 20 janvier 2023

Chers confrères, chères consœurs,

Nous allons débiter le deuxième tour de vote.

Un consensus a été obtenu pour 14 des items proposés au premier tour. Ils ont donc été retirés du questionnaire.

Vous trouverez en pièce-jointe un résumé des réponses du groupe concernant l'ensemble des items du premier tour.

Pour répondre à certaines interrogations :

- La tranche d'âge des 0-6 ans a été choisie pour limiter la quantité de données à rechercher et la longueur du questionnaire. Il serait intéressant qu'une suite soit donnée à ce travail pour les tranches d'âges supérieures.
- Cet outil ne vise pas à remplacer le carnet de santé. Cependant, en contexte de placement, le carnet est absent dans au moins 30 % des situations. Le but est de créer un outil pratique, avec lequel les informations puissent être facilement conservées et transmises entre les professionnels.

Le déroulé de ce tour de vote reste identique au premier. Il vous faudra environ **10 minutes** pour répondre à l'ensemble des propositions. Le délai de réponse est de **1 mois** : soit jusqu'au **20 Février 2023**.

Je vous remercie pour votre implication et de votre disponibilité.

Bien cordialement,

CHALON Annaëlle – Médecin généraliste remplaçant

Lancement du troisième tour de vote : Envoyé le 10 mars 2023

Chers confrères, chères consœurs,

Nous allons débiter le **dernier tour** de vote. Un consensus a été obtenu pour 13 des items proposés au second tour. Ils ont donc été retirés du questionnaire.

Vous trouverez en pièce-jointe un résumé des réponses du groupe concernant l'ensemble des items du second tour.

Le déroulé de ce tour reste identique aux précédents. Il vous faudra environ **5 minutes** pour répondre à l'ensemble des propositions. Le délai de réponse est de **3 semaines** : soit jusqu'au **31 Mars 2023**.

Je vous remercie pour votre implication et de votre disponibilité tout au long de ce processus.

Bien cordialement,

CHALON Annaëlle – Médecin généraliste remplaçant

Annexes 3 : Résultats du premier tour de vote et verbatims

Légendes appliquées aux tableaux ci-après :

M = Médiane ; D = Dispersion des notes au tour; % = Pourcentage de personne ayant mis une note entre 7 et 9, Références = Références bibliographique correspondantes.

	QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 1 : Identité de l'enfant					
1	Nom et prénom de l'assistant.e familial.e ou nom et fonction de la structure où l'enfant est placé (MECS, maison de l'enfance,etc.)	9	7 à 9	100%	3 ; 6 ; 25 ; 26 ; 51
2	Adresse du lieu de vie de l'enfant au moment de la consultation	9	1 à 9	88%	7 ; 6 ; 26
3	Numéro de téléphone de l'assistant.e familial.e ou du référent de la structure	9	7 à 9	100%	3 ; 6 ; 25 ; 26 ; 51
4	Date de placement de l'enfant dans la famille ou la structure actuelle	9	7 à 9	100%	3 ; 6 ; 25 ; 26 ; 27
5	Nombre de lieux de placements antérieurs	8	2 à 9	76%	6 ; 27 ; 33
6	Nom et coordonnées d'un référent à la PMI	8	3 à 9	82.6%	3 ; 4 ; 6 ; 7 ; 33 ; 58
7	Indiquez le nom, le lien avec l'enfant, la fonction, du ou des titulaire.s de l'autorité parentale	8	3 à 9	88.2%	3 ; 4 ; 8 ; 10 ; 12 ; 13 ; 26

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 2 : Scolarité					
8	En quelle est l'enfant au moment de la consultation (si en âge scolaire)	8	2 à 9	94%	25 ; 33 ; 51
9	indiquez si l'enfant bénéficie d'un accompagnement type Assistante de Vie Scolaire/AESH.	8	7 à 9	100.0%	33 ; 51 ; 62
10	Indiquez s'il est scolarisé en structure médico-sociale (IME, etc.) et le nom de celle-ci, le cas échéant.	8	6 à 9	94.1%	33 ; 35 ; 43 ; 51
11	S'il n'est pas en âge scolaire, fréquente-t-il une collectivité (type crèche) ? Oui ☐ non ☐	8	6 à 9	94.1%	33, 35 ; 43

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 3 : Généralités					
12/ 13	Antécédents médico-chirurgicaux et allergies connues.	9	8 à 9	100%	17 ; 31 ; 32 ; 33
	Poids et terme de naissance				
	Poids et terme de naissance.	8	4 à 9	76.5%	
14	Indiquez si l'enfant est porteur d'un appareillage (lunettes, appareil auditif, etc.)	8	5 à 9	80%	3 ; 32 ; 34
15	Indiquez si un test de vue et/ou de l'audition a été réalisé et son résultat.	8	5 à 9	82.3%	3 ; 32 ; 34
16	Traitement médicamenteux en cours. Précisez la posologie et le rythme d'administration.	9	5 à 9	86.6%	3 ; 26 ; 33 ; 36
17	Indiquez si des vaccinations obligatoires sont manquantes en fonction de l'âge	9	1 à 9	71%	17 ; 31 ; 32 ; 33
18	Mentionnez si une notification MDPH est en cours et la raison de celle-ci, ainsi que la date de la première notification (si connue).	9	7 à 9	100%	32 ; 33 ; 36 ; 38 ; 43
19	Indiquez si l'enfant est suivi par des médecins spécialistes et leurs noms.	9	8 à 9	100%	3 ; 6 ; 17 ; 36

	QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 4 : Santé mentale					
20	Indiquez si l'enfant bénéficie d'un suivi psychologique ainsi que le nom et fonction du praticien/structure assurant ce suivi.	9	7 à 9	100%	6 ; 17 ; 36 ; 44 ; 52
21	Indiquez s'il y a eu des consommations de toxiques par la mère durant la grossesse, et lesquels ?	8	4 à 9	88.2%	7 ; 17 ; 31 ; 33
22	Indiquez les antécédents familiaux de troubles psychiatriques	8	3 à 9	86.6%	7 ; 17 ; 31 ; 33
23	Sur une échelle de 0 à 10, à combien les accueillants évaluent-ils l'anxiété de l'enfant ?	6	2 à 9	52.9%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
24	Sur une échelle de 0 à 10, à combien percevez-vous l'anxiété de l'enfant ?	7	2 à 9	58.8%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
25	Mentionnez s'il existe des signes d'agressivité et/ou d'opposition im	7	2 à 9	88.2%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
26	Mentionnez s'il existe des signes d'inattention et/ou d'hyperactivité	8	4 à 9	88.2%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
27	Durant la consultation, l'enfant a-t-il eu un comportement : Adapté ☐ Inhibé ☐ Désinhibé ☐	8	3 à 9	82.3%	6 ; 17 ; 33 ; 35 ; 40 ; 42
	Indiquez si présence de signes pouvant faire évoquer un trouble de l'attachement :				
	Nourrisson : pleurs excessifs ou insuffisants				
28	Nourrisson : ne semble jamais détendu	8	1 à 9	70.6%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
	Enfant : peu accessible à la ré-assurance				
	Enfant : retrait émotionnel vis-à-vis des adultes				

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 5 : Développement de l'enfant					
Evolution de la motricité fine : Oui ☐ non ☐ 6 mois : saisit un objet, utilise une main ou l'autre 12 mois : utilise la pince pouce-index 18 mois : empile 2 cubes					
29	24: encastre des formes simples, pointe du doigt 3 ans : copie un cercle, enfiler un vêtement 4 ans : fait un pont avec 3 cubes 5 ans : copie un triangle/carré, dessine un bonhomme en 3 parties 6 ans : copie un losange, boutonne un vêtement	8	1 à 9	82.4%	17 ; 25 ; 31 ; 34 ; 46 ; 47
Evolution de la motricité globale : Oui ☐ non ☐ 6 mois : tient assis en tripode 12 mois : tient assis sans appui, se déplace 18 mois : marche sans aide					
30	24 mois : shoot dans un ballon, joue à faire semblant 3 ans : monte les escaliers en alternant les pieds 4 ans : saute pieds joints, lance un ballon de façon dirigée 5 ans : tient en équilibre sur un pied 5 secondes, attrape un ballon 6 ans : saute à cloche pied, marche sur la pointe/talon	8	1 à 9	82.4%	17 ; 25 ; 31 ; 34 ; 46 ; 47
Evolution du langage: Oui ☐ non ☐ 6 mois : vocalise des monosyllabes, regarde la personnes qui parle 12 mois : réagit à son prénom, syllabes doublées (baba, mama etc.) 18 mois : désigne un objet sur demande, dit 5 mots spontanément					
31	24 mois : associe 2 mots 3 ans : phrase de 3 mots, comprends une consigne simple 4 ans : nomme 3 couleurs, utilise le « je » 5 ans : fait des phrases construites 6 ans : raconte une petite histoire	1 à 9	1 à 9	76.5%	6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49
32	Indiquez si un test de langage a été pratiqué et son résultat	8	3 à 9	76.5%	6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49
33	L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi par un.e orthophoniste ? Indiquez le nom du professionnel le cas échéant.	9	7 à 9	100.0%	6 ; 33 ; 34 ; 38
34	L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi sur le plan moteur ? Mentionnez le nom du/des professionnels et/ou de la structure le cas échéant.	9	6 à 9	94.1%	17 ; 33 ; 36 ; 52
Acquisition de la propreté :					
35	A/ Diurne Oui ☐ non ☐	8	5 à 9	94,1%	17 ; 47 ; 52
	B/ Nocturne Oui ☐ non ☐	7	2 à 9	82,3%	

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 6 : Santé physique					
En ce qui concerne le sommeil :					
36	Présence de difficultés d'endormissements Oui ☐ non ☐	7	4 à 9	88.2%	23 ; 31 ; 34 ; 36 ; 52
	Présence de réveils nocturnes multiples Oui ☐ non ☐				
En ce qui concerne le poids et l'alimentation :					
	Notifiez la taille, le poids et l'IMC	9	1 à 9	88.2%	
	Les courbes de croissances sont-elles harmonieuses ? Oui ☐ non ☐	9	1 à 9	88,2%	17 ; 23 ; 25 ; 36 ; 43
37	Indiquez si présence d'une cassure				
	Présence de tri alimentaire ? Depuis quand ? Sur quels aliments ?	8	1 à 9	76.5%	; 52
	Existe-t-il des épisodes de boulimies ? Des attitudes purgatives ? Oui ☐ non ☐	8	1 à 9	64.7%	
En ce qui concerne les soins dentaires :					
38	Date de la dernière consultation dentaire	8	2 à 9	82.2%	6 ; 52 ; 53 ; 54
	Mentionnez s'il existe des dents abîmées/cariées/manquantes Oui ☐ Non ☐	8	1 à 9	82.2%	
	Lesquelles :				
39	Précisez les particularités de l'examen clinique s'il y en a (souffle cardiaque, gibbosité, etc.)	8	5 à 9	94.1%	6 ; 17 ; 31 ; 33

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 7 : Violences					
Connaissance du passé de l'enfant et des violences subies et/ou rencontrées et leur durée (si connue) :					
	1. Antécédents de violences physiques à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	88.2%	
40	2. Antécédents de violences psychologiques à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	88,2%	6 ; 7 ; 17 ; 33 ; 53 ; 58 ; 59 ; 61 ; 62
	3. Antécédents de violences sexuelles à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	88,2%	
	4. Antécédents de négligence ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	88.2%	
	5. A-t-il été témoins de violences (quel que soit le type) sur un tiers ? Oui ☐ non ☐ Lien avec le tiers ?	8	3 à 9	88.2%	

QUESTIONS		M	D	%	Références
Orientation et prise en charge					
41	Indiquez ici la prise en charge à l'issue de la consultation (bilan complémentaire, orientation spécialisée, nouveau traitement, etc.).	9	7 à 9	100%	26 ; 27 ; 32 ; 33 ; 34 ; 36 ; 38

QUESTIONS	M	D	%	Références
Format et administration				
Outil dématérialisé avec intégration possible à l'espace santé de l'enfant	7	2 à 9	58,8%	
Remplissage de manière annuelle, les informations connues seront reportées d'une année sur l'autre	8	2 à 9	82,2%	3; 7; 26; 27
Préférez vous que la partie identité soit pré-remplie par l'accompagnateur ?	9	2 à 9	88,2%	

Verbatims du premier tour :

❖ **QUESTION 5 :** Nombre de lieux de placement antérieurs.

- Expert 4 : « Question utile mais pas indispensable »
- Expert 8 : « Pas indispensable »
- Expert 9 : « Il serait intéressant d'avoir les différents lieux de placement depuis le début de son parcours et pas uniquement leur nombre »
- Expert 14 : « Item intéressant mais les Ass Fam ont très peu souvent l'information »

❖ **QUESTION 6 :** Nom et coordonnées d'un référent à la PMI.

- Expert 4 : « Excellente idée »
- Expert 9 : « Il serait préférable de proposer les médecins qui sont en charge du suivi ASE de l'enfant, qui ne sont pas nécessairement en PMI »
- Expert 13 : « Le référent ASE me semble plus intéressant. Il n'existe pas forcément de référent en PMI, surtout dans les situations non connues avant le placement »

❖ **QUESTION 7 :** Indiquez le nom, le lien avec l'enfant, la fonction du/des titulaire.s de l'autorité parentale.

- Expert 7 : « Si la structure établie une fiche administrative, cet item est inutile »

❖ **COMMENTAIRES GENERAUX sur la section Identité de l'enfant :**

- Expert 1 : « Ajouter une question sur la fratrie »
- Expert 4 : « Frère et sœur ? »
- Expert 10 : « ça dépend à quoi cela sert et de tous les combien de temps cela doit être rempli. Si trop chiant, risque de ne pas être utilisé »

❖ **QUESTION 12 :** Caractéristiques de naissance.

- Expert 1 : « Paramètres de naissance »
- Expert 16 : « Apgar ou difficulté d'adaptation néonatale »

❖ **QUESTION 14 :** Indiquez si les vaccinations obligatoires sont manquantes en fonction de l'âge.

- Expert 4 : « On le voit dans le carnet de santé »

- Expert 17 : « *Date des vaccinations obligatoires car formulé ainsi « vaccinations manquantes » est une notion évolutive avec le temps »*

❖ **QUESTION 21** : Mentionnez les consommations de toxiques connues durant la grossesse, s'il y en a eu

- Expert 1 : « *Et si syndrome de sevrage à la naissance ou non »*
- Expert 8 : « *Cela dépend de l'âge de l'enfant. Peu important si enfant âgé »*

❖ **QUESTION 23** : Sur une échelle de 0 à 10, à combien les accueillants évaluent-ils l'anxiété de l'enfant ?

- Expert 1 : « *A mon sens difficile à évaluer par la famille d'accueil »*
- Expert 10 : « *A voir la fiabilité et à ne pas pousser la famille à poser des diagnostics »*
- Expert 12 : « *Trop subjectif »*
- Expert 13 : « *Peut-être détailler les signes d'anxiété qui peuvent alerter »*

❖ **QUESTION 24** : Sur une échelle de 0 à 10, à combien percevez-vous l'anxiété de l'enfant ?

- Expert 1 : « *Aussi difficile à apprécier en consultation »*
- Expert 8 : « *Difficile à évaluer sur une consultation »*
- Expert 13 : « *Trop subjectif »*

❖ **QUESTION 26** : Concernant le comportement de l'enfant

- Expert 7 : « *Les questions 25 et 26 peuvent être regroupées en « Existence de troubles du comportement »*
- Expert 10 : « *A voire la fiabilité car sensible à la personne qui évalue et à son niveau d'épuisement et de tolérance. »*

❖ **QUESTION 28** : Indiquez si présence de signes pouvant évoquer un trouble de l'attachement

- Expert 1 : « *Si enfant placé je ne vois pas trop la pertinence »*
- Expert 7 : « *Il faut limiter les items systématiques. C'est au médecin, alerté par la structure, de creuser ces troubles »*
- Expert 12 : « *L'attachement ne se mesure pas au cours d'une consultation souvent courte. Il faut être formé à cette pratique et cela prend du temps et doit être réévalué. Tout ce qui peut être fait ce sont des suppositions. Donc intitulé de question est trop restrictif. On peut parler du comportement pas poser le diagnostic d'un éventuel trouble de l'attachement ».*
- Expert 17 : « *Pour le nourrisson mieux vaut décrire les signes de socialisation classique, sourit aux anges, puis en réponse, en fonction de l'âge. La notion des pleurs me semble non adaptée. »*

❖ **COMMENTAIRES GENERAUX sur la section Santé mentale** :

- Expert 3 : « *Critères parfois difficiles à recueillir sur une consultation occasionnelle »*
- Expert 11 : « *Etape fondamentale »*

❖ **QUESTION 31** : Evaluation de la motricité globale

- Expert 1 : « *Ce qui est important pour les médecins généralistes c'est de connaître l'antériorité aux stades précédentes, on peut étudier l'âge où on les voit mais on aime bien savoir s'il y a déjà un retard précédemment et dans quel registre* ».
- Expert 4 : « *D'où viennent ces âges limites ?* »
- Expert 7 : « *Ne pas faire apparaître ces items de manière systématique mais plutôt en annexe ?* »

❖ **QUESTION 33** : Evaluation du langage

- Expert 4 : « *Je décalerai certains items de 1 an, comprend un ordre à 2 ans, je à 3 ans, phrases 4 ans, image à 5 ans, etc.* »
- Expert 7 : « *Idem que pour la motricité. Plutôt en annexe* »
- Expert 15 : « *Certains enfants ne disent pas 5 mots à 18 mois sans que cela soit pathologique. Il faut être vigilant et suivre sans l'enfant sans considérer cela comme un problème. Idem à 24 mois* »

❖ **QUESTION 35** : Indiquez l'âge de l'acquisition de la propreté

- Expert 3 : « *Question que je ne pose pas spontanément dans une consultation, peut-être à tort* »

❖ **QUESTION 36** : Concernant le sommeil

- Expert 8 : « *Peut être variable d'une consultation à l'autre* »

❖ **QUESTION 37** : Concernant l'alimentation et le poids

- Expert 1 : « *Souvent préciser par accueillant donc pas forcément besoin, de le mettre systématiquement dans le questionnaire* »
- Expert 10 : « *A voir selon l'âge et peut-être pas systématique ni aussi détaillé. Juste une question pour les troubles du comportement alimentaire* »

❖ **QUESTION 39** : Indiquez les particularités de l'examen clinique

- Expert 8 : « *A noter dans le carnet de santé uniquement* »

❖ **QUESTION 40** : Connaissance du passé de l'enfant et des violences subies ou rencontrées

- Expert 1 : « *C'est ce qu'on ne retrouve pas dans le carnet de santé mais qui est super important pour le suivi* »
- Expert 3 : « *Ces question sont à poser hors de la présence de l'enfant si elles sont difficiles à aborder avec lui* »
- Expert 13 : « *Difficile de poser ce genre de question en médecine générale, lors d'une consultation en présence de l'enfant, d'autant que les éducs ou les Ass Fam ont rarement l'info* ».
- Expert 17 : « *Préciser la notion de répétition et de durée* »

❖ **QUESTION 42** : Outil dématérialisé avec intégration possible à l'espace santé de l'enfant

- Expert 6 : « *Problème d'accès à l'espace santé de l'enfant* »

- Expert 7 : « *Pas pour cette tranche d'âge* »
- Expert 10 : « *Laisser en facultatif* »
- Expert 17 : « *Oui mais attention l'espace santé il faut obtenir l'autorisation du tuteur légal* »

❖ **QUESTION 43** : Remplissage annuelle, les informations connues seront reportées d'une année sur l'autre

- Expert 4 : « *Je ne sais pas. Tout dépend de la praticité de l'outil et de la possibilité d'en faire une impression pour le carnet et éviter de tout recopier* »

❖ **COMMENTAIRES GENERAUX sur l'ensemble du questionnaire :**

- Expert 7 : « *Créer un espace pour les remarques de la structure. Une remarque sur le titre : pour pas les enfants jusqu'à 15 ans ?? Le support devrait comporter une première partie avec les données administrative puis un espace modulable pour les consultations. + à discuter l'intégration de fiche pour les examens clé avec les acquisitions qui ont été proposées dans cette étude* »

Annexe 4 : Résultats du deuxième tour de vote et verbatims

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 1 : Identité de l'enfant				

1	Adresse du lieu de vie de l'enfant	9	2 à 9	80%	7 ; 6 ; 26
2	Nombre e types de lieux de placements antérieurs	9	2 à 9	73,3%	6 ; 27 ; 33
3	Nom et coordonnées du médecin référent de la protection de l'enfance du département de placement d'origine de l'enfant	7	2 à 9	73,3%	3 ; 4 ; 6 ; 7 ; 33 ; 58
4	Indiquez le nom, le lien avec l'enfant, la fonction, du ou des titulaire.s de l'autorité parentale, s'il ne s'agit pas des parents biologiques	6	2 à 9	80%	3 ; 4 ; 8 ; 10 ; 12 ; 13 ; 26
5	Indiquez si l'enfant a des frères et/ou sœurs, et si des mesures de protections de l'enfance sont en cours pour eux	8	2 à 9	80%	3 ; 6 ; 7 ; 25 ; 26
6	Identité et fonction de la personne accompagnant l'enfant en consultation	8	2 à 9	80%	3 ; 6 ; 7 ; 25 ; 26

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 2 : Scolarité				

7	En quelle classe est l'enfant au moment de la consultation (si en âge scolaire)	7	2 à 9	73,3%	25 ; 33 ; 51
---	---	---	-------	-------	--------------

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 3 : Généralités				

8	Poids et terme de naissance	7	2 à 9	86,6%	17 ; 31 ; 32 ; 33
	Score Apgar	7	2 à 9	86,6%	
9	Indiquez si l'enfant est porteur d'un appareillage (lunettes, appareil auditif, etc.) avec le degrés de correction. Date de début de cette correction.	8	5 à 9	73,3%	3 ; 32 ; 34
10	Indiquez sles vaccinations et dates de réalisation	9	7 à 9	100%	17 ; 31 ; 32 ; 33

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 4 : Santé mentale					
11	Indiquez s'il y a eu des consommations de toxiques par la mère durant la grossesse, et lesquels ?	9	6 à 9	93,3%	7 ; 17 ; 31 ; 33
	Syndrome de sevrage à la naissance : Oui ☐ non ☐	9	6 à 9	93,3%	
12	Mentionnez les antécédents familiaux de troubles psychiatriques (pathologies, addictologies, etc.), s'il y en a	8	5 à 9	80%	7 ; 17 ; 31 ; 33
13	L'enfant présent-il des signes d'anxiété ? (constatés ou rapportés)	8	2 à 9	80%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
14	Indiquez s'il existe des signes d'alerte concernant un éventuel trouble du comportement (constaté et/ou rapportés par l'école/accompagnateurs). Lesquels ?	7	3 à 9	86,6%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
15	Durant la consultation, l'enfant a-t-il eu un comportement : Adapté ☐ Inhibé ☐ Désinhibé ☐	8	5 à 9	86.6%	6 ; 17 ; 33 ; 35 ; 40 ; 42
16	Indiquez si présence de signes pouvant faire évoquer un trouble de l'attachement : Nourrisson : pleurs excessifs ou insuffisants Nourrisson : ne semble jamais détendu Enfant : peu accessible à la ré-assurance Enfant : retrait émotionnel vis-à-vis des adultes Enfant venant très facilement vers une personne inconnue avec besoin de contact	8	2 à 9	80.0%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 5 : Développement de l'enfant					
Evolution de la motricité fine : Oui ☐ non ☐ 6 mois : saisit un objet, utilise une main ou l'autre 12 mois : utilise la pince pouce-index 18 mois : empile 2 cubes					
17	24: encastre des formes simples, pointe du doigt 3 ans : copie un cercle, enfiler un vêtement 4 ans : fait un pont avec 3 cubes 5 ans : copie un triangle/carré, dessine un bonhomme en 3 parties 6 ans : copie un losange, boutonne un vêtement	8	4 à 9	80.0%	17 ; 25 ; 31 ; 34 ; 46 ; 47
Evolution de la motricité globale : Oui ☐ non ☐ 6 mois : tient assis en tripode 12 mois : tient assis sans appui, se déplace 18 mois : marche sans aide					
18	24 mois : shoot dans un ballon, joue à faire semblant 3 ans : monte les escaliers en alternant les pieds 4 ans : saute pieds joints, lance un ballon de façon dirigée 5 ans : tient en équilibre sur un pied 5 secondes, attrape un ballon 6 ans : saute à cloche pied, marche sur la pointe/talon	8	4 à 9	80.0%	17 ; 25 ; 31 ; 34 ; 46 ; 47
Evolution du langage: Oui ☐ non ☐ 6 mois : vocalise des monosyllabes, regarde la personnes qui parle 12 mois : réagit à son prénom, syllabes doublées (baba, mama etc.) 18 mois : désigne un objet sur demande, dit 5 mots spontanément					
19	24 mois : associe 2 mots 3 ans : utilise le "je", comprends une consigne orale simple 4 ans : nomme 3 couleurs, fait des phrases 5 ans : décrit une image 6 ans : raconte une petite histoire de manière structurée	9	5 à 9	80.0%	6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49
20	Notifier la date, le nom du test réalisé et son résultat, ainsi que l'âge de l'enfant au moment de cette évaluation.	8	1 à 9	80.0%	6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49
21	Indiquez l'âge d'acquisition de la propreté nocturne	8	3 à 9	73,3%	17 ; 47 ; 52
	Indiquez si présence d'une énurésie/encoprésie	7	5 à 9	86,6%	

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 6 : Santé physique					
En ce qui concerne le sommeil :					
22	Présence de difficultés d'endormissements récurrentes Oui ☐ non ☐	8	6 à 9	86,6%	23 ; 31 ; 34 ; 36 ; 52
	Présence de réveils nocturnes multiples récurrents Oui ☐ non ☐				
En ce qui concerne le poids et l'alimentation :					
	Notifiez la taille, le poids et l'IMC	9	7 à 9	100%	
23	Les courbes de croissances sont-elles harmonieuses ? Oui ☐ non ☐	9	7 à 9	100%	17 ; 23 ; 25 ; 36 ; 43 ; 52
	Indiquez si présence d'une cassure ou accélération et l'âge.				
	Existe-t-il des signes d'alerte évocateurs de troubles alimentaires ? Lesquels, le cas échéant. Oui ☐ non ☐	8	6 à 9	93,3%	
En ce qui concerne les soins dentaires :					
24	Suivi dentaire Oui ☐ Non ☐	9	6 à 9	93,3%	6 ; 52 ; 53 ; 54
	Nécessiter d'orienter vers un dentiste ? Oui ☐ Non ☐	9	6 à 9	93,3%	
	Mentionnez la raison :				
25	Précisez les particularités de l'examen clinique s'il y en a (souffle cardiaque, gibbosité, etc.)	8	5 à 9	93,3%	6 ; 17 ; 31 ; 33

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 7 : Violences					
Connaissance du passé de l'enfant et des violences subies et/ou rencontrées et leur durée (si connue) :					
	1. Antécédents de violences physiques à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	87%	
26	2. Antécédents de violences psychologiques à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	86,6%	6 ; 7 ; 17 ; 33 ; 53 ; 58 ; 59 ; 61 ; 62
	3. Antécédents de violences sexuelles à son encontre ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	86,6%	
	4. Antécédents de négligence ? Oui ☐ non ☐	9	3 à 9	86,6%	
	5. A-t-il été témoins de violences (quel que soit le type) sur un tiers ? Oui ☐ non ☐ Lien avec le tiers ?	8	3 à 9	86,6%	

QUESTIONS		M	D	%	Références
Format et administration					
27 à 30	Outil dématérialisé avec version imprimable pour mettre dans le carnet de santé. Accès au document via le site du conseil de l'ordre	7	1 à 9	73,3%	3; 7; 26; 27
	Remplissage annuelle ou bi-annuelle (< 2 ans), les informations déjà connues seront reportées d'une année sur l'autre.	8	7 à 9	100%	
	Préférez-vous que la partie identité soit pré-remplié par un professionnels de la protection de l'enfance ?	9	5 à 9	93,3%	
	Existence d'un espace remarques pour la famille ou la structure	8	3 à 9	73,3%	

Verbatims du deuxième tour :

❖ QUESTION 2 : Nombre et type de placement antérieurs

- Expert 1 : « *Le lieu d'accueil ou l'Ass. Fam. ont rarement cette information même si elle est pertinente* »
- Expert 5 : « *Cet élément serait important mais en pratique j'ai constaté que la famille d'accueil restait très vague la plupart du temps quand je leur posais la question et en ai déduit qu'ils ne souhaitent pas s'exprimer sur le sujet* »

❖ QUESTION 3 : Nom et coordonnées du médecin référent de la protection de l'enfance du département de placement d'origine

- Expert 4 : « *Item qui me semble indispensable, car c'est au MRPE de recueillir ces informations pour les mettre dans le dossier santé de l'enfant.* »
- Expert 7 : « *Je ne sais pas si c'est utile d'avoir le nom du MRPE. Et si cela l'était, il faudrait que ses missions soient précisées je pense* ».

❖ QUESTION 5 : Indiquez si l'enfant a des frères et/ou sœurs, et si des mesures en protection de l'enfance sont en cours pour eux.

- Expert 4 : « *Pas indispensable pour le suivi médical de l'enfant vu en consultation* »
- Expert 7 : « *Et s'ils sont placés, ou ?* »

❖ QUESTION 8 : Caractéristiques de naissance

- Expert 4 : « *Ces items sont la base de toute consultation pédiatrique* »

❖ QUESTION 11 : Durant la grossesse y a-t-il eu des consommations de toxiques par la mère/Syndrome de sevrage à naissance

- Expert 4 : « *Plus on aura d'information sur les ATCD familiaux et plus rapidement on pourra prendre en charge certains troubles de l'enfant* »
- Expert 6 : « *Peut-être simplement proposer un item « grossesse », importance des différentes substances consommées, mais également si la grossesse a été bien suivie. Déclaration tardive ? Et si notion de violence conjugale durant la grossesse* ».

❖ **QUESTION 13** : L'enfant présente-t-il des signes d'anxiété ?

- Expert 6 : « *Je trouve l'item intéressant mais très vaste et très subjectif. Certaines manifestations constatées chez les enfants placés ne sont pas toujours interprétées comme telles ? Peut-être faudrait-il joindre ou mettre à disposition un compte-rendu du psychologue de l'ASE si possible ?* »
- Expert 8 : « *Cet item n'a pas sa place dans la trame de base* »

❖ **QUESTION 15** : Durant la consultation, indiquez si l'enfant a eu un comportement adapté/inhibé/désinhibé

- Expert 2 : « *Le comportement peut être faussement inhibé car l'enfant ne connaît pas le médecin* »
- Expert 9 : « *Si l'enfant consulte pour une pathologie aigue, cela peut être difficile d'évaluer des signes d'anxiété ou des troubles du comportement* »

❖ **QUESTION 16** : Indiquez s'il y a présence de signes pouvant faire évoquer un trouble de l'attachement

- Expert 6 : « *Tous les items sont intéressants mais au décours d'une consultation il est difficile de conclure. A mon sens il faut être à le repérer ou au moins sensibilisé* »
- Expert 8 : « *Ces items ont leur place lors de l'examen initial, ou lors d'une consultation spécifique pour trouble du comportement* »
- Expert 9 : « *Sans formation ou expérience, cela peut être difficile de reconnaître ces signes* »

❖ **QUESTION 17** : Evaluation de la motricité fine

- Expert 4 : « *Empile 2 cubes à 18 mois me paraît un peu prématuré* »
- Expert 6 : « *A mon sens les âges sont déjà ceux pour lesquels on parle de retard. Pourquoi ne pas se baser sur les items du Brunet Lezine ou autre ?* »
- Expert 11 : « *Il faut relativiser, le développement de chaque enfant est unique, sujet à des variations et ne rentre pas dans des petites cases* »

❖ **QUESTION 20** : Notifier la date, le nom du test réalisé ainsi que l'âge de l'enfant au moment de cette évaluation

- Expert 6 : « *Pourquoi évaluer de manière systématique le langage en dehors des âges clés préconisées pour les enfants ? (ERTL4, BSEM, etc.). A évaluer uniquement si point d'appel non ?* »

❖ **QUESTION 26** : Connaissance du passé de l'enfant a des violences subies ou rencontrées et leurs durées

- Expert 4 : « *Ces éléments sont dans le dossier ASE de l'enfant, je ne pense pas que cela soit utile dans le dossier médical* »
- Expert 9 : « *Ne pas aborder le sujet devant l'enfant. Et parfois les assistants familiaux ne sont pas informés des violences/négligences de l'enfant* ».

❖ **QUESTION 27** : Outil dématérialisé avec version imprimable pour le carnet de santé. Accès au document sur le site du conseil de l'ordre

- Expert 4 : « *Si l'enfant est confié à l'ASE, c'est au MRPE de constituer un dossier médical et de conserver les données qui lui appartiennent* »
- Expert 5 : « *Certaines informations pour être masquées ? Dans ce cas oui, si non je ne pense pas que cela soit opportun, à ce moment plutôt faire un courrier à transmettre aux confrères, le carnet peut tomber dans n'importe quelles mains* »
- Expert 9: « *Je ne suis pas certaine que l'intégralité du document doive figurer dans le carnet de santé car le carnet n'est pas confidentiel et certaines informations pourrait être apprises par l'enfant de manière brutale s'il tombe dessus quand il aura appris à lire* ».

❖ **COMMENTAIRES GENERAUX :**

- Expert 9 : « *Pour les données administratives, si c'est pré-rempli c'est mieux. Pour les médecins qui remplissent les questionnaires prévoir des consultations de 45 à 60 minutes pour l'entrée dans le dispositif* ».

Annexe 5 : Résultats du troisième tour de vote et verbatims

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 1 : Identité de l'enfant				

1	Adresse du lieu de vie de l'enfant	9	2 à 9	86,6%	7 ; 6 ; 26
2	Nombre e types de lieux de placements antérieurs	8	2 à 9	86,6%	6 ; 27 ; 33
3	Nom et coordonnées du médecin référent de la protection de l'enfance du département de placement d'origine de l'enfant	9	7 à 9	100.0%	3 ; 4 ; 6 ; 7 ; 33 ; 58
4	Indiquez le nom, le lien avec l'enfant, la fonction, du ou des titulaire.s de l'autorité parentale, s'il ne s'agit pas des parents biologiques	8	7 à 9	100%	3 ; 4 ; 8 ; 10 ; 12 ; 13 ; 26

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 2 : Scolarité				

5	Indiquez s'il est classe double (moyens/grands) et s'il ne suit pas le niveau auquel correspond son âge	7	3 à 9	80%	25 ; 33 ; 51
---	---	---	-------	-----	--------------

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 3 : Généralités				

6	Poids et terme de naissance	8	5 à 9	93,3%	17 ; 31 ; 32 ; 33
	Score Apgar	8	5 à 9	93,3%	

QUESTIONS	M	D	%	Références
Partie 4 : Santé mentale				

7	Indiquez s'il y a eu des signes d'alerte concernant des troubles anxieux/attachement constatés ou rapportés Oui ☐ non ☐	8	2 à 9	86,6%	34 ; 35 ; 37 ; 44 ; 52
	Je souhaite être contacté par la psychologue de l'ASE ou le MRPE pour échanger de la situation : Oui ☐ non ☐	8	2 à 9	86,6%	

8. Souhaitez vous que le compte-rendu de la psychologue de l'ASE vous soit transmis ? Souhaitez par 93,3% des Experts

QUESTIONS		M	D	%	Références
Partie 5 : Développement de l'enfant					
9	Evaluation de la motricité fine et globale : L'utilisation de la grille des TND vous semble-t-elle pertinente ?	8	2 à 9	86,6%	17 ; 25 ; 31 ; 34 ; 46 ; 47
10	Indiquez si un test de langage a été réalisé, son résultat, ainsi que l'âge de l'enfant lors de cette évaluation	8	6 à 9	93,3%	6 ; 17 ; 31 ; 33 ; 34 ; 38 ; 49

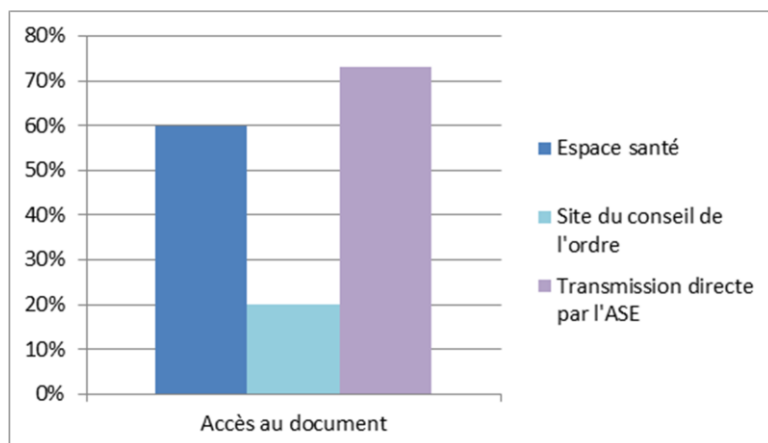
11 Indiquez l'âge d'acquisition de la propreté nocturne 8 5 à 9 93,3% 17 ; 47 ; 52

QUESTIONS		M	D	%	Références
Format de l'outil et administration					

Outil dématérialisé avec certaines parties imprimables
 12 (développements, examen clinique, vaccination, antécédents) pour mettre dans le carnet de santé. 7 2 à 9 66.6% 3 ; 7 ; 26 ; 27

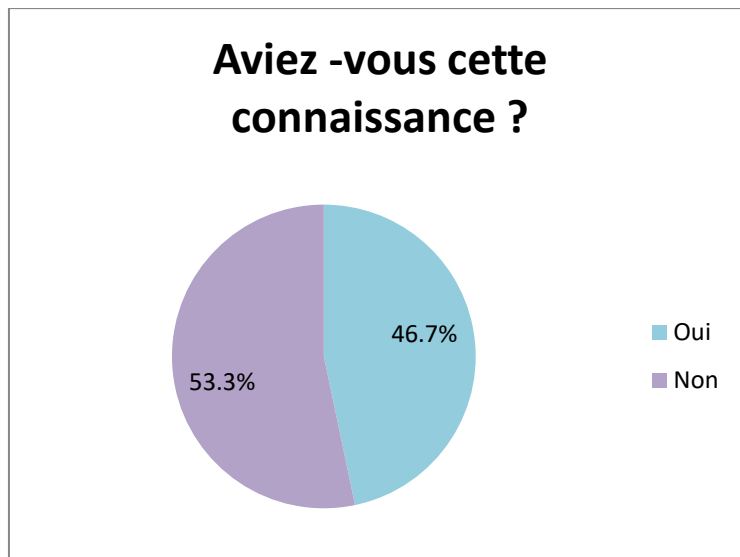
13. Espace "remarques" destiné à la famille d'accueil ou la structure : Souhaitez par 80 % des Experts

❖ QUESTION 14 : Concernant l'accès au document, que souhaitez-vous ?



(Plusieurs réponses possibles)

❖ QUESTION 15 : Aviez- vous connaissance de la cotation en consultation complexe pour le bilan d'entrée en protection de l'enfance ?



Verbatim du troisième tour :

❖ **QUESTION 1 :** Adresse du lieu de vie de l'enfant

- Expert 3 : « *Pas utile de connaître l'adresse, les centres n'étant pas très nombreux, la connaissance peut suffire* ».

❖ **QUESTION 5 :** Indiquez s'il est en classe double et s'il ne suit pas le niveau auquel correspond son âge.

- Expert 6 : « *Item qui me semble moins important* ».
- Expert 11 : « *Peu importe qu'il soit en classe double ou pas. Il faut demander à avoir l'évaluation de l'enseignant* ».

❖ **QUESTION 9 :** L'utilisation de la grille des TND vous paraît-elle pertinente ?

- Expert 11 : « *Utiliser plutôt le test de Brunet Lezine* ».

❖ **QUESTION 12 :** Outil dématérialisé avec certaines parties imprimables

- Expert 2 : « *pas toujours simple le dématérialisé* ».

❖ **COMMENTAIRES GENERAUX :**

- Expert 7 : « *Il faut qu'un maximum d'informations soit pré-remplies par l'ASE avant la consultation. Pour les enfants placés en établissement, il faut que la personne accompagnant l'enfant le connaisse bien* ».

VU

NANCY, le **15 mai 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **22 mai 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12986C**

NANCY, le **23 mai 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

Résumé de la thèse :

Introduction : Au cœur de nombreuses discussions parlementaires, la législation autour de la protection de l'enfance est en constante évolution. Les problématiques spécifiques en termes de santé chez ces enfants sont mal connues. Les médecins libéraux qui assurent leur suivi médical sont, pour leur part, confrontés à un manque d'informations et à de nombreuses pertes de données les concernant.

Matériel et méthode : L'objectif est de créer un outil de liaison, utilisable en consultation, pour améliorer le suivi des enfants placés de 0 à 6 ans. Nous avons cherché, tout d'abord, à faire émerger les problématiques médicales les plus fréquentes dans cette population à l'aide d'une revue de la littérature. Sur la base de ces données, nous avons créé un outil de liaison que nous avons soumis par la méthode Delphi à un groupe de 17 médecins libéraux (généralistes, pédiatres) et de PMI.

Résultats : A partir de 35 articles de notre revue, nous avons fait émerger les points de vigilances nécessaires en matière de santé chez les enfants confiés. Elles concernent la santé mentale (anxiété, dépression, troubles du comportement, etc.), les troubles du sommeil et du neurodéveloppement, la santé bucco-dentaire, le handicap et les difficultés scolaires. Nos propositions pour le contenu de l'outil ont été jugées pertinentes et en cohérence avec la pratique des médecins. En effet, nous avons obtenu, sur les trois tours de votes réalisés, un large consensus pour 32 des items destinés à l'outil de liaison.

Discussion : Nous avons constaté qu'un certain nombre de médecins semblaient peu à l'aise avec l'évaluation du bien être psychologique des enfants. Concernant l'évaluation du développement, les critères utilisés n'ont pas fait l'unanimité mais restent validés par la majorité des experts. C'est ainsi, notamment, que certains items proposés n'ont pas obtenu de consensus.

Conclusion : L'outil de liaison est créé pour faciliter le suivi des enfants confiés de 0 à 6 ans. Il pourra servir de trame à l'examen d'entrée en protection de l'enfance, mais aussi au recueil et à la conservation de données essentielles dans le cadre du suivi de santé de l'enfant. Ces données pourront s'enrichir facilement par l'utilisation en situation réelle, et servir également de modèle de base pour réfléchir à un outil de suivi des tranches d'âges supérieures.

Titre en anglais : Create a link tool to facilitate 0-6 years old foster children's follow-up in general practice.

Spécialité et année : Médecine générale, année 2023

Mots clefs : Enfants placés ; protection de l'enfance ; suivi médical ; santé ; outil de liaison ; Delphi.

Adresse de la faculté :

Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye - 54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
