

Appel d'offres thématique 2010 de l'ONED

La santé des enfants accueillis au titre de la
protection de l'enfance

**Etude conjointe CREAMI Rhône-Alpes,
ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes
et Département de la Haute-Savoie**



Rapport final
Octobre 2012

Pour le Conseil Général de Haute-Savoie

Dr Isabelle BOURGEAUX

Médecin de PMI

Recueil des données médicales, 1^{ère} phase de l'étude

Pour l'ORS Rhône Alpes

Dr Olivier GUYE

Médecin de santé publique

Karine FONTAINE – GAVINO,

Socio-démographe

Analyse épidémiologique, 1^{ère} phase de l'étude

Pour l'IREPS Rhône-Alpes

Isabelle JACOB

Dominique FIASSON

Chargées de projets

Conduite de la 3^{ème} phase de l'étude

Pour le CREAI Rhône-Alpes

Pierrine ROBIN

Maître de conférences en sciences de l'éducation

Université Paris Est Créteil

Conduite de la 2^{nde} phase de l'étude

Eliane CORBET

Directrice technique du CREAI Rhône-Alpes

Direction scientifique et coordination et de l'étude

Sommaire

Sommaire	2
Introduction générale.....	4
Première Partie : Evaluation de l'état de santé des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance	
1. Introduction.....	10
2. Matériel et méthodes.....	11
2.1 Population.....	11
2.2 Méthodologie.....	13
3. Les résultats.....	17
3.1 Les données administratives.....	17
3.2 Les antécédents médicaux.....	19
3.3 Le bilan médical.....	37
3.4 Scolarité et formation professionnelle.....	44
3.5 Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).....	48
4. Conclusions.....	51
4.1 Discussion.....	51
Deuxième partie : Santé perçue des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance	
1. Questionnements.....	55
2. Déroulé de l'enquête.....	55
3. Caractérisation de l'échantillon interrogé.....	56
4. Méthodologie.....	56
5. Définition de la santé, état de santé perçu.....	58
6. Les stratégies d'ajustement des enfants par rapport à leur santé.....	72
6.1 Les stratégies de coping.....	72
6.2 Cartographie des supports mobilisés par les enfants.....	74
6.3 Typologie du rapport à l'aide.....	77
7. Conclusion.....	80
Troisième partie : Les pratiques professionnelles	
1. Introduction.....	82
2. Méthode.....	82
2.1 Les professionnels.....	82
2.2 Les établissements.....	83
2.3 Élaboration de l'outil de recueil des données.....	83
2.4 Mode d'administration.....	84

3. Résultats	86
3.1 Représentation.....	86
3.2 Connaissances.....	88
3.3 Pratiques professionnelles.....	98
4. Analyse /Discussion	108
4.1 D'une perception globale à une perception restreinte de la santé.....	110
4.2 Pour l'intervention en promotion de la santé.....	112
5. Proposition de recommandations	120
5.1 Le suivi sanitaire de l'enfant cohérent sur l'ensemble du territoire.....	120
5.2 La formation continue des professionnels.....	121
5.3 Le développement de l'enfant.....	122
5.4 La place des familles.....	123
Synthèse et conclusion	
1. L'évaluation de l'état de santé.....	125
2. La santé perçue.....	126
3. Les pratiques professionnelles.....	127
4. Le paradoxe autour de la santé.....	128
5. La relation de confiance.....	128
6. De l'attention à une intention ou de la préoccupation à l'action.....	129
Bibliographie	130

INTRODUCTION GENERALE

Dans son article « Comment prendre en compte la santé des enfants relevant des dispositifs de la protection de l'enfance ? », B. Sanson (2009) souligne la nécessité d'une part de développer des recherches épidémiologiques sur la santé des enfants relevant des dispositifs de la protection de l'enfance et d'autre part de construire une alliance entre institutions, parents, enfants, professionnels, en charge des mesures éducatives, médecins, afin que le volet santé soit partie intégrante du projet de prise en charge de l'enfant.

C'est dans cet esprit que l'Observatoire national de l'enfance en danger a lancé son appel d'offre thématique 2010 sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Cet appel d'offre vise à apporter de « nouveaux éléments de connaissance sur la santé physique et psychologique ainsi que sur la déficience des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance ». Il est souhaité que les recherches produisent et exploitent des données épidémiologiques nouvelles ou préexistantes et qu'elles les mettent en perspective avec la perception subjective que les enfants et les jeunes ont de leur état de santé. Il est également souhaité que les recherches éclairent des problématiques actuelles, réaffirmées par la loi du 5 mars 2007, telles que l'évaluation de la santé des enfants à l'entrée du dispositif et l'accès aux soins et le suivi sanitaire des enfants et des jeunes placés.

Dans l'appel d'offre, la santé est comprise dans un sens large qui ne se limite pas à la santé physique mais qui prend en compte également la santé psychologique et la déficience. La santé est par ailleurs appréhendée de manière objective et subjective. Le terme de santé est entendu comme un processus, dynamique, multidimensionnel et subjectif qui ne se réduit pas à un état d'absence de maladie mais qui rend également compte de la capacité d'agir. En effet, selon les termes de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), la santé est perçue comme « une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. »

Bref état des lieux de la littérature

Si l'on établit un bref état des lieux de la littérature sur ce sujet, nous pouvons souligner que les recherches menées sur la santé des enfants de la protection de l'enfance sont éparées et parcellaires. Il existe peu ou pas de données nationales sur le sujet, concernant l'ensemble des enfants et jeunes accueillis à l'ASE et à la PJJ. De plus, les études menées sur certains territoires montrent la difficulté d'accéder à ces données médicales. Dans le rapport d'enquête épidémiologique du service de pédopsychiatrie du CHU d'Angers sur les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents, les chercheurs expliquent cette difficulté d'accès aux données médicales par la très faible médicalisation des établissements et des services accueillant les enfants confiés à l'ASE, l'absence de règles et donc de standardisation dans la constitution des dossiers administratifs et de suivi des situations, l'hétérogénéité de la prise en charge médicale au sein des structures d'accueil, l'absence de dossier systématique de suivi médical et le manque de culture de démarche de santé publique, d'évaluation et de recherche des services médico-sociaux (2006).

Par ailleurs, les études réalisées se sont principalement attachées à recueillir des données épidémiologiques sur l'état de santé objectif et la qualité de vie des enfants confiés et à comparer ces données avec l'état de santé de la population générale de référence. Pour exemple, l'étude INSERM sur la santé des jeunes de 14 à 20 ans, pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après (2003), souligne que pour la population des jeunes de la protection de l'enfance les retards scolaires sont plus fréquents, les initiations sexuelles plus précoces et la consommation de psychotropes plus fréquente que dans la population générale. Cette étude montre que les jeunes ne sortent pas indemnes de troubles somatiques, psychologique et sociaux. Elle montre également la différence de perception de la santé et de la qualité de vie des jeunes de la protection de l'enfance, comparée à celle de la population générale. En effet, si 89 % des garçons âgés de 14 à 20 ans et 76% des filles pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, se déclarent lors de l'enquête plutôt « bien portants », cette proportion est inférieure à celle de la population générale (95% d'après le Baromètre santé 2000). Tandis que l'étude des Docteurs Monique Bourdais, Martine Grenier et André Mennesson sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris, conclut que l'état de santé des enfants confiés diffère peu de la population générale, mais qu'il reste très hétérogène selon l'histoire personnelle de l'enfant, les

motifs de son admission, le nombre de placements dans sa trajectoire de vie. Les chiffres avancés par les adultes référents indiquent que presque tous les enfants et les deux tiers des adolescents pris en charge par l'ASE de Paris bénéficient d'un suivi médical qualifié par eux de régulier, mais les médecins se montrent plus nuancés et avancent des chiffres inférieurs. Les résultats de ces études sont donc contradictoires et il existe peu de comparaisons interdépartementales des données.

De plus, rares sont les travaux qui mettent en relation des données objectives et des données subjectives sur la perception par les jeunes de leur propre santé, en dépassant le concept de qualité de vie, pour s'intéresser au processus de mobilisation des jeunes pour leur santé. Néanmoins, les travaux d'Alice Dazord et de Sabine Manificat (2004), sur la qualité de vie et la santé mentale chez les adolescents, invitent à prendre en compte la perspective subjective des jeunes sur leur santé et à réfléchir plutôt en termes de profils que d'indices de qualité de vie. Dans cette même perspective, Lionel Dany (2003) s'est intéressé, dans le cadre d'une étude menée par l'observatoire régional de la santé en PACA, aux logiques psychosociales qui sous-tendent le rapport à la santé des jeunes confiés à la PJJ, tant au niveau somatique, psychologique que social. Cette recherche qualitative, par entretiens, vise à étudier les systèmes de représentations et de pratiques en jeu dans la construction du rapport à la santé et la façon dont les insertions spécifiques des individus dans un ensemble de rapports symboliques et sociaux modulent ces univers représentationnels ainsi que les pratiques qui en découlent. Cette étude montre que le rapport à la santé des jeunes est complexe. Il est en relation avec des expériences, des conditions de vie et d'existences douloureuses. Les résultats illustrent comment la construction du rapport à la santé implique pour eux de plus vastes préoccupations psychologiques et sociales : les problèmes de l'estime de soi, la projection vers l'avenir, l'aspiration à un statut social, la dégradation du corps social dans lequel ils évoluent, l'absence de ressources, la consommation de drogues et les rapports aux institutions. Cette étude souligne la nécessité d'inscrire l'éducation à la santé dans un projet de vie global, en développant des actions visant à promouvoir la notion de « capital santé », dans un contexte plus large d'insertion sociale et d'autonomie.

C'est en recherchant le croisement de ces perspectives qu'est construite notre étude, avec une approche de la santé multidimensionnelle, situationnelle et individualisée, qui croise les données objectives et subjectives, et qui appréhende la santé comme un processus dont le jeune est l'acteur principal et autour duquel se fédèrent les différents professionnels.

Objectifs et organisation de la recherche

Les objectifs de cette étude sont triples. Il s'agit de produire de nouveaux éléments de connaissances épidémiologiques sur la santé des enfants et jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance. Ces données objectives seront mises en relation avec la perception subjective des enfants et des jeunes de leur propre santé, afin de comprendre les logiques psychosociales qui sous-tendent leur rapport à leur santé. Ceci en vue de construire *in fine* avec les professionnels des préconisations pour améliorer l'accès au soin, le suivi et la santé des enfants confiés à l'ASE.

L'étude a mobilisé les compétences complémentaires du CREAI Rhône-Alpes, de l'Observatoire Régional de la Santé en Rhône-Alpes (ORS Rhône-Alpes), l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (l'IREPS Rhône-Alpes), d'une enseignante chercheuse de l'Université Paris Est Créteil et du département de la Haute-Savoie, qui est également terrain de recherche. Chacun des objectifs correspond à une phase de l'étude et est confiée à un des partenaires de l'étude.

La coordination de la conduite de l'étude a été effectuée par le CREAI Rhône-Alpes.

La première phase de l'étude a cherché à apporter des données épidémiologiques sur la santé des enfants confiés, à analyser la gravité et la répartition selon l'âge, le sexe et l'origine des enfants et de comparer ces données avec la population générale de référence. Elle s'est appuyée sur les données recueillies par le Dr Isabelle BOURGEAUX, médecin de PMI, attachée à la Direction de la prévention et du développement du département de la Haute-Savoie qui a mené de 2008 à 2010 une vaste enquête sur la santé des jeunes. Cette enquête vise à réaliser un état des lieux de la santé des enfants confiés à l'ASE afin de mettre en évidence leurs besoins de santé et de mettre en place un protocole de suivi médical départemental.

Ces données ont été analysées par le Dr Isabelle BOURGEAUX ainsi que par l'ORS Rhône-Alpes qui a complété en juin et juillet 2011 cette première analyse d'une comparaison avec la population générale de référence.

La seconde phase de l'étude cherche à mettre en résonance ces données objectives recueillies avec des données subjectives sur la perception par les jeunes de leur santé. Elle vise également à donner à voir les ressources internes et externes mobilisées par les mineurs en vue d'agir pour leur santé. Ces données ont été recueillies par entretien auprès de jeunes confiés au département de la Haute-Savoie et accueillis en établissement ou en famille d'accueil. Cette phase a été confiée à Pierrine ROBIN, enseignante-chercheuse.

La 3^{ème} phase de l'étude vise quant à elle à identifier les pratiques des professionnels pour construire des préconisations pour faciliter l'accès aux soins et le suivi sanitaire des enfants et des jeunes placés.

Enfin, dans une logique de mise en œuvre des constats et des analyses issus de la recherche, il s'est agi de construire, avec les professionnels et après l'éclairage du point de vue des jeunes, des préconisations pour faciliter l'accès aux soins des enfants et jeunes placés et rendre les jeunes acteurs de leur parcours de santé dans une approche d'éducation à la santé.

Ce rapport final de l'étude présente l'ensemble des résultats des trois phases, les résultats, le recueil des données et les analyses propres à chacune. Les modalités de mise en œuvre et d'avancement de l'étude a permis que les seconde et troisième phases puissent s'appuyer et compléter les résultats émis par les phases précédentes.

Ces approches successives et complémentaires permettent de croiser données objectives et données subjectives : données médicales et santé perçue par les jeunes, représentations des professionnels sur la santé des jeunes et sur leurs propres pratiques dans ce domaine.

C'est du croisement de ces perspectives que sont issues les propositions de recommandations.

Première partie

Évaluation de l'état de santé des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance

1. Introduction

En 2003 le conseil général de la Haute-Savoie crée la direction de la protection de l'enfance (DPE), un service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La constatation des problèmes rencontrés par les jeunes confiés à l'ASE sur le plan médico-social mais aussi les difficultés de prises en charge et de réalisation de certains bilans ont conduit à une première réflexion commune des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de l'ASE concernés par la prise en charge de ces jeunes fin 2004.

Un groupe de travail PMI/ASE a mené une réflexion en 2004-2005 sur le suivi médical des jeunes confiés à l'ASE en Haute Savoie.

Ce groupe de travail rassemblait des médecins de PMI ainsi que des personnels des territoires ASE (psychologue, responsable technique, référents placements). Ce groupe de travail a abouti à l'élaboration d'un dossier médical standardisé ainsi qu'à une proposition de protocole de suivi médical.

Lors de la présentation des résultats du groupe de travail précédent, les directeurs des deux services ont souligné la nécessité d'évaluer les besoins des jeunes confiés, mais aussi le temps médical nécessaire à la mise en place d'un suivi systématique des jeunes confiés à l'ASE. Dans cette optique, un poste de médecin est créé par le conseil général en 2007 (50% PMI et 50% pour la Maison Départementale des Personnes Handicapées / MDPH) afin de mener cette évaluation mais aussi de mener des missions en transversalité pour les jeunes confiés à l'ASE et relevant d'un dossier auprès de la MDPH.

Le projet consiste en une étude transversale dont l'objectif principal est d'évaluer les besoins de santé des jeunes confiés à l'ASE. Les objectifs secondaires sont de quantifier le temps médical et administratif nécessaire au suivi et d'instaurer un protocole départemental de suivi médical. Cette étude a été menée en deux temps : une première partie en 2008/2009 pour les jeunes placés en famille d'accueil, une deuxième partie en 2010/2011 concernait les jeunes placés en établissement. Ce choix d'une évaluation en deux temps a été fait par souci d'efficacité. En effet, aucun représentant des établissements de protection de l'enfance n'avait participé au groupe de travail initial. Un temps d'information auprès des directeurs semblait un préalable indispensable.

2. Matériel et méthodes

2.1 Population

Environ 2200 jeunes de 0 à 21 ans bénéficient d'une mesure d'Aide Sociale à l'Enfance en Haute Savoie.

Les mesures de placement à temps complet se stabilisent voire évoluent vers une baisse alors que les mesures à domicile deviennent majoritaires, en raison de la progression des mesures alternatives (accueil de jour et AEMO avec hébergement en particulier).

Le département se caractérise par une proportion de placement physique de 1/3 des jeunes en famille d'accueil et 2/3 en établissement. Cette répartition est à mettre en lien avec la pénurie de famille d'accueil, avec un chiffre stable autour de 200 familles depuis de nombreuses années.

Tableau I : Répartition des jeunes placés à l'ASE de Haute-Savoie par lieux de placements et par date de relevé.

Date	Famille d'accueil	Etablissement	Total
31-juil-09	241	551	792
31-juil-10	222	493	715
31-janv-11	235	523	758

Le département de Haute Savoie se divise en 5 territoires administratifs ou circonscriptions d'actions médico-sociales : Annecy Est, Annecy Ouest, Chablais, Genevois et Vallée de l'Arve.

L'étude concernait les jeunes de 0 à 18 ans confiés à l'ASE et placés physiquement, en placement principal en famille d'accueil ou en établissement.

Tableau II : Population de l'étude selon le type de placement

	jeunes placés en famille d'accueil	jeunes placés en établissement	Total
présents dans la base de donnée	160	239	399
refus de bilan des familles	2	14	16
jeunes non vus par :	26	34	60
contrainte d'organisation des médecins	8	0	8
placement hors département	5	0	5
sortie avant bilan	13	18	31
rendez vous manqué	0	16	16
jeunes vus en consultation	132	191	323
refus d'analyse statistique des familles	3	2	5
bilans exploitables	129	189	318

La 1^{ère} partie de l'étude (2008 / 2009) : jeunes placés en famille d'accueil

Après concertation avec le médecin épidémiologiste du Service des Actions de Santé, le Docteur André Peccoud, il a été décidé de mener l'étude sur toute la population de 3 circonscriptions, ce qui permettait d'avoir un échantillon suffisant de cette population tout en optimisant la faisabilité.

Les circonscriptions du Genevois et de la Vallée de l'Arve ont été sélectionné car correspondant à des territoires importants en nombre de mesures de placement. Le territoire d'Annecy Est s'est porté volontaire pour participer à l'étude et compléter l'échantillonnage.

Les jeunes étaient donc issus de ces 3 territoires mais placés sur l'ensemble du département. Compte tenu de la pénurie de familles d'accueil, il n'est pas toujours possible de trouver un lieu de placement en proximité de la famille naturelle du jeune.

La 2^{ème} partie (2010 / 2011) : jeunes placés en établissement.

Ces établissements ont été classés en 2 catégories :

- ceux dont la capacité est inférieure à 30 places (Amasya, le Bettex, la Maison Bleue, St Benoit, Retis, Reliance) : tous les jeunes accueillis devaient être vus en bilan.
- ceux dont la capacité est supérieure à 30 places (Cognacq Jay, la Maison des Enfants, la Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille, le Village du Fier) : 40% de l'effectif, sélectionné par tirage au sort, devait être vu en bilan.

Remarque :

On peut noter le nombre important de jeunes n'ayant pas pu être vus lors des bilans en établissement. Trois établissements sont principalement concernés avec des raisons différentes.

Pour l'un d'entre eux qui accueille des jeunes ayant des parcours difficiles en termes de santé notamment sur le plan handicap, 50% des familles ont refusé ce bilan. Les suivis médicaux multiples et bilans sont déjà nombreux et les familles et les jeunes n'ont pu être mobilisés sur ce bilan supplémentaire malgré une réelle motivation de l'équipe éducative.

Pour un autre, les 2/3 des jeunes non vus ne se sont pas présentés aux RDV : oubli du jeune, oubli de l'équipe éducative, refus de venir ...

Enfin le 3^{ème} enfin, il a été noté un « turn over » important des accueils puisque les ¾ des jeunes qui n'ont pu être vus avaient changés soit de lieu de placement soit de mesures ASE.

Au total **318 jeunes de 0 à 18 ans** ont donc été vus en bilan sur environ 800 jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, en placement physique, le placement principal se faisant en famille d'accueil ou en établissement.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Travail préparatoire

Un important travail de coordination a été nécessaire en amont de l'étude :

- réunions de préparation avec le service central de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- rencontre avec les cadres de l'ASE (chefs de service, responsables techniques, psychologues) pour une présentation de l'étude.
- rencontres avec les 3 équipes des territoires concernés par la 1^{ère} phase (Genevois, Vallée de l'Arve et Annecy). - rencontres avec les directeurs des établissements, chefs de service, infirmières voire parfois l'équipe éducative au complet lors de la 2^{ème} phase.

2.2.2 Le recueil des données

Ce recueil s'est effectué en plusieurs étapes :

- ✓ une information préalable des parents avec possibilité pour eux de s'opposer au bilan et/ou à l'analyse statistique des résultats à l'aide d'un courrier avec coupon réponse.
- ✓ une fiche pré bilan, remplie par le référent ASE ou par l'établissement d'accueil, permettant de recueillir, outre des renseignements administratifs, des informations sur le contexte du placement, les liens avec les parents, les problèmes déjà repérés et les prises en charge en cours, ainsi que la scolarité et/ou la formation professionnelle. Pour les jeunes en établissement, une partie concernant la vie quotidienne (repas, sommeil, comportement) a été rajoutée.
- ✓ l'établissement d'un dossier médical personnel pour chaque jeune vu en bilan.
- ✓ une fiche de synthèse, transmise après bilan, au chef de service de l'ASE et au directeur, chef de service et/ou infirmière de l'établissement d'accueil.
- ✓ un retour écrit succinct aux parents.

Deux services du Conseil Général se sont mobilisés pour effectuer ces bilans : le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le service des Actions de Santé (SAS), soit un total de 17 médecins sur la 1^{ère} phase (jeunes accueillis en famille d'accueil).

Cette phase a nécessité 52 demi-journées de bilans.

En ce qui concerne la 2^{ème} phase (jeunes accueillis en établissement), 2 médecins de PMI sont intervenus : l'un sur les bilans à la pouponnière départementale (enfants de moins de 3 ans) et l'autre sur tous les autres établissements.

48 demi-journées de bilans ont été nécessaires pour cette phase.

Le choix de limiter le nombre de médecins pour la 2^{ème} phase a été guidé par la vacance de plusieurs postes de médecins de PMI sur cette période et les difficultés d'harmonisation constatées lors du recueil des données dans la 1^{ère} phase donc dans l'interprétation des résultats.

Le travail administratif a nécessité une quarantaine de demi journées par phase (organisation pratique des bilans, fiches de synthèse, retour écrit aux familles). Ce travail a été réalisé majoritairement par les médecins effectuant les bilans. Il est intéressant de constater que ce temps administratif est quasiment équivalent au temps passé à la réalisation des bilans médicaux.

2.2.3 Informatisation des résultats

Le recueil a été suivi d'une phase d'informatisation des données avec l'outil « Epidata » en lien avec le médecin épidémiologiste, puis d'exploitation et d'analyse des données recueillies.

Le traitement informatique (saisie des dossiers, exploitation des résultats puis interprétation de ces résultats) a demandé plus de 15 demi-journées de travail. Cette partie a été effectuée par 2 médecins du SAS pour la 1^{ère} phase et par le médecin de PMI en charge des bilans pour la 2^{ème} phase.

Un accord CNIL a été demandé. Le traitement informatique était anonymisé.

2.2.4 Communication des résultats aux équipes ASE

Un retour des résultats de l'étude a été fait lors de quatre réunions à l'échelle du département, à destination des équipes ASE, des familles d'accueil, de la MDPH, de la santé scolaire, des établissements, des médecins de PMI et du Service des Actions de Santé ainsi que de l'ensemble des professionnels concernés par cette étude. Des présentations ont été faites aux élus du département lors de deux commissions spécialisées : la commission « Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, logement » (ASSPIL) et la commission « Enfance, Famille, Grand Age, Handicap » (EFGH).

De même en aval, une rencontre de retour des bilans a été effectuée dans la majorité des établissements.

2.2.5 Indicateurs standardisés

Dans le cadre de l'étude menée pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, l'Observatoire Régionale de la Santé Rhône-Alpes (ORS) a été sollicité afin de décrire les particularités sanitaires de la population des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, en les comparant, en fonction des données disponibles, à la population générale des enfants de même âge de la Haute-Savoie. Ainsi, en utilisant les données de l'enquête de la Haute-Savoie, un zoom a été effectué dans ce rapport sur les indicateurs pour lesquels une comparaison avec la population générale était possible. Selon la possibilité et la pertinence, la distinction entre enfants placés en famille d'accueil et enfants placés en établissement a été effectuée.

Méthode de la standardisation

1ère étape

L'enquête menée par la Haute-Savoie a été réalisée sur des échantillons d'enfants. Il convient donc dans un premier temps de redresser ces échantillons pour les rendre représentatifs de l'ensemble de la population des enfants placés en Haute Savoie.

Les données retenues de l'enquête ont été redressées sur l'âge, le sexe et le mode d'accueil en prenant comme référence *la population totale des enfants placés en Haute-Savoie au 30/06/2011*.

2ème étape

Dans un second temps, une comparaison systématique entre les résultats redressés des enfants placés et les jeunes de 0-18 ans de la Haute-Savoie (recensement de 2007) a été effectuée afin de mettre en avant les particularités des enfants placés.

Dans cette logique, la présentation d'indicateurs standardisés (comparaison à structure démographique égale, c'est-à-dire effaçant l'effet lié aux différences de structures d'âge et de sexe) a été privilégiée sur la présentation d'indicateurs bruts (données rapportées à l'effectif total de population).

Les différences observées entre les populations ne peuvent donc pas résulter d'une différence de structure d'âge ou de sexe des populations.

Population de référence: enfants et jeunes de 0-18 ans placés en Haute-Savoie au 30/06/2011

mode d'accueil	Effectif	répartition
Etablissement	415	0,67
Famille d'accueil	208	0,33
Total	623	1,00

Sexe	Effectif	Répartition
Femmes	288	0,46
Hommes	335	0,54
Total	623	1,00

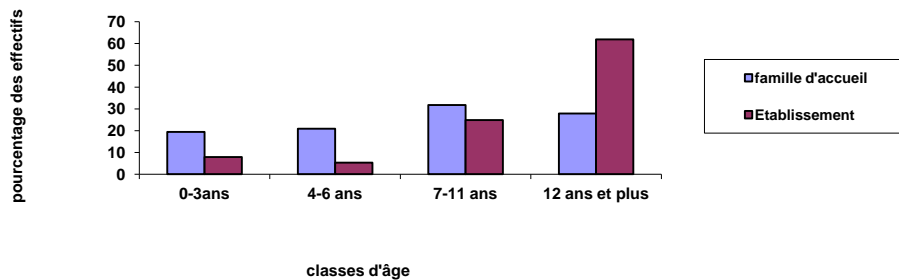
Âge	Effectif	Répartition
0	9	0,01
1	14	0,02
2	20	0,03
3	11	0,02
4	24	0,04
5	24	0,04
6	19	0,03
7	31	0,05
8	30	0,05
9	31	0,05
10	28	0,04
11	41	0,07
12	29	0,05
13	46	0,07
14	45	0,07
15	53	0,09
16	63	0,10
17	65	0,10
18	40	0,06
Total	623	1,00

3. Les résultats

3.1 Les données administratives

3.1.1 Age et sexe

Figure 1 : Répartition des effectifs par classe d'âge selon le mode de garde pour les 318 jeunes de l'étude



- âge moyen : 8 ans et demi en famille d'accueil

12 ans en établissement

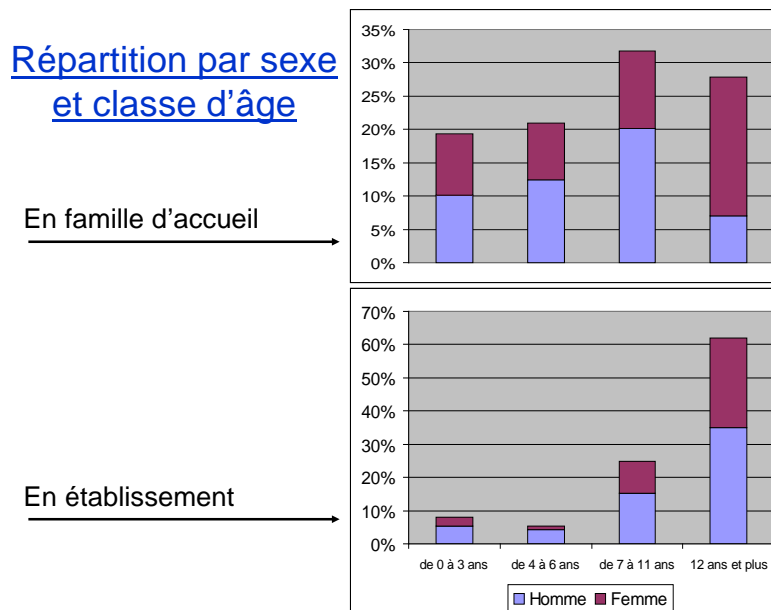
- répartition par sexe

Au total on retrouve une répartition des mesures de placement avec 60 % de garçons pour 40 % de filles.

Tableau III : Répartition des effectifs par sexe selon le mode de garde pour les 318 jeunes de l'étude.

sexe	Famille d'accueil	Etablissement
	(n=129) %	(n=189) %
filles	50,4	40,2
garçons	49,6	59,8

Figure 2 : Répartition des effectifs par sexe et classe d'âge selon le mode de garde pour les 318 jeunes de l'étude.



On remarque d'emblée un profil différent des jeunes accueillis :

- en famille d'accueil : âge moyen plus jeune, plus de filles notamment après 10 ans.
- en établissement : âge plus élevé et prépondérance des garçons toutes tranches d'âge confondues.

3.1.2 La fratrie

Le recueil des données s'est effectué à partir des entretiens, des fiches pré bilans, complétés par la consultation du dossier ASE sur Perceval (logiciel transversal du Conseil Général de la Haute Savoie).

- en famille d'accueil : 71 jeunes ont un ou plusieurs membres de leur fratrie placés soit 55%
- en établissement : 97 jeunes ont un ou plusieurs membres de leur fratrie placés soit 51%

On constate donc que plus d'une fois sur deux, la mesure de placement concerne plusieurs membres de la fratrie.

3.1.3 Les mesures ASE antérieures

Le recueil des informations s'est essentiellement fait par consultation du logiciel Perceval (application ASE).

Tableau IV : Répartition des 318 jeunes de l'étude par mesures ASE antérieures selon le mode de garde

Mesure ASE	Mode de garde			
	Famille d'accueil (n=129)	%	Etablissement (n=189)	%
Aide Educative à Domicile (AED)	3,9		14,8	
Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)	17,0		31,2	
Placement en établissement	45,0	dont 27% en maison maternelle	55,0	dont 7,5% en maison maternelle
Placement en famille d'accueil	22,5		20,6	
Autres mesures	7,0		12,7	
Dossiers non renseignés	4,7		5,3	

Les autres mesures comprennent le placement en hôpital, le placement en établissement médico-social (ITEP, IME ...), placement chez un tiers digne de confiance, Aide Educative en Milieu Ouvert avec Hébergement (AEMOH)

On remarque des différences dans les parcours des jeunes :

- en famille d'accueil : 1 sur 4 a bénéficié d'un accueil en Maison Maternelle (accueil mère-enfant et/ou pouponnière).
- en établissement : on peut noter la multiplicité des mesures et des lieux d'accueil témoignant d'une succession de ruptures.

3.2 Les antécédents médicaux

Cette partie correspond à la collecte des informations sur le carnet de santé du jeune, à partir des fiches pré bilans, de l'entretien avec le jeune, la famille d'accueil, l'infirmière de l'établissement voire l'éducateur en charge du suivi du jeune.

Le choix avait été fait de faire les bilans médicaux sans la présence des parents. Ceux ci avaient cependant la possibilité de contacter le médecin en charge du bilan soit avant soit après le bilan. Très peu de familles se sont mobilisées autour de cet examen médical. Le recueil est donc forcément incomplet.

3.2.1 Les antécédents familiaux

Tableau V : Répartition des antécédents familiaux selon le mode de garde chez les 318 jeunes de l'étude.

	Famille d'accueil %	Etablissement%	
Existence d'antécédents médicaux chez le Père	Oui	7.8	18.5
	Non	7.7	13.7
	Inconnu	84.5	67.7
Existence d'antécédents médicaux chez la Mère	Oui	32.5	26.5
	Non	7.0	12.7
	Inconnu	60.5	60.8
Existence d'antécédents médicaux au niveau de la Fratrie	Oui	10.8	18.5
	Non	17.9	11.6
	Inconnu	71.3	68.2

Il est important de noter la perte d'information sur les antécédents familiaux ce qui est préjudiciable au suivi des jeunes. Certaines pathologies familiales doivent être connues pour effectuer un suivi ciblé.

Par exemple pour un jeune , la connaissance d'antécédents de maladie génétique familiale avec complications cardiaques précoces couplée à la constatation d'une souffle cardiaque a permis de conseiller un bilan avec échographie cardiaque qui n'aurait pas forcément été demandé chez ce jeune garçon sans signe d'intolérance cardiaque (bilan normal mais avec nécessité de faire un suivi).

Pour un autre la mention dans le carnet de santé d'une maladie de la rétine chez une sœur a entraîné un bilan ophtalmologique avec fond d'œil systématique.

3.2.2 Les antécédents personnels

■ Anténataux

Tableau VI : Problèmes médicaux pendant la grossesse selon le mode de garde chez les 318 jeunes de l'étude

	Famille accueil (n=129) %	Etablissement (n=189) %
Oui	15,4	9,5
Non	25,6	5,8
Inconnus	59,0	84,7

Là encore il existe une perte d'information extrêmement importante. Les carnets de santé sont peu remplis, incomplets parfois perdus.

La mère n'a pas été rencontrée dans le cadre de cette étude, ce qui nous a privés d'une part des informations sur le déroulement de la grossesse.

Or il s'agit d'un élément important du parcours de santé de toute personne.

Certaines pathologies présentes pendant la grossesse peuvent nécessiter des suivis ciblés (alcoolisme maternel, prise de toxiques, de médicaments, hypertension artérielle, diabète gestationnel ...)

De même, il est important de savoir si la grossesse a été bien suivie, les examens obligatoires effectués ainsi que l'entretien médico-psycho-social du 4^{ème} mois.

Ces éléments sont des indicateurs médico-sociaux majeurs. Ils peuvent témoigner de difficultés préexistantes sur le plan psycho médico social, de difficultés d'investissement au niveau de l'enfant à venir.

■ Néonataux

Ces données reposent essentiellement sur la consultation du carnet de santé.

Or le taux de carnet non vus est important :

- 20% en famille d'accueil
- 16,5% en établissement

A cela plusieurs raisons :

- carnet perdu ou détruit,
- jeunes nés à l'étranger, adoptés,
- carnet non présenté à la visite médicale : carnet gardé par les parents, oubli des établissements ou de l'assistant familial.

Les constantes de naissance (âge gestationnel, poids, taille, périmètre crânien).

Tableaux VII: Données des grossesses maternelles selon le mode de garde chez 303 jeunes de l'étude

	Famille d'Accueil n= 127	Etablissement n=176	France
Age gestationnel en Semaines Aménorrhées	37,9	38,9	40,0
Taux de prématurité % (Age estationnel <37SA)	17,8	9,0	7,0
Périmètre crânien en cm (min-max)	32,5 (22,0-36,0)	33,8 (29,0-39,0)	35,0

On note un taux élevé de prématurité en famille d'accueil, or la prématurité peut être à l'origine de difficultés de développement, justifiant une surveillance médicale ciblée notamment en cas de grande prématurité (AG < à 32SA). Par ailleurs dans les facteurs favorisant la prématurité on retrouve les mauvaises conditions psycho socio familiales, qui peuvent être associée à un risque de danger ou de maltraitance. La prématurité peut être à l'origine de difficultés dans la mise en place du lien mère enfant, notamment en cas de séparation précoce après la naissance

Tableau VIII : Données moyennes de l'examen de naissance selon le mode de garde chez 303 jeunes de l'étude

	Famille d'Accueil (min-max)	Etablissement (min-max)	France
Poids de naissance (grammes)	2750,0 (650,0-4160,0)	3020,0 (1380,0-4650,0)	3200,0
Taille de naissance (cm)	47,5 (33,0-53,0)	48,5 (39,0-54,0)	50,0
Périmètre crânien (cm)	32,5 (22,0-36,0)	33,8 (29,0-39,0)	35,0

Peu de données informatives, les écarts importants en famille d'accueil sont liés au taux plus élevé de prématuré et notamment de grands prématurés (AG < 32 SA)

Prématurité et poids moyen à la naissance

Les données soulignent la forte corrélation existante entre enfants nés prématurément et enfants placés.

Le taux d'enfants prématurés est deux fois plus important chez les enfants placés comparés aux enfants de Haute-Savoie.

Une différence importante mais non significative (effectif trop faible) apparaît entre enfants placés en établissement et enfants placés en famille d'accueil.

Du fait du nombre plus important des enfants prématurés chez les enfants placés, leur poids moyen est plus petit que celui de la population de Haute Savoie (2900g versus 3219g).

Taux bruts

terme	% établissement	% famille d'accueil	% Total
moins de 37 SA	9%	20%*	13,6%
plus de 37 SA	91%	80%	86,4%

Comparaison données anténatales

	Enfants placés enquêtés N =318	Population Haute-Savoie
<i>Antécédents néonataux</i>		
Prématurés (< 37 SA)	13,6%	6,10%*
Poids moyen	2900g	3219g*

* source : PMSI (moyenne 2008-2009), exploitation ORS

Tableau IX : Retard de Croissance Intra Utérins et hypotrophie selon le mode de garde chez 303 jeunes de l'étude

	% Famille accueil (n= 127)	% Etablissement (n= 176)
RCIU	7,8	14,1
Hypotrophie	25,0	15,4

- hypotrophie et RCIU (Retard de Croissance Intra Utérin)

- ✓ définition de l'hypotrophie : le poids de naissance est inférieur au 10^{ème} percentile des courbes de référence par rapport à l'âge gestationnel. L'hypotrophie est qualifiée de sévère si le poids est inférieur au 3^{ème} percentile.
- ✓ définition du RCIU : le poids et la taille sont inférieurs au 10^{ème} percentile des courbes de référence par rapport à l'âge gestationnel. Le RCIU est partiel si poids ou poids et taille inférieurs au 10^{ème} percentile, il est total si en plus le périmètre crânien est touché.
- ✓ courbes utilisées : études médicales de pédiatrie/université de Rennes.
- ✓ hypotrophie : moyenne en France : 3 à 5 % des naissances.
- ✓ Conséquences : l'hypotrophie et le RCIU peuvent être à l'origine de séquelles du développement et justifient donc un suivi attentif et ciblé.
- ✓ par exemple pour le RCIU le risque de séquelles est de :
 - ❖ 26 % sur le plan psychomoteur
 - ❖ 18 % sur le plan visuel
 - ❖ 37 % sur le langage

Tableau X : Répartition des circonstances de naissance pendant la grossesse selon le mode de garde chez 303 jeunes de l'étude (total différent de 100% avec les non renseignés).

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n= 176)
Normales	61,2	51,3
Pathologiques	17,1	18,5
Transfert en service de néonatalogie	14,0	12,6
Inconnues	7,8	17,4

Les circonstances de naissance sont cotées comme :

- normales : si accouchement par voie basse sans complications ni manœuvre d'aide à l'expulsion.
- pathologiques : en cas de césarienne, ventouse, forceps ou toute autre anomalie y compris les accouchements à domicile.

Il est intéressant de constater le taux important de transfert vers un service de néonatalogie. Ces transferts sont en lien soit avec une prématurité soit avec une « complication » de la naissance.

Ils peuvent être à l'origine d'une difficulté dans la mise en place du lien mère/enfant d'autant que notre département ne disposant pas d'un service de néonatalogie de haut niveau, les problématiques lourdes sont transférées à Chambéry, Lyon, Grenoble et parfois Genève.

Tableau XI: Répartition de l'examen de sortie de maternité ou de pédiatrie selon le mode de garde chez 303 jeunes de l'étude (total différent de 100% avec les non renseignés)

	Famille accueil (n=127) %	Etablissement (n=176) %
Normal	74,4	67,7
Pathologique	14,0	13,7
Non renseigné	11,6	18,5

Il est important de relever le taux important de dossiers non renseignés, or un examen de sortie de maternité perturbé doit amener à une grande vigilance dans le suivi et le dépistage éventuel de complications dans le développement.

■ Postnataux

Ces antécédents sont collectés à partir des carnets de santé, des fiches pré bilans, de l'entretien et colligent tous les incidents survenus entre le 1^{er} mois de vie et la date du bilan.

Tableau XII: Répartition des problèmes post-nataux selon le mode de garde chez 303 jeunes de l'étude

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Problème médical	43,4	79,9
Problème chirurgical	22,5	35,4
Hospitalisation	42,6	59,3

Dans le détail des pathologies médicales pour les 3 principales :

- ✓ famille d'accueil :
 - ❖ infections ORL et broncho pulmonaires : 13,2 %
 - ❖ allergies, asthme, eczéma : 7 %
 - ❖ retard de développement : 3,9 %

- ✓ établissement :
 - ❖ infections ORL et broncho pulmonaires : 53 %
 - ❖ allergies, asthme, eczéma : 21,2 %
 - ❖ traumatologie : 19 %

Dans le détail de pathologies chirurgicales pour les 3 principales :

- ✓ famille d'accueil :
 - ❖ chirurgie ORL (végétations, amygdales, drains) : 9,3 %
 - ❖ traumatologie (fractures, hématome cérébral..): 5,4 %

- ✓ établissement :
 - ❖ chirurgie ORL : 15,4 %
 - ❖ traumatologie : 4,8 %

Dans le détail des motifs d'hospitalisation pour les 3 principales :

- ✓ famille d'accueil :
 - ❖ pathologies ORL et broncho pulmonaires : 11,6 %
 - ❖ gastro-entérites : 6,2 %
 - ❖ traumatologie : 9,3 %

- ✓ établissement :
 - ❖ pathologies ORL et broncho pulmonaires : 24,3 %
 - ❖ psychopathologies : 8,5 %
 - ❖ traumatologie : 8,5 %
 - ❖ gastro-entérite : 8 %

Globalement on retrouve les motifs classiques d'hospitalisation dans les familles en difficultés. Les services d'urgence hospitalisent plus facilement les enfants de ces familles pour des motifs banaux (rhino, bronchites, gastroentérites...) car les soins les plus simples ne sont pas toujours effectués correctement et régulièrement.

La place de la traumatologie est importante dans les 2 populations et recouvre les accidents de la vie courante (chute, brûlures, plaie ...) dont on sait que la fréquence est majorée dans les populations en difficulté par défaut de surveillance et conduites à risque des jeunes.

On retiendra la proportion d'hospitalisation pour problèmes de psychopathologies (tentatives de suicide, dépression, troubles du comportement..) des jeunes accueillis en établissement. Ces hospitalisations ont lieu soit en service de pédiatrie soit en unité de psychiatrie infantile (une seule unité de 17 places sur notre département et uniquement pour les adolescents de 12 à 18 ans, au moment de la réalisation de cette étude).

■ Les prises en charge en cours

Elles correspondent aux différents problèmes repérés et pris en charge au moment du bilan médical.

Tableau XIII: Répartition des 318 jeunes de l'étude ayant des prises en charge selon le mode de garde

	% Famille accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
Pas de prise en charge	44,0	40,3
Prise en charge unique	18,7	30,9
Prise ne charge multiple	37,3	28,8

Il existe une différence quantitative mais aussi qualitative de ces prises en charge.

En famille d'accueil, beaucoup de prise en charge multiples correspondent à des rééducations de l'enfant jeune (orthophonie, psychomotricité notamment) en lien avec des retards globaux de développement. En établissement, les prises en charge multiples correspondent majoritairement à des soins pluridisciplinaires en hôpital de jour psychiatrique.

Tableau XIV : Répartition des 318 jeunes de l'étude par type de prise en charge selon le mode de garde

	Famille d'accueil (n=129) %	Etablissement (n=189) %
Psychologue	35,7 (en CMP en majorité)	31,2 (au sein de l'établissement en majorité)
Pédopsychiatre	12,4	16,4
Orthophonie	20,2	12,2
Psychomotricité	17,8	4,2

Sans surprise les prises en charge de type psychologique concernent 1/3 des jeunes quel que soit leur lieu de placement.

Qualitativement, les prises en charge en orthophonie sont plutôt sur le versant langage oral en famille d'accueil (enfants plus jeunes) et sur le versant scolaire/langage écrit en établissement.

Recours à un orthophoniste

Le recours à l'orthophoniste chez les enfants placés est près de 5 fois plus important que chez les enfants de Haute-Savoie.

On souligne également un taux de recours plus important chez les enfants placés en établissement par rapport aux enfants placés en famille d'accueil soulignant d'une part les troubles plus importants dont sont porteurs les enfants en établissement et/ou un meilleur accès, une meilleure prise en charge de ces enfants.

Taux redressés

	Taux bruts établissements N=189	Taux bruts Famille accueil N=129	Taux bruts enfants placés N=318
<i>Prise en charge</i>			
Suivi des enfants par un orthophoniste	17,3%	12,7%	15,4%

Taux comparatifs

	Enfants placés	Population Haute Savoie
Taux comparatif enfants ayant vu au moins une fois dans l'année un orthophoniste	15,0%*	3,3%**

* Taux comparatif calculé à partir de la population de référence de Haute-Savoie

** Source : ARS 2010, exploitation ORS (lecture : 3,3% des bénéficiaires de l'assurance maladie de moins de 20 ans ont consulté au moins une fois un orthophoniste)

Suivi psychiatrique

Les enfants placés bénéficient d'un suivi psychiatrique régulier. C'est pourquoi les taux comparatifs de prise en charge psychiatrique révèlent un taux très élevé chez les enfants placés par rapport à l'ensemble des enfants de la population de Haute-Savoie (mais cette information générale ne concerne que les établissements. Les données des enfants suivis en libéral seront intégrées dans la version finale). Par ailleurs, les enfants placés en établissement ont une prise en charge plus importante que les enfants placés en famille d'accueil.

Taux redressés

	Taux bruts établissements N=189	Taux bruts Famille accueil N = 129	Taux bruts enfants placés
<i>Prise en charge</i>			
Suivi psychiatrique	37,0%	27,2%	33,0%

Taux comparatifs

	Enfants placés	Population Haute-Savoie
Taux comparatif prise en charge psychiatrique	32%*	2,6%**

* Taux comparatif calculé à partir de la population de référence de Haute-Savoie

** Source : RIM-P 2008/ Insee RP2007. exploitation ORS - Données concernant le suivi en établissement et CMP

Données issues du RIMp concernant les prises en charge ambulatoires en établissement

Les prises en charge ambulatoires : ce recueil concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie en ambulatoire hormis les établissements sous OQN.

Il recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires, qu'il s'agisse de l'accueil et des soins au CMP ou des activités de consultation réalisée dans un autre lieu. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social.

Les médicaments à visée neuropsychiatrique

Lors des bilans en établissement est très rapidement apparue la problématique des médicaments à visée neuropsychiatrique dont un certain nombre de jeunes bénéficiaient.

Les dossiers des jeunes en famille d'accueil ont alors été repris afin de pouvoir faire une comparaison plus objective.

- en famille d'accueil : 6 jeunes soit 4,6 %

Traitement neuropsychiatrique

Ces données sont présentées à titre informatif car les taux comparatifs n'ont pu être réalisés (pas de distribution par âge de la prise des traitements).

Ces données nous renseignent d'une part sur la prépondérance des traitements antidépresseurs et neuroleptiques des enfants placés par rapport aux enfants de la population de Haute-Savoie. Ainsi, 0,2% des enfants de Haute-Savoie suivent un traitement « sous antidépresseurs » alors qu'ils sont plus de 1,5% chez les enfants placés. De même, 0,3% des enfants de Haute-Savoie prennent des neuroleptiques contre 7,2% chez les enfants placés. Ce pourcentage très élevé peut s'expliquer par les états d'agitation aiguë, les comportements agressifs et les troubles des conduites très fréquents chez ces enfants placés.

D'autre part, ces données soulignent la différence existante entre enfants en établissement et enfants en famille d'accueil. Si 1% des enfants placés en établissement ont un traitement antidépresseur, ils sont proportionnellement le double chez les enfants en famille d'accueil. Nous soulignons également que 11% d'enfants placés en établissement consomment des neuroleptiques, contre 2% en famille d'accueil.

Enfants sous traitement neuropsychiatrique

	Taux bruts établissements N = 189	Taux bruts Famille accueil N = 129	Taux bruts enfants placés	Population Haute Savoie*
<i>Enfants sous traitement à visée neuropsychiatrique</i>				
Antidépresseurs	1,1%	2,3%	1,6%	0,2%
neuroleptiques	11,1%	2,3%	7,2%	0,3%

* Source : ARS 2010, exploitation ORS

- en établissement : 23 jeunes soit 13,7 %

Le détail des prescriptions est encore plus parlant :

- en famille d'accueil : monothérapie de règle et peu de neuroleptiques, utilisés à « dose classique »
- en établissement : poly thérapie le plus souvent, avec 21 jeunes sur 23 sous neuroleptiques, à des doses élevées nécessitant des médicaments pour atténuer les effets secondaires de ce traitement. Ces jeunes présentent un profil de prise en charge lourde en milieu psychiatrique (hôpital de jour, hospitalisation à temps complet séquentielle ou régulière, absence de solarisation...)

*Les données des **traitements psychotropes** sont issues des bases de remboursements de l'Assurance Maladie. Elles concernent les bénéficiaires du Régime général domiciliés en Rhône-Alpes. Les catégories de traitements présentées ici sont:- ensemble des psychotropes : médicaments appartenant aux classes N05A1 à N05A9, N05B1 à N05B8, N05C, N06A1 à N06A5, N06A9, N06B, N06C, N06D, N07E ou N07F selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie ;- neuroleptiques (sous-catégorie de psychotropes destinés en premier lieu au traitement des psychoses) : médicaments appartenant à la classe N05A selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie ;- antidépresseurs (sous-catégorie des psychotropes) : médicaments appartenant aux classes N06A1 à N06A5 ou N06A9 selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie. Ne sont comptabilisés ici que les patients qui ont eu un remboursement pour au moins 3 délivrances de médicaments dans l'année.*

L'étude a porté sur :

Les vaccinations :

- 127 carnets de vaccination pour les jeunes placés en famille d'accueil (sur un total de 129 jeunes vus en bilan).
- 176 carnets de vaccination pour les jeunes placés en établissement (sur un total de 189 jeunes vus en bilan).

Tableau XV: Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés par le BCG selon le mode de garde n=303

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Fait	86,0	84,1
Non fait	13,2	9,0
Non renseigné	0,8	6,9

Remarque : arrêt de l'obligation généralisée de vaccination juillet 2007

Tableau XVI: Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés pour Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite selon le mode de garde n=303

	%Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Complet	89,1	75,7
Incomplet	9,3	16,9
Non fait	0,0	0,5
Non renseigné	1,6	6,9

Tableau XVII: Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés pour la coqueluche selon le mode de garde n=303

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Complet	85,3	61,4
Incomplet	8,5	29,6
Non fait	13,2	2,1
Non renseigné	1,6	6,9

Remarque : rappel conseillé à 11 / 13 ans depuis 1998 avec rattrapage à 16 ans si non fait auparavant.

Tableau XVIII : Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés pour l'Hémophilus selon le mode de garde n=303

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Complet	76,7	75,7
Incomplet	8,5	14,8
Non fait	13,2	2,6
Non renseigné	1,6	6,9

Remarque : vaccination recommandée de l'enfant avant 2 ans depuis 1993

Tableau XIX : Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés pour Rougeole / Oreillons / Rubéole selon le mode de garde n=303 (total différent de 100% avec les non renseignés)

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Complet	81,4	84,1
Incomplet	13,2	5,3
Non fait	4,7	3,7
Non renseigné	0,8	6,9

Remarque : 2^{ème} injection introduite au calendrier vaccinal en 1996 et recommandée alors entre 11 et 13 ans, depuis 1998 l'âge de cette 2^{ème} dose a été abaissé et fixé entre 3 et 6 ans, puis avant 2 ans en 2005.

Tableau XX: Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés pour le pneumocoque selon le mode de garde n=303 (total différent de 100% avec les non renseignés)

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Complet	24,8	7,4
Incomplet	7,0	1,6
Non fait	66,7	84,1
Non renseigné	1,6	6,9

Remarque : vaccination recommandée de l'ensemble des enfants de moins de 2 ans et des enfants de 2 à 5 ans à risque élevé de faire une infection invasive qui n'auraient pas été vaccinés, recommandée et remboursée depuis Décembre 2002.

Tableau XXI: Pourcentage de jeunes de l'étude vaccinés pour l'hépatite B selon le mode de garde n=303 (total différent de 100% avec les non renseignés).

	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)
Complet	44,2	32,8
Incomplet	4,7	11,6
Non fait	49,6	48,7
Non renseigné	1,6	6,9

Remarque : vaccination recommandée pour tous les enfants de moins de 13 ans en privilégiant la vaccination des nourrissons depuis mars 2002.

Tableau XXII : Nombre de jeunes filles de l'étude vaccinés sur Papillomavirus Humain (HPV) selon le mode de garde

	Famille accueil		Etablissement	
	Nombre	%	Nombre	%
Complet	5	35,7	7	20,0
Incomplet	1	7,1	6	17,1
Non fait	8	57,1	18	51,4
Total (population des filles <14 ans)	14	100,0	35	100,0

Remarque : vaccination recommandée depuis mars 2007 à l'âge de 14 ans (avec un rattrapage possible entre 15 et 23 ans).

Vaccinations complètes :

Les vaccinations sont considérées comme complètes si elles respectent les recommandations du calendrier annuel vaccinal publié selon l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.

Tableau XXIII: Pourcentages de jeunes de l'étude dont les vaccinations sont complètes selon le mode de garde comparés aux collégiens de Haute-Savoie et de France entière

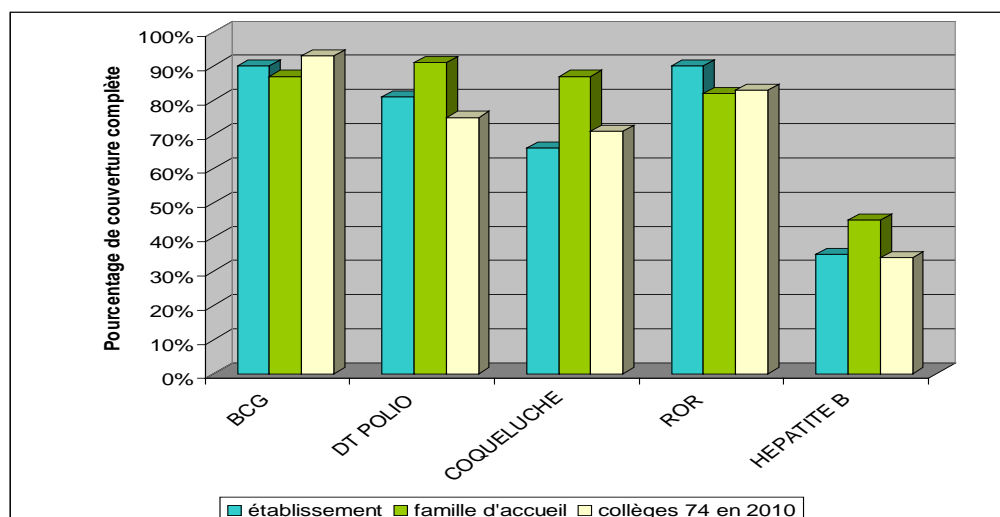
Vaccins	% Famille accueil (n=127)	% Etablissement (n=176)	% Collèges Haute -Savoie 2010	% Statistiques nationales (13 / 15 ans) 2009
BCG	86,0	84,1	93,0	>95
DTP	89,1	75,7	75,0	85,3
Coqueluche	85,3	61,4	71,0	73,0
Hémophilus	76,7	75,7	NR	NR
ROR	81,4	84,1	83,0	86,0
Pneumocoque	24,8	7,4	NR	NR
Hépatite B	44,2	32,8	34,0	44,0
HPV (filles > 14 ans)	35,7	20,0	NR	23,0 à 33,0

Sources :

- *Vaccinations dans les collèges de Haute Savoie : Statistiques d'activité du Service des Actions de Santé de Haute Savoie en 2010.*
- *Vaccinologie : couverture vaccinale chez les adolescents en 2009 (Médecine et Enfance ; octobre 2009).*
- *Gardasil : avis du Haut Conseil de la Santé Publique (17 décembre 2010).*

Figure 3 : couverture vaccinale pour les 303 jeunes de l'étude et les collégiens de Haute-Savoie

Couverture vaccinale



L'analyse de la couverture vaccinale est difficile car il faudrait pouvoir analyser par tranches d'âge de façon plus fine.

En effet, toutes les vaccinations ne concernent pas la même tranche d'âge (Pneumocoque et Hémophilus chez le petit enfant avant 2 ans, Papillomavirus Humain chez la fille de plus de 14 ans...), les recommandations vaccinales ont évoluées (arrêt de la vaccination généralisée du BCG, rappel de coqueluche à 11/13 ans, 2^{ème} injection de ROR ...).

La couverture vaccinale des jeunes confiés à l'ASE se rapproche de la couverture nationale et est parfois meilleure que la couverture des collégiens de notre département.

Cependant cette couverture reste bien en deçà de ce qui serait souhaitable. Un taux supérieur à 95 % permettrait de supprimer les bouffées épidémiques comme celle de la rougeole que connaissent actuellement notre pays et plus particulièrement notre département.

Cet objectif d'un taux de couverture de 95 % doit être poursuivi. (Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique : principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique, décembre 2009).

3.3 Le bilan médical

3.3.1 Le développement staturo-pondéral

Les outils utilisés pour analyser ces données sont :

- les courbes staturo-pondérales de Michel Sempé : poids, taille et périmètre crânien.
- les courbes de corpulence et roulettes IMC (Indice de Masse Corporelle) du programme national nutrition santé (PNNS) de 2006.

Tableau XXIV: Répartition des 318 jeunes de l'étude avec anomalies staturo-pondérales selon le mode de garde

		Famille accueil (n=129) %	Etablissement (n=189) %
Poids	Normal	77,5	56,6
	< - 2 DS	19,4	14,3
	> + 2 DS	3,1	29,1
Taille	Normale	89,9	87,3
	< - 2 DS	7,0	6,9
	> + 2 DS	3,1	5,8
IMC	Normale	82,2	78,3
	Insuffisance pondérale	14,8	10,6
	Surpoids	2,3	11,1

IMC : Indice de Masse Corporelle (poids / Taille²)

Dans l'indicateur « surpoids », on intègre les enfants en surpoids et en obésité de type 1 et 2.

- En famille d'accueil : 4 jeunes ont un poids > 2DS (3,1%) dont 3 sont en obésité type 1 (2,3%).
- En établissement: 49 jeunes ont un poids >2DS (25,9%), 14 sont en obésité de type 1 (7,4%) et 7 en obésité de type 2 (3,7%)

Il est important de noter :

- le nombre important d'insuffisance pondérale.
- le nombre important de surpoids en établissement.

Cependant ces valeurs doivent être interprétées en fonction de la morphologie des parents biologiques. Cette donnée est inconnue pour la grande majorité des jeunes rencontrés, d'où une réelle difficulté d'interprétation.

En ce qui concerne l'insuffisance pondérale, il est retrouvé un lien avec une hypotrophie ou un RCIU à la naissance dans une grande majorité des cas dans notre population étudiée.

Ainsi, 60% des jeunes ayant une insuffisance pondérale en famille d'accueil et 50% des jeunes ayant une insuffisance pondérale en établissement présentaient déjà un retard important de poids à la naissance.

Ces jeunes n'ont pas récupéré un canal de croissance staturo pondéral normal, ce qui rejoint les études sur le devenir à long terme des nouveaux nés hypotrophiques et/ ou présentant un RCIU. Il serait important d'avoir des informations sur la ou les causes de ce retard de croissance.

Actuellement les retards de taille les plus importants (> - 3 DS) d'origine néonatale peuvent éventuellement être pris en charge dans le cadre d'un protocole de traitement par hormone de croissance. Cela nécessite de les avoir identifiés, suivis afin de pouvoir leur proposer cette prise en charge à l'âge optimal.

En termes de surpoids, il semble important de différencier les jeunes sous neuroleptiques des autres. En effet 2/3 des jeunes traités par neuroleptiques sont en surpoids avec parfois des obésités morbides et des prises de poids rapides et importantes (+10kg en 6 mois). Même si la prise de poids est attendue comme un effet secondaire quasi obligatoire du traitement, il semble que sa prise en compte par l'entourage des jeunes soit faible alors qu'elle est une source de mal être et de mauvaise observance du traitement. Aucun de ces jeunes ne bénéficiait d'une aide nutritionnelle adaptée et régulière.

Problème de poids

Taux bruts : Prévalence du surpoids et de la maigreur

	Enfants placés en famille d'accueil N = 129	Enfants placés en établissements N = 189
<i>Bilan médical</i>		
Prévalence du surpoids	2,3%	11,1%
Prévalence de la maigreur	14,8%	10,6%

	Population Haute-Savoie
<i>Bilan médical</i>	
Prévalence du surpoids à 5-6 ans	9,7% [7,5% - 12,0%]*
Prévalence du surpoids 12 ans	15,7%**
Prévalence de la maigreur	7,5% [5,1% - 9,8%]*

* Données issues de l'étude « L'Obésité chez les enfants de Haute-Savoie dans leur 6^e année » ORS, septembre 2008

** données issues de l'étude « Surpoids et obésité chez les élèves de sixième scolarisés dans les collèges publics du département de Haute-Savoie, septembre 2003 » - INVS, BEH n°6/2005 – 8 février 2005

Les informations recensées à travers l'enquête ne permettent ni de mener une analyse fine par tranche d'âge des problèmes de poids, ni de calculer des taux comparatifs.

Ces données permettent une mise en perspective des problèmes de poids chez les enfants placés et ne montrent en aucune façon de liens significatifs entre les données.

L'enquête a recensé 2,3% d'enfants en surpoids chez les enfants placés en famille d'accueil et 11,1% chez les enfants placés en établissement.

Pour information, à 5-6 ans, le surpoids des enfants en Haute-Savoie s'élève à 9,7% d'après une étude menée par l'ORS Rhône-Alpes. Ce pourcentage est confirmé par la Drees qui recense 9,6% d'enfants en surpoids en grande section de maternelle. Ce pourcentage est inférieur à celui enregistré pour la France entière : 12,1%.

Il semblerait que les enfants placés ne souffrent pas trop de surpoids. Par contre la prévalence de la maigreur semble plus élevée chez les enfants placés aussi bien en établissement qu'en famille d'accueil (> 10%) que pour les enfants de la population générale de Haute-Savoie.

3.3.2 Les pathologies dépistées

Peu de pathologies dépistées mais avec 2 points importants :

- en famille d'accueil la fréquence des caries dépistées.
- en établissement la fréquence des troubles des règles non pris en compte chez les jeunes filles.

Tableau XXV: Répartition des 318 jeunes de l'étude par types de pathologies dépistées selon le mode de garde

	% Famille accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
Appareil cutané	3,1	5,8
Appareil cardio-vasculaire	0,0	2,1
Appareil respiratoire	1,6	0,0
Appareil génito-urinaire	2,3	1,1
Appareil ostéo-articulaire	4,7	2,1
Appareil digestif	0,0	2,1
Cavité buccale	8,5	2,1

3.3.3 Les examens sensoriels

Tableau XXVI: Répartition des 318 jeunes de l'étude par types d'anomalies d'examen sensoriel dépistées selon le mode de garde.

	% Famille accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
Vision	6,2	28,4
Audition	1,6	18,4
Langage	5,0	10,7

La fréquence de anomalies visuelles dépistées en établissement interroge avec parfois des baisses importantes de l'acuité visuelle.

A noter la nécessité de dépister les anomalies de la vision des couleurs qui peuvent interférer dans une orientation professionnelle.

La fréquence des troubles de l'audition dépistée chez les jeunes de cette étude semble importante si l'on se réfère à une étude de 1993 / 1999 en Rhône Alpes ou 10 % des adolescents présentaient un déficit auditif (« Evaluation de l'audition des jeunes français Evaluation de l'audition des élèves des lycées de la Région Rhône Alpes », Institut Universitaire de la médecine du travail de Lyon/ université Claude Bernard Lyon I / CR Rhône Alpes/Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Les anomalies du langage concernent :

- le langage oral majoritairement en famille d'accueil.
- le langage écrit et les troubles d'apprentissage scolaire en établissement.

3.3.4 La vie quotidienne

Dans cet item sont regroupées les anomalies concernant :

- l'alimentation : « anorexie » ou tri excessif, boulimie / remplissage, problème de rythme de repas
- le sommeil : problème d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars interférant avec la qualité du sommeil, problème de rythme (coucher tardif ou décalé, nuit blanche...)
- le comportement au sens très large du terme : tous les troubles posant un problème de prise en charge pluri hebdomadaire à la personne en « référence éducative » ont été répertoriés.

Tableau XXVII: Répartition des 318 jeunes de l'étude par types d'anomalies de la vie quotidienne dépistées selon le mode de garde.

	Famille Accueil (n=129) %	Etablissement (n=189) %
Alimentation	15,5	26,5
Sommeil	13,2	40,2
Comportement	43,4	54,5

Certains jeunes présentaient des troubles dans les trois champs, alors que pour d'autres le trouble se cristallisait sur un item.

La collecte des troubles du comportement ressemble à une longue litanie de termes variés, imagés mais ne correspondant pas forcément à une classification « médicale ». Il a semblé plus pertinent de tenter de les regrouper par grandes « catégories ».

Tableau XXVIII: Répartition des 318 jeunes de l'étude par trouble du comportement dépisté selon le mode de garde.

	% Famille accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
• Violence, agressivité	6,2	11,6
• Agitation	3,1	2,6
• Angoisse, anxiété, somatisation	1,5	5,3
• Colères, impulsivité, Intolérance à la frustration, difficultés avec le cadre éducatif	10,9	14,3
• Enurésie	8,0	5,8
• Encoprésie	1,6	1,0

3.3.5 Avis demandés à l'issue du bilan

Si les pathologies dépistées sont peu nombreuses, les avis demandés à l'issue de l'examen sont plus fréquents, concernant la relance de suivis interrompus, parfois la prise en compte de pathologies connues mais non prises en compte (acné, malpositions dentaires, asthme, eczéma...)

- Avis médicaux

Tableau XXIX: Répartition des 318 jeunes de l'étude par avis médical demandé à l'issue du bilan selon le mode de garde.

	% Famille accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
Ophthalmologue	10,8	20,1
ORL	6,9	3,2
Dermatologue	4,6	4,8
Pédiatre	3,9	4,8
Orthopédiste	3,1	3,2
Urologue	0,8	0,0
Pneumologue	0,8	1,6
Gynécologue (fille > 12 ans)	3,7	19,6
Pédopsychiatre	0,8	0,0

A noter que les avis gynécologiques pour les filles de plus de 12 ans concernent massivement des troubles des règles ou des pathologies et non pas une demande de contraception.

- Avis dentaires (caries, dents cassées, problème de gencives) et orthodontiques (malpositions dentaires, troubles de l'articulé dentaire).

Tableau XXX: Répartition des 318 jeunes de l'étude par avis dentaire demandé à l'issue du bilan, selon le mode de garde.

	% Famille Accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
Dentiste	10,0	11,2
Orthodontiste	3,1	13,8

Les anomalies dépistées sont fréquentes. Les examens systématiques proposés dans le cadre du bilan CPAM ne sont que rarement faits.

Les derniers chiffres de l'Agence Régionale pour la Santé (ARS) font état d'un taux de prévalence de 17 % en ZEP et de 6 % en Rhône Alpes de 2 caries non soignées au moins à l'âge de 6 ans.

■ Les bilans divers

On notera la prépondérance des bilans orthophoniques (bilan du langage oral, bilan du langage écrit, bilan en logico maths...)

Tableau XXXI: Répartition des 318 jeunes de l'étude par avis demandé à l'issue du bilan selon le mode de garde.

	% Famille accueil (n=129)	% Etablissement (n=189)
Orthophonie	3,9	3,8
Psychomotricité	0,0	1,6
CAMSP	1,6	1,0
Psychologue	0,0	2,2
Centre Ressource Autisme	0,0	1 jeune
Bilans de difficultés scolaires	1,6	0,0

On notera la prépondérance des bilans orthophoniques (bilan du langage oral, bilan du langage écrit, bilan en logico maths...).

Pour les enfants les plus jeunes, principalement accueillis chez un assistant familial, des consignes de vigilance ont été données concernant notamment :

- le langage : 12 jeunes.
- le comportement : 8 jeunes.
- la croissance staturo pondérale : 7 jeunes
- les apprentissages scolaires : 6 jeunes
- le sommeil : 5 jeunes
- Etc.

3.4 Scolarité et formation professionnelle

L'évaluation a porté sur les jeunes en âge d'être scolarisé entre 4 ans et 18 ans soit :

- 114 jeunes en famille d'accueil (sur 129 vus en bilan).
- 174 jeunes en établissement (sur 189 vus en bilan).

Tableau XXXII: Répartition de 288 jeunes de l'étude pour la scolarité et la formation professionnelle selon le mode de garde.

	% Famille accueil (n=114)	% Etablissement (n=174)
Scolarité en « classe ordinaire »	73,7	48,3
- sans retard	58,8	21,6
- avec retard	14,9	27,0
Scolarité en « classe adaptée »	7,9	12,6
Déscolarisation	0,0	14,9
Formation professionnelle	4,4	11,5
Accueil en établissement médico-social	10,5	7,5

3.4.1 Scolarité en classe ordinaire à temps partiel « imposé »

- Famille accueil : 10,5 %
- Etablissement : 17,7 %

Cette scolarité concerne des enfants majoritairement sur les cycles de la maternelle et du primaire, ne pouvant être scolarisés à temps plein compte tenu de leurs difficultés, le plus souvent sur le plan du comportement.

Scolarité

Plus nombreux à être scolarisés à l'école maternelle, les enfants placés ont un pourcentage identique que les enfants de Haute-Savoie pour la primaire et le secondaire.

Les apprentis sont par contre bien plus nombreux chez les enfants placés que les enfants de 15-19 ans de Haute-Savoie (27% versus 8%) et à l'inverse les jeunes en formation professionnelle sont moins nombreux parmi les enfants placés que chez les jeunes sortis du système scolaire en Haute-Savoie (27% versus 44%).

Taux redressés

	Enfants placés N=318
Part des scolarisés dans pop 2- 5 ans	93%
Part des scolarisés dans pop 6-14 ans	89%
Part des scolarisés dans pop 15-17 ans	85%
Formation professionnelle (Bac pro, CAP, BEP) <u>pour les 15-19 ans sortis du système scolaire</u>	27%
Part des apprentis parmi les 15-19 ans	18% (N=78)

Taux comparatifs

	Enfants placés N=318	Population Haute-Savoie
Taux comparatif des scolarisés dans pop 2- 5 ans	98%	71%*
Taux comparatif des scolarisés dans pop 6-14 ans	95%	99%*
Taux comparatif des scolarisés dans pop 15-17 ans	98%	97*
Formation professionnelle (Bac pro, CAP, BEP) <u>pour les 15-19 ans sortis du système scolaire</u>	27%	44%*
taux comparatif des apprentis parmi les 15-19 ans	27,5%	7,7%*

**source : Insee, RP 2008

3.4.2 Scolarité en « classe adaptée »

CLIS : Classe d'Inclusion Scolaire.

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration.

ULIS : Unité Locale d'Inclusion Scolaire.

SEGPA : Section d'Enseignement Générale de Pré Apprentissage.

- famille accueil :
 - ✓ 2 jeunes en CLIS
 - ✓ 1 jeune en UPI / ULIS
 - ✓ 6 jeunes en SEGPA

- Etablissement :
 - ✓ 7 jeunes en CLIS
 - ✓ 2 jeunes en UPI /ULIS
 - ✓ 13 jeunes en SEGPA

Les jeunes accueillis en SEGPA le sont souvent par défaut, parfois avec une déficience intellectuelle ou un parcours scolaire très difficile.

3.4.3 Les jeunes déscolarisés

- La déscolarisation concerne uniquement des jeunes accueillis en établissement.
- 14,9 % de cette population.

- Répartition :
 - ✓ < 16 ans : 9 jeunes.
 - ✓ > 16 ans : 17 jeunes dont 9 déscolarisés avant 16 ans.

- Profil : la moitié de ces jeunes sont sous traitement à visée neuropsychiatrique alors que l'autre moitié est en rupture scolaire

3.4.4 Les établissements médico-sociaux

- famille accueil : 11 jeunes en IME /IMPro et 1 jeune en ITEP.
- établissement : 10 jeunes en IME / IMPro et 3 jeunes en ITEP.
(Cf. paragraphe ci-après « ASE et MDPH »).

3.4.5 Parcours scolaire

On retrouve un taux de redoublement important :

- famille accueil : 29,8 %
- ✓ 1 fois : 26,9 %
- ✓ 2 fois : 2,9 %

- Etablissement : 59,7 %
- ✓ 1 fois : 53,4 %
- ✓ 2 fois : 6,3 %

Les principales classes redoublées :

- famille accueil : GS, CP, CE1.
- établissement : CP, 6ème, CE1.

Pour la population française, on retrouve quelques indicateurs :

- 38 % des jeunes âgés de 15 ans ont un an de retard.
- 7 % des jeunes redoublent le CP.

Il semble bien que le parcours scolaire des jeunes confiés à l'ASE soit fait de rupture et de difficultés dans les apprentissages.

La grande instabilité de ces familles rend les dépistages systématiques difficiles (déménagement, changement de lieu de placement, de lieu de résidence..) avec à chaque fois une perte des informations les concernant (bilans déjà demandés et/ou effectués, difficultés scolaires d'origine « sociale » ou véritable troubles d'apprentissage scolaires).

La tendance à ramener toute difficulté scolaire à l'environnement notamment familial retarde le dépistage des troubles réels (exemple d'une dyslexie sévère dépistée à 11 ans voire à 14 ans pour un autre jeune en rupture scolaire).

3.5 Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Les données ont été collectées à partir des fiches pré bilans mais aussi par consultation de l'application MDPH du logiciel Perceval, ce qui a permis de reconstituer pour certains jeunes leur parcours ou les notifications antérieures qui n'ont pas abouti.

Au total 21 % des jeunes en famille d'accueil et 26 % des jeunes en établissement ont un dossier à la MDPH 74.

Tableau XXXIII : Nombre de notifications MDPH chez les 318 jeunes de l'étude selon le mode de garde

	Famille accueil	Etablissement
Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)	7 (+6 anciennes)	7 (+1 ancienne)
CLIS ou UPI/ULIS	4	8
Allocation d'Education pour Enfant Handicapé(AEEH)	5 (+3 anciennes)	4 (+3 anciennes)
Etablissement médico-sociaux	SESSAD : 3 (+2 en attente)	SESSAD : 1
	IME : 15	IME : 9 (+1 ancienne et 3 en attente)
	ITEP : 1 (+2 anciennes)	ITEP : 3 (+9 anciennes et 3 en attente)
Rejet d'une demande	1	2

- notification « ancienne » correspond à une notification qui est arrivée à échéance sans être renouvelée
- « en attente » correspond à une notification en cours de validité, le jeune étant en liste d'attente sur l'établissement concerné

A.E.E.H. : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
 S.E.S.S.A.D. : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
 I.M.E. : Institut Médico-Educatif
 I.M.P. : Institut Médico-Pédagogique
 IMPro : Institut Médico-Professionnel
 I.T.E.P. : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

Tableau XXXIV: Nombre de jeunes bénéficiant des mesures spécialisées notifiés par la MDPH sur n=318

Etablissement spécialisé	Nombre	%
IME /IMPro	24	7,5
ITEP	4	,3
SESSAD	4	1,3
AVS	14	4,4

La faible proportion de jeunes orientés vers un ITEP est une surprise de cette étude.

Le département reste déficitaire en termes de place et nombre de ces jeunes qui présentent un profil compatible avec un accueil en ITEP ne sont pas accueillis. Plus étonnant encore, ils n'apparaissent pas en liste d'attente des établissements concernés.

Plusieurs hypothèses sont envisageables :

- une autocensure des services de l'ASE qui sachant les places limitées cherchent d'autres solutions notamment auprès des établissements de type MECS et donc ne font aucune demande auprès de la MDPH.
- seul le placement principal (famille d'accueil et/ou établissement) a été retenu comme critère de sélection des jeunes participant à cette étude. Cela a peut être abouti à ne pas prendre en compte les jeunes placés en ITEP en internat à temps plein.
- les difficultés à obtenir un avis pédopsychiatrique sur notre département par pénurie de professionnels ou des divergences de projet entre le secteur du soin et le milieu éducatif voire familial, peuvent freiner la finalisation du dossier d'orientation auprès de la MDPH.

Une recherche plus approfondie devra être menée afin de bien identifier la problématique.

Handicap			
Les enfants placés sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à fréquenter les IME, IMP, ITEP et SESSAD par rapport aux jeunes de Haute-Savoie. De même, le taux des bénéficiaires de l'AEEH est quatre fois plus important chez les enfants placés que chez les jeunes de la population générale.			
Taux redressés			
	Enfants placés en famille d'accueil	Enfants placés en établissements	Total enfants placés
<i>Handicap</i>			
Taux des bénéficiaires de l'AEEH	3,8%	2,11%	2,83%
Taux bruts SESSAD (0-18 ans)	2,32%	-	0,94%
Taux bruts IME (0-18 ans)	10,8%	5,8%	7,86%
Taux bruts ITEP (5-18 ans)	1,05%	4,67%	3,38%
Taux comparatifs			
	Enfants placés	Population Haute Savoie	
<i>Handicap</i>			
Taux des bénéficiaires de l'AEEH	4,64%	0,82%*	
Clientèle SESSAD (0-18 ans)	1,08%	0,18%**	
Clientèle IME-IMP (0-18 ans)	10,7%	0,45%**	
Clientèle ITEP (5-18 ans)	2,14%	0,06%**	
* taux pour 1 00 habitants de moins de 20 ans en 2009 / source : Insee (RP 2007), CAF, CCMSA, exploitation ORS			
** Enquête ES2006 auprès des établissements pour enfants et adolescents handicapés, Insee (RP 2007), exploitation ORS			

4. Conclusions

4.1 Discussion

Données administratives : on retiendra un âge moyen des jeunes accueillis plus élevé en établissement qu'en famille d'accueil (12 ans versus 8 ans et demi). Par ailleurs si plus de garçons sont placés, les filles sont plus nombreuses en famille d'accueil, notamment à l'adolescence.

Un jeune sur deux a un ou plusieurs membres de sa fratrie placés, ce qui dénote des difficultés familiales importantes.

Le parcours des jeunes est marqué par un accueil en maison maternelle fréquent pour les jeunes accueillis en famille alors que pour les jeunes en établissement on retiendra la multiplicité des lieux d'accueils et des mesures, témoignant de ruptures dans les parcours

Antécédents médicaux : les données manquantes sont majoritaires dans l'histoire médicale familiale mais aussi personnelle entraînant une perte d'information qui peut être préjudiciable aux jeunes

Les facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal, transfert en pédiatrie..) sont présents et témoignent de difficultés précoces familiales

Le parcours médical de ces jeunes est marqué d'épisodes banaux mais nombreux tant en terme de pathologies médicales que de traumatismes ou d'hospitalisations.

Des jeunes sous neuroleptiques en nombre relativement élevé sont accueillis dans des établissements non médicalisés de l'ASE. Ils correspondent à des profils de «jeunes à difficultés multiples », ce qui ne va pas sans questionner sur la pertinence de leur prise en charge globale.

En termes de vaccination, les jeunes confiés ont une couverture vaccinale voisine de celle des jeunes français mais cela reste en deça des recommandations nationales.

Bilan médical :

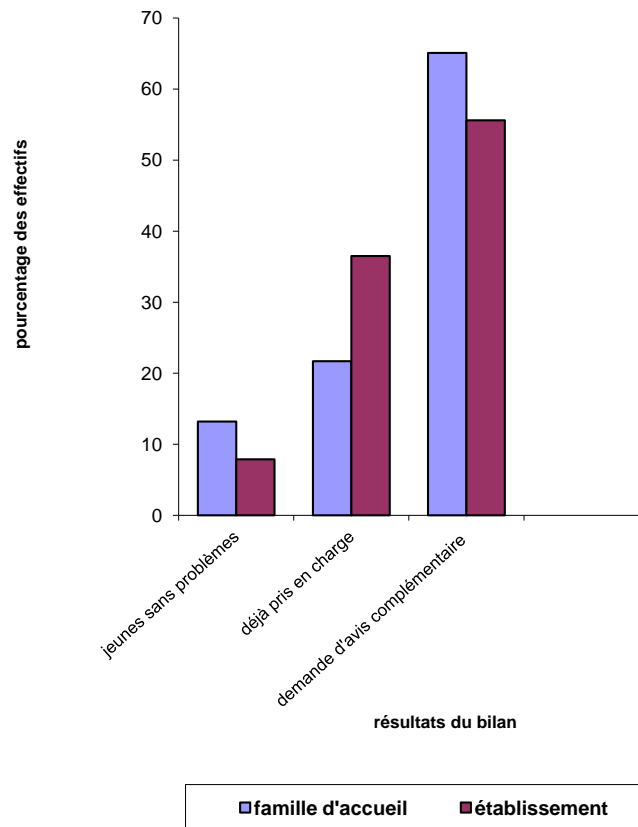
En matière de développement staturo-pondéral, les insuffisances pondérales et les surpoids sont en de fréquence notable.

Concernant le surpoids, la prise de neuroleptiques est un facteur déclencheur fréquent, connu mais peu de mesures d'accompagnement se mettent en place.

Les problèmes de vie quotidienne (sommeil, alimentation et comportement) sont très présents dans cette population mais peu accompagnés en dehors des troubles importants du comportement entraînant des difficultés au quotidien.

Globalement peu de pathologies sont dépistées lors du bilan mais de nombreux suivis sont relancés, voire initiés pour des problèmes déjà connus mais non pris en charge.

Figure 4 : résultats du bilan médical pour les 318 jeunes de l'étude



Scolarisation :

La déscolarisation est fréquente chez les jeunes en établissement correspondant soit à des jeunes non scolarisables pour des problèmes psychiatriques soit à des ruptures de parcours.

La scolarisation à temps partiel est plutôt l'apanage des enfants plus jeunes pris en charge en famille d'accueil.

Le taux de redoublement est important avec notamment des jeunes ayant redoublés plusieurs fois. Les parcours scolaires sont faits de ruptures et il semblerait intéressant de recueillir ultérieurement des éléments qualitatifs sur la scolarité. De nombreux jeunes sont en effet en difficulté que ce soit avec ou sans redoublement.

ASE et MDPH :

Un jeune sur 4 est connu de la MDPH, soit dans le cadre de sa scolarisation en milieu ordinaire avec aide, soit pour un parcours médico-social adapté.

Le nombre peu élevé de jeunes accueillis en ITEP a été une des surprises de cette étude et justifierait un approfondissement.

Les jeunes accueillis sur des établissements de type « déficience intellectuelle » sont plus nombreux que les jeunes accueillis en ITEP, témoignant de situations très dégradées, la plupart des jeunes présentant plutôt une « déficience acquise » en lien avec des carences familiales multiples.

Il paraît important de souligner la bonne participation des jeunes à ces bilans médicaux. Cela a été l'occasion d'échanges riches et souvent soutenus. Les consultations duraient en moyenne 1 heure et parfois jusqu'à 2 heures.

Les assistants familiaux ont marqué leur investissement dans ces bilans, soulignant la richesse des échanges, l'espace de parole donné à chacun et leur étonnement au vu des résultats.

Les établissements ont eu aussi pu souligner leur intérêt pour ce bilan comme un élément supplémentaire faisant partie intégrante du projet pour l'enfant.

On peut regretter le peu de contact avec les familles qui restent un élément négatif de cette évaluation.

Il paraît indispensable de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de la problématique « santé » au sens de l'OMS dans l'intérêt du jeune.

« La santé est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

(Charte d'Ottawa : 1^{ère} conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986)

Le parcours au sein du service de l'ASE est un moment dans la vie du jeune. Lui-même et ses parents doivent se saisir de ce bilan et en faire un élément du projet de vie à moyen et long terme.

Deuxième partie

Santé perçue des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance

Croiser ces données objectives avec la perception subjective des enfants et des jeunes sur leur santé

Dans une seconde phase, il s'est agi de croiser les données objectives recueillies à des données subjectives sur la perception par les enfants et les jeunes de leur santé, au moyen d'entretiens qualitatifs auprès d'un échantillon d'enfants confiés au département de la Haute-Savoie, afin de comprendre les logiques psycho-sociales qui sous-tendent leur rapport à leur santé.

1. Questionnements

Les entretiens devaient permettre de répondre aux questions suivantes :

Comment les enfants et les jeunes appréhendent-ils leur santé ? Quels sont les problèmes principaux auxquels ils sont confrontés ?

La perception qu'ont les jeunes de leur santé est-elle plus négative ou plus positive que ne le laissent penser les données objectives ?

Quelles différences se donnent à voir selon les âges, le sexe, l'origine sociale, le type de placement ?

Quelles ressources internes et externes, les enfants et les jeunes mobilisent-ils concernant leur santé ? Qu'est ce qui fait agir les jeunes concernant leur santé ? Quelles *difficultés rencontrent-ils dans l'accès aux soins* ?

2. Déroulé de l'enquête

La phase d'enquête qualitative par entretiens s'est déroulée dans le département de la Haute-Savoie (à Annecy et Thonon-les-Bains) de mai à juillet 2011. Du fait de la première phase de recherche effectuée par le Dr. Isabelle Bourgeaux et de la facilitation des contacts par cette dernière, l'accès au terrain n'a pas posé de difficultés particulières. Néanmoins du fait des aléas liés à la réalisation des entretiens (annulation de dernières minutes, absence non prévue de certains enfants le jour de la réalisation des entretiens), seuls 16 des 20 enfants planifiés ont pu être rencontrés. Un courrier avait été envoyé au préalable aux parents pour recueillir leur autorisation.

3. Caractérisation de l'échantillon interrogé

16 enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance, âgé de 8 à 19 ans ont donc été rencontrés. L'échantillon comprenait 6 garçons et 10 filles. L'âge médian était de 13 ans. 5 enfants étaient dans la tranche d'âge 8-12, 5 enfants étaient dans la tranche 12-15 ans, 6 enfants étaient dans la tranche d'âge 15-19 ans.

Il s'agissait d'enfants en cours de mesure et représentant diverses situations de prise en charge :

6 enfants étaient en famille d'accueil,

6 étaient à la maison de l'enfance,

4 étaient accueillis en foyer associatif.

S'il on souhaite caractériser cet échantillon par des données objectives, on peut souligner que 5 enfants étaient dans une situation de prise en charge courte ou récente (inférieur à 6 mois), 4 étaient dans une situation de prise en charge comprise entre 6 mois à 2 ans, et 5 connaissaient une prise en charge longue, supérieure à 2 ans (et pouvant aller jusqu'à 9 ans). S'il on reprend et capitalise les catégories d'analyse d'Emilie Potin (2010), on peut ajouter que 8 étaient dans une situation de « placement » avec une prise en charge dans un lieu stable et 6 dans une situation de « déplacement », ayant connu diverses structures de prises en charge. Pour 2 enfants, il n'a pas été possible de recueillir ces informations objectives au cours de l'entretien.

En effet, avec ces deux enfants la conduite des entretiens a été plus difficile et le recueil des informations plus parcellaires. Pour l'un, car la jeune fille était âgée de 8 seulement ans et n'a répondu à l'entretien que par oui ou par non et par hochement de tête, pour l'autre parce que l'enfant était présenté en situation d'autisme. Ces deux entretiens se sont révélés néanmoins fort intéressants.

4. Méthodologie

Les entretiens qualitatifs d'une durée de 45 min à 1h30 se sont déroulés en deux temps. Dans une première phase, un entretien semi-directif était mené avec l'enfant ou l'adolescent. Les entretiens visaient à comprendre la perception par les enfants et les adolescents de leur santé, les ressources internes et externes mobilisées pour agir sur leur santé, le rôle des soutiens sociaux (éducateurs, pairs, famille) dans la mobilisation pour leur santé ainsi que les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins et le suivi sanitaire.

Dans une seconde phase, il était demandé à l'enfant ou le jeune de remplir deux questionnaires :

- l'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham ISPN (Nottingham Health Profile-NHP)
- et le questionnaire de soutien social perçu (QQSP Brunchon-Schwatzer, 2003).

L'indicateur de santé perceptuelle, validé par l'INSERM, permet d'établir un profil de santé perçue et vise à analyser la qualité de vie en rapport avec la santé perçue. Il se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 38 questions auxquelles le sujet est invité à répondre par oui ou par non. Les réponses sont regroupées par rubriques : mobilité, isolation sociale, douleur, réactions émotionnelles, énergies et sommeil.

Le questionnaire de soutien social perçu QQSP est également auto-administré. Il vise à identifier le soutien social perçu par le sujet dans différents domaines (réconfort ; aide matérielle ; conseils, informations et suggestions ; confiance en soi) en distinguant différentes sources de soutien (la famille, les amis, les collègues, les professionnels de la santé). Le répondant est invité à renseigner le nombre de soutiens dont il a bénéficié ces derniers mois ainsi que son degré de satisfaction par rapport à ces soutiens sur une échelle allant de 1 à 5. Il invite également le répondant à identifier les personnes disponibles, sur qui il peut compter, dans différentes situations.

Cette triangulation des approches (avec une partie des données recueillies par entretiens semi-directifs et l'autre partie par questionnaires auto-administrés) s'est révélée très fructueuse. En effet, ceci a permis de recueillir une diversité d'informations avec des approches complémentaires, limitant les biais propres à chaque méthode. Il n'était pas rare qu'une information importante n'ait pas été mentionnée pendant l'entretien et n'apparaisse qu'au moment du remplissage du questionnaire. Elle pouvait alors être rediscutée dans la dernière phase de l'entretien. Le questionnaire servant, une fois rempli, de support à l'échange. De plus, nous avons pu constater que dans le remplissage du questionnaire sur la santé perceptuelle, les enfants dressaient un tableau beaucoup plus sombre de leur état de santé qu'au cours de l'entretien, où ils cherchaient plus à se présenter sous le jour d'« une normalité » sociale. Le questionnaire auto-administré a permis donc de limiter ou de contrebalancer le biais de désirabilité sociale de l'entretien. Si cette triangulation des méthodes s'est donc avérée très positive, néanmoins au cours de l'analyse les contradictions dans les informations recueillies ont pu être déroutantes.

Dans l'analyse des données, il s'est agi d'appréhender les croyances et les représentations des jeunes sur leur santé, les difficultés et ressources perçues, les raisons de la mobilisation ou de la non mobilisation des jeunes pour leur santé.

Les entretiens ont fait l'objet d'une étude thématique, suivie d'une analyse compréhensive de la perception par les enfants et les jeunes de leur santé. Le questionnaire de santé perceptuel a fait l'objet d'un traitement statistique par l'ORS ayant donné lieu à une représentation graphique. Le questionnaire de soutien social perçu n'a pas pu être analysé, notamment en raison des contradictions (explicitées plus haut) dans les réponses qui rendent l'analyse difficile. Les conditions de passation sont peut-être pour partie responsables de la qualité des réponses. En effet la sollicitation faite aux jeunes du remplissage de ce questionnaire à la suite de l'entretien et après celui sur l'indicateur de santé perceptuelle était sans nul doute excessive eu égard à la concentration demandée.

L'analyse des résultats, permet de compléter le tableau général de l'état de santé des enfants confiés, dressé dans la phase 1 de l'étude. Diverses thématiques sont abordées: la définition de la santé proposée par les jeunes, l'état de santé perçu, les difficultés identifiées, le comportement adopté en cas de difficulté, leurs stratégies pour rechercher ou non de l'aide.

5. Définition de la santé, état de santé perçu

« La santé, c'est un peu de la vie, c'est ce qui permet qu'on soit encore en vie maintenant ».

Lorsqu'on leur demande ce qu'évoque pour eux le terme santé, les plus jeunes des répondants opposent d'emblée cette notion à la maladie. Pour eux (5/16) la santé, serait un état marqué par l'absence de maladie : « La santé cela m'évoque si on n'est pas malade, si on n'a pas attrapé de maladies. » (Alex 13 ans) ; « La santé, c'est ne pas être malade, c'est toutes les maladies. » (Steffi 10 ans) ; « La mauvaise santé c'est quand on est malade et tout. La bonne santé c'est quand on est bien. » (Willy 12 ans). « Dès que t'es en bonne santé, c'est que t'es pas malade. Dès que t'es en mauvaise santé, ça veut dire que t'es malade » (Sahara, 10, 5 ans).

Huit d'entre eux, les plus âgés, donnent une définition holistique de la santé, comprise dans un sens large qui ne se limite pas à la santé physique mais qui prend en compte également la santé psychologique et la déficience. Ils opèrent alors très souvent une distinction entre santé physique et santé morale et mentionnent le handicap et les addictions : « La santé c'est comment on est, si on est malade, le moral. » (Sally, 13 ans) ; « Il y a la santé mentale, et la santé physique, si on est bien dans sa peau, il y a aussi des déficiences, c'est si t'es pas malade. » (Manuela, 18 ans) ; « La santé ça fait penser si on est bien dans notre peau, si on n'est pas malade, si on fait pas des dépressions, si on mange pas bien, si on est pas alcoolisé et défoncé toute la journée » (Stella 17 ans).

Six des répondants ne donnent pas seulement une vision de la santé en négatif qui réduit la santé à l'absence de maladies ou de troubles, mais une vision de la santé en positif, en introduisant la notion de bien-être : « La santé, c'est si on va bien. » (Lena, 10,5 ans) ; « la santé, c'est si je vais bien, si j'ai des soucis au niveau de moi, si je suis malade » (Aude 14 ans) ; « la santé, cela parle de tout, la santé c'est un peu tout, le bien-être » (Marek 17 ans). Ceci fait écho à la définition de la santé au sens de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sous l'angle du bien-être et qualité de vie.

Un des 16 répondants, le jeune garçon présenté comme autiste, donne une vision pas seulement objective de la santé mais aussi subjective, en insistant sur l'idée de se *sentir* bien : « la santé, c'est si je me sens bien » (Ali, 11 ans).

Trois évoquent les ressources sociales et individuelles, nécessaires à la préservation de la santé, en évoquant les médecins et le corps médical mais aussi l'intérêt individuel porté à sa propre santé : « La santé c'est le médecin, c'est voir comment on va, voir si on est malade (Jérémy 17 ans) ; « Dans la santé, y a nous, le médecin, le pharmacien. Nous on n'est pas médecin. On ne sait pas ce qu'on a. Mais si on s'occupait pas de notre santé, on s'en foutrait Si on a une grippe, qu'on ne la soigne pas, elle peut prendre plus de terrain que prévu. » (Jimmy 16 ans). Une évoque d'ailleurs un rapport négatif au corps médical : « La santé, c'est comment on va, les maladies, notre corps, tout ce qui est médical, ce n'est pas trop ma tasse de thé » (Zora 19 ans). Ce qui peut laisser présager de difficultés dans l'activation des ressources pour la santé.

Deux des définitions proposées par les enfants et les adolescents interrogés se distinguent nettement des autres réponses. L'une parce qu'elle présente la santé sous l'angle de la recherche médicale : « la santé, cela parle de tout, la santé c'est un peu tout, toutes les sciences, le bien-être, cela parle de bactéries, de microbes, de virus, de médicaments, de recherche, de biologie, de chimie. » (Marek 17 ans).

L'autre parce qu'elle donne une appréhension de la santé comme synonyme de vie, de ce qui permet de rester en vie. Elle donne à voir un rapport à la santé, urgent et vital : « La santé, c'est un peu de la vie, c'est ce qui permet qu'on soit encore en vie maintenant. Il y a des choses que j'ai faites qui auraient pu me coûter la vie. » (Jimmy 16 ans).

Il reste que ces définitions de la santé, proposées par les enfants et adolescents interrogés, font très fortement écho à la définition de la santé que nous avons retenue pour cette recherche, à savoir un processus, dynamique, multidimensionnel et subjectif qui ne se réduit pas à un état d'absence de maladie mais qui rend également compte de la capacité d'agir.

« C'est pas des problèmes intérieurs que j'ai, c'est des problèmes de vie »

Interrogés sur leur état de santé actuel en début d'entretien, les enfants et adolescents rencontrés vont dans un premier temps avoir tendance à présenter ce dernier sur un jour positif : « je sens bien » (Stella 17 ans), « je me sens bien, non ça va je suis en forme. » (Jimmy 17 ans).

Ils vont pouvoir évoquer assez facilement leur santé physique mais plus difficilement leur santé psychologique : « La santé physique, ça s'améliore. Morale, je veux pas en parler » (Marek 17 ans).

A l'évocation des problèmes de santé, les répondants vont souvent chercher à les nuancer en soulignant que cela appartient à leur histoire passée : « Quand j'étais petite j'étais malade. J'avais des angines, des otites, des fièvres violentes, de la transpiration, des hallucinations, des vomissements, la grippe, la gastro. Avec le temps quand on grandit, qu'on fait attention à notre santé, ça passe » (Stella 17 ans) ; ou que cela n'arrive que quelque fois « Oui cela m'est arrivé quelque fois de me sentir mal. » (Jérémy 17 ans).

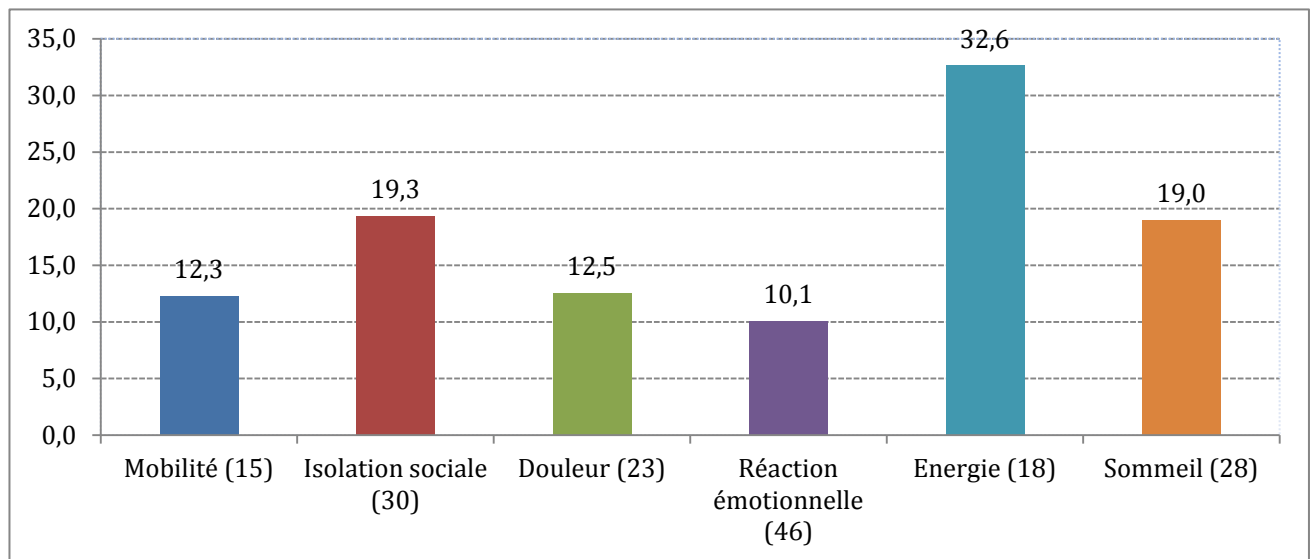
On peut percevoir dans leur réponse le souci de correspondre à une « certaine normalité » : « je me sens normal, en forme » (Willy 12 ans), et d'échapper à une lecture psychologisante de leurs problèmes : « c'est pas des problèmes intérieurs que j'ai, c'est des problèmes de vie » (Marek 17 ans).

Ces réponses positives contrastent fortement avec les données recueillies par le questionnaire auto-administré de santé perceptuelle. Tout se passe comme si, le fait de remplir, par eux-mêmes, le questionnaire les autorisait à dresser un bilan beaucoup plus contrasté de leur état de santé.

Une analyse statistique globale des 16 questionnaires montre que les problèmes identifiés sont composés pour 32,6 % de problèmes liés à l'énergie, pour 19,3 % de difficultés liées à l'isolation sociale, pour 19 % de problèmes de sommeil, pour 12,5% de douleurs, pour 12,3% de difficulté de mobilité, pour 10,1 % de réactions émotionnelles.

Cette répartition des problèmes identifiés est représentée dans le graphique ci-dessous :

Santé perçue des enfants placés (N=16) - Pourcentage de problèmes perçus



Scores obtenus à partir de l'échantillon des 16 enfants placés (entre parenthèse le nombre de réponses)

Une analyse plus fine domaine par domaine montre que les enfants et les adolescents répondant font état massivement de problèmes liés à l'énergie avec pour presque la moitié d'entre eux « le sentiment de se fatiguer vite » (7/16), pour ¼ d'entre eux le sentiment que « tout leur demande un effort » (6/16), d'être « tout le temps fatigué » (5/16).

Viennent en second lieu les difficultés liées à l'isolation sociale. Il est mentionné alors pour la ½ d'entre « la difficulté de s'entendre avec les autres » (8/16) et pour plus d'1/4 d'entre « des difficultés dans le contact » « ou dans l'entrée en contact avec les autres ». 5/16 ont coché l'item « je me sens seul », 3/16, l'item « j'ai le sentiment de n'avoir personne de proche à qui parler ».

Presqu'au même niveau que l'isolation sociale, apparaissent les problèmes liés au sommeil avec pour plus de la moitié d'entre eux l'évocation « de mettre beaucoup de temps à s'endormir » (10/16), « de rester éveillé une grande partie de la nuit » (8/16). Un quart d'entre eux mentionnent avoir « des soucis qui les empêchent de dormir » (5/16), se « réveiller tôt le matin sans arriver à se rendormir » (5/16). Mais seuls 3 d'entre eux cocheront l'item « je dors mal la nuit ».

Viennent ensuite la mention de douleurs avec pour ¼ d'entre eux l'évocation « de douleurs quand ils changent de position » ; « quand ils restent debout ». 3 ont coché les items « j'ai des douleurs insupportables » et « j'ai des douleurs en permanence ».

Presque au même niveau apparaissent les difficultés liées à la mobilité avec notamment pour ¼ d'entre eux la difficulté de rester longtemps debout.

Enfin dans les réactions émotionnelles, venant en dernière position, apparaissent pour plus de la moitié d'entre eux « le fait de se mettre facilement en colère » (10/16), « le sentiment que les journées sont interminables » (9/16); pour un quart d'entre eux « la difficulté de faire face aux événements » (6/16), « le fait de se réveiller déprimé le matin » (5/16), « le sentiment d'être nerveux, tendu » (5/16). 3 d'entre eux « se sentent de plus en plus découragé » et « trouvent que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ».

Au cours du déroulé de l'entretien et suite à un échange sur le remplissage du questionnaire, les enfants et adolescents peuvent néanmoins faire part de difficultés similaires à celles identifiées dans l'outil.

Certains vont évoquer des pathologies physiques : « Physiquement, je suis atteinte de la polyarthrite depuis ma naissance » (Manuela 18 ans) ; « Je suis tout les jours malade. J'ai une anémie, des ulcères, des migraines. Je suis fatiguée. J'ai des palpitations, des trucs qui m'empêchent de respirer, des insomnies (depuis le foyer) (Zora, 19 ans). Les enfants et les adolescents rencontrés vont plus rarement évoquer des difficultés psychologiques : « Je suis aussi un peu mal dans ma peau » (Manuela 18 ans). D'autres vont faire état d'accidents : « je suis tombé du balcon, j'ai eu deux traumatismes crâniens, le visage défiguré, deux genoux abimés » (Jimmy 16 ans) ; « on a eu un accident avec mon père » (Emilie, 14 ans). 2 vont évoquer des addictions passées : « J'étais une droguée. J'ai fait des intraveineuses » (Manuela 18 ans) ; « J'ai fait un coma éthylique » (Zora 19 ans). Une évoque des troubles alimentaires : « Je mangeais plus. Les éducateurs me forçaient à manger. Je vomissais (Zora 19 ans). Cette même jeune fille va évoquer des violences subies : « Un moment mon copain, il m'a tapé une droite sous l'effet de l'alcool. J'ai fait une crise. J'ai été à l'hôpital. J'avais tapé fort sur le lit. J'étais inconsciente. Maintenant au lieu de me taper, il donne dans le mur. Je reste sur mes gardes. Quand il s'énerve, j'ai peur. Ça me fait pleurer direct (...) Je suis enceinte. J'en attendais deux. Je lui ai dit pourquoi vous me cherchez la merde. Ça tourne dans ma tête, je me dis je vais ignorer. Je savais me défendre. Elle m'a donné un violent coup sur le ventre. J'en ai perdu un. C'était des jumeaux. Il y a que l'autre qui est resté » (Zora, 19 ans). A chaque fois, les événements, comme ici la perte d'un enfant ou plus haut la prise de drogue, sont racontés sur le ton d'une apparente et normale banalité.

Comme dans le questionnaire, durant les entretiens, les problèmes de santé apparaissent d'abord pour la moitié des répondants (8/16) sous l'angle des difficultés liées à l'énergie : « je n'ai pas trop d'énergie. C'est un peu dur d'arriver à se réveiller le matin. » (Willy, 12 ans) ; « Au niveau de l'énergie, je ne dors pas beaucoup, cela me suffit le peu de sommeil. Ça me fatigue, mais je fais avec. » (Marek, 17 ans) ; « A l'IME, je me sens fatiguée (Aude 14 ans) » ; « Je suis fatiguée au réveil » (Sara 10 ans).

Ces difficultés sont souvent reliées à des problèmes de sommeil, évoqués par 5/16 des répondants : « Je suis fatiguée, je manque d'énergie. J'ai des difficultés à me lever le matin. Chez mes parents, je dors bien au foyer pas trop bien. » (Emilie 14 ans). Les enfants et adolescents accueillis en foyer, tout comme ceux pris en charge en famille d'accueil, évoquent des difficultés à s'endormir, en raison des problèmes qui « trottent » dans leur tête : « Avant j'avais du mal à m'endormir. J'avais beaucoup de choses qui me travaillaient dans la tête, des questions par rapport à ma maman pourquoi elle a appelé et elle n'est pas venue, pourquoi elle veut plus donner de nouvelles. Pourquoi elle a fait ça. » (Aude, 14 ans). Ils évoquent aussi des fréquents réveils : « Des fois la nuit je me réveille, j'arrive plus à m'endormir. Des fois ça passe, j'oublie tout. Le lendemain je me rappelle juste que je me suis réveillée » (Sally, 13 ans) ; ou des cauchemars : « Quand j'étais petite, je faisais des cauchemars en grandissant ça va mieux. (Steffi 10 ans).

Trois vont faire état de douleurs, présentes notamment la nuit : « j'ai des douleurs très fortes quand je me couche. J'essaie de pas penser, du coup ça passe » (Sally, 13 ans) ; « j'ai des problèmes de respiration, la nuit et le matin. Des fois, je me réveille parce que j'ai mal » (Jérémy 17 ans).

Trois font part, durant l'entretien, d'une forte réactivité émotionnelle et d'une difficulté de faire face aux événements comme cette jeune fille pour qui les éléments de la vie quotidienne sont sources permanentes de stress : « Je vais bien mais lundi il y a deux semaines, j'avais envie de vomir. Je suis très stressée, tout me stresse. Quand il faut préparer mes affaires pour aller à l'école ou chez mes parents, je me stresse. Chez mes parents je me sens bien. » (Emilie 14 ans).

Même si ce n'est pas toujours évoqué directement, beaucoup de récit font état de difficulté dans le contact avec les autres comme cette jeune fille qui se demande si cette difficulté peut être considérée comme une maladie : « Je me sentais bien mais j'ai eu trop d'histoires, j'ai eu trop de problèmes. Cela m'a conduit à la police. Les gens y me voyaient pas comme ça. (...) Je suis tellement gentille, ils abusent de ma gentillesse. Je suis obligée de reculer. Je n'arrive pas à dire non. Je ne sais pas si c'est une maladie ? (Zora 19 ans). Le sentiment d'isolement social, sur lequel nous reviendrons au cours de l'analyse, est également très présent « Je me sens un peu seul, surtout à la maison » (Sara 10,5 ans).

Parmi les sources de leurs difficultés ou ce qui leur fait souci, deux éléments reviennent comme des leitmotivs : la famille et l'éducation/orientation.

« Mes soucis, c'est plutôt à cause de la famille »

Parmi les raisons de leur souci, de ce qui les empêchent de dormir, les réveillent la nuit, une grande partie des répondants évoquent leur famille.

La famille est d'abord présentée sous la forme de l'absence et du manque : « Je pense à mes frères, un qui est parti de la région, l'autre qui est en prison. Ils me manquent. Ils ont toujours été là pour moi. Je ressens de la haine et de la tristesse contre les flics, contre la drogue. » (Stella 17 ans).

L'absence des parents nourrit une inquiétude des enfants et des adolescents pour ce qui pourrait arriver à leur famille : « Je pense à mes parents, à mes amis. Je me demande ce qu'ils font, s'il leur est rien arrivé, s'ils ont eu des accidents. Avant mon père, il buvait beaucoup, on a eu un accident. S'il y avait un chauffard, j'ai peur qu'ils aient un accident ».

Les enfants et adolescents rencontrés soulignent également la difficulté de se représenter la vie de leurs parents en dehors et en l'absence de liens : « Mes soucis c'est que ma maman elle vient pas aux visites. Je me demande où elle est, si ça allait, ce qu'elle fait » (Lena 10,5 ans).

Les récits sont marqués par l'incompréhension face à la rupture du lien : « Avant j'avais du mal à m'endormir. J'avais beaucoup de choses qui me travaillaient dans la tête, des questions par rapport à ma maman pourquoi elle a appelé et elle n'est pas venue, pourquoi elle veut plus donner de nouvelles. Pourquoi elle a fait ça. On l'a retrouvée. Mon frère l'a retrouvée sur facebook. Je ne l'ai pas vu depuis 7 ans. » (Aude, 14 ans).

La difficulté de concilier de liens et des espaces de vie pluriels est également source de soucis et de questionnements pour les enfants et adolescents rencontrés, comme pour Alex, tiraillé entre sa famille d'accueil et sa famille biologique : « Mes soucis c'est plutôt à cause de la famille. Je ne les vois pas souvent. Ils veulent que je revienne absolument alors que je ne peux pas. Mes trois frères et sœurs sont avec ma mère et mon beau-père. C'est dur de ne pas être avec eux. Je ne sais pas combien de temps je serai placé. Elle (l'assistante familiale) me dit tu vas y retourner quand tu seras majeur. » (Alex 13 ans).

« Mon gros problème, c'est mon orientation »

Une seconde source de difficultés évoquée par les enfants et les adolescents lorsqu'ils sont interrogés sur leur souci, est l'école et leur orientation.

Pour les plus jeunes, les difficultés résident d'abord dans l'expérience scolaire et d'être en classe. Elles peuvent se donner à voir sous la forme d'une difficulté à s'intégrer à la classe, suite à un changement d'école, lié au placement : « A l'école, c'est un peu compliqué. Je ne les connais pas encore bien et c'est dur de s'intégrer à la classe. » (Emilie, 14 ans) ; « J'ai changé de collège. Ça a tout changé, les amis, les profs, le travail. » (Sally 13 ans). La crainte des moqueries est également présente : « A l'école, à peine ont fait quelque chose, ils se moquent. On se lève, on va au tableau ils se moquent. Et les profs ils font rien. » ; de même que la peur d'être stigmatisé en raison du placement « Il y a tout le collège qui est au courant que je suis placée. Ils viennent tous me poser des questions. » (Emilie 14 ans)

Mais plus fréquemment, les enfants et adolescents évoquent des difficultés à suivre les enseignements, là encore en raison du changement d'école : « C'est dur pour suivre les cours avec le changement d'école » (Willy 12 ans). L'impression de butter sur les exercices, de ne pas savoir faire revient dans de nombreux récits des enfants : « Dans le travail en classe, il y a des choses que je n'arrive pas à faire » (Aude, 14 ans).

La difficulté de concentration apparaît également, empêchant d'avoir « de bonnes notes » et pouvant donner à ces enfants un sentiment de « découragement » : « L'école ça me décourage. J'arrive plus à avoir de meilleures notes qu'au premier semestre. Je n'arrive pas à me concentrer et à dormir ». (Alex 13 ans) Les évaluations apparaissent alors comme un couperet sur lequel ils restent « bloqués » : « Les évaluations, j'ai peur de les rater. Je reste bloquée. Je ne sais pas quoi écrire. Du coup j'ai des mauvaises notes » (Emilie, 14 ans).

Le sentiment « d'ennui » se dessine alors vite : « A l'école, je m'ennuie vite » (Steffi 10 ans) ; de même que la difficulté de tenir en classe ou plutôt de « tenir la classe » pour reprendre les termes de Jérémy qui font étrangement écho au vocabulaire utilisé par les enseignants : « Au début de l'année, je voulais arrêter l'école, j'en avais marre. Je n'arrivais pas à tenir la classe. Ça m'énervait. Je suis passé en justice. Avant que je passe en justice, je faisais beaucoup de conneries, à l'école, à l'extérieur. Je me suis fait attraper, ça m'a calmé. Je me suis dit il faut que j'arrête mes conneries, faut que je travaille. Maintenant je bosse ». (Jérémy 17 ans).

Si, pour le jeune évoqué ci-dessus, le fait de se faire « attraper » par la justice a été un moteur d'une remise « au travail », 2 des jeunes rencontrés, Manuela 18 ans et Zora 19 ans ont été en situation de déscolarisation. L'une évoque comme raison à sa déscolarisation ses problèmes dans la relation avec les autres : « j'ai eu trop d'histoires, j'ai eu trop de problèmes. Cela m'a conduit à la police. Les gens ils me voyaient pas comme ça. »

« Les autres, ils me traitaient de pute. J'ai arrêté le lycée, j'ai passé le bac en candidat libre, je le repasserai plus tard. » (Zora 19 ans). L'autre évoque des problèmes de comportement qui l'ont empêché de poursuivre l'école malgré des capacités scolaires qu'elle tient à mettre en avant dans son récit : « Je n'ai pas fait grand chose de ma vie. J'ai été viré de 5 établissements. Je suis déscolarisée depuis 3 ans (depuis la 3ème). J'étais un cancre. J'avais un gros problème de comportement. Le mec devant moi, je lui filais les réponses et je rendais copie blanche. C'est comme le fait de taguer les murs et de cracher sur les gens. Ce que tu réalises pas c'est que toi aussi un jour tu deviendras un adulte ». La jeune fille explique ces problèmes de comportement par un manque de maturité mais aussi par sa difficulté de réguler ses émotions, de « gérer sa colère » qui l'ont conduit à une déscolarisation suite à de nombreux renvois et ce souligne-t-elle là encore malgré un intérêt pour les matières enseignées : « J'ai fait une troisième d'insertion, menuiserie, électricité. J'aime bien les maths. Je me suis inscrite là-bas avec mon meilleur ami. J'ai frappé un prof. Je ne gérais pas bien ma colère. » (Manuela 18 ans). Dans les deux cas, les jeunes filles évoquent l'absence de réponse des professionnels scolaires à leurs difficultés : « J'allais me plaindre chez le directeur, ça servait à rien » (Zora, 19 ans) ; ou une incohérence des réponses d'un corps enseignant qui précipite alors le renvoi et la déscolarisation : « Elle me voulait plus en cours. Elle a fait un contrôle avec des choses qu'on avait étudié, d'autres non.

Je suis allée me plaindre aux directeurs. Devant le directeur, elle a menti, elle a dit que c'est des choses qu'on avait fait en cours. Il l'a cru elle. Du coup en sortant, je lui ai mis un coup de poing à la prof. J'ai été renvoyée. » (Manuela, 18 ans).

Les réponses palliatives, l'école de la deuxième chance ou à la mission locale, sont présentées sous la forme d'un espace où se reproduisent les mêmes problèmes : « Au centre de la deuxième chance, ça s'est bien passé au début. Mais chez les hommes je dégage quelque chose alors que je ne fais rien. Déjà à l'époque, j'avais 14 ans, j'étais très grande, les gens me disaient que je provoquais. (...) J'ai changé ma manière de m'habiller car on me traitait tout le temps de pute. J'en pouvais plus, j'en avais marre. J'étais la seule fille. J'allais me plaindre chez le directeur, ça servait à rien. Je suis restée pendant un an. Après, ils m'ont inscrit dans une formation pour faire agent de sécurité. J'ai toujours aimé les métiers d'homme. J'ai fait l'armée » (Zora, 19 ans). Ils apparaissent également sous la forme d'un pis-aller occupationnel, « une formation pour être une formation », sans perspective, conduisant à un nouveau découragement : « C'est une formation pour être une formation. En temps normal, c'est pour la recherche d'emploi. Ça m'apporte 130 euros par mois. J'ai été renvoyé avant. On m'a dit de trouver un boulot, au pôle emploi. A la mission locale, t'as un rendez-vous tous les mois pour qu'ils disent, on a rien trouvé pour toi. Quand on a une idée précise, ils peuvent t'aider. Y a un moment t'as plus envie. Ça sert à quoi. En deux ans ils m'ont trouvé une formation » (Manuela, 18 ans).

Finalement la crainte partagée par les plus âgés des répondants, et pas seulement par les jeunes en situation de déscolarisation mais qui est aussi très présente chez les deux adolescents scolarisés en Institut médico-éducatif (IME), et pas absente du récit des adolescents scolarisés dans l'enseignement général c'est « la peur de l'avenir », la « peur d'arriver à rien faire ». (Manuela, 18 ans). Celle-ci peut toutefois prendre selon les situations, différents visages.

Ainsi pour Marek, un jeune mineur étranger isolé de 17 ans, scolarisé en seconde, le « gros problème, c'est (s)on orientation » : « C'est en train de se régler. Je vais aller en apprentissage électronique. Ce n'est pas ce que je veux faire de ma vie. Je veux faire de la chimie, mais à Montpellier c'est trop loin ». Pour Marek, la difficulté est alors de trouver une orientation, même si c'est une orientation, par défaut pour des raisons géographiques et de temps, qui ne correspond pas au projet identifié par le jeune.

Pour Manuela, 18 ans, déscolarisée depuis 3 ans, la crainte est de ne pas pouvoir trouver de place dans une école malgré un projet en construction : « C'est surtout ma peur de l'avenir. Mon avenir, l'école, tout le reste, je n'ai pas grand chose. Je ne suis pas prise dans les écoles d'éducatrice. Je veux être éducatrice. Je me cherche un peu. J'ai vu ce que cela donnait ici et c'est le métier que je voulais faire. C'est vraiment ce que je veux faire. » (Manuela 18 ans).

Pour Aude, 14 ans, et Jérémy, 17 ans, scolarisés en IME, la peur de l'âge adulte est plus globale et la question de savoir comment ils vont faire face à toutes les transitions propres à cet âge (travail, logement, famille) malgré leurs difficultés est très présente :

« Je me demande comment je vais faire dans ma vie plus tard, avec mes difficultés. Ce qui m'inquiète le plus c'est de ne pas savoir faire les choses. Tout à l'heure on est allé à la fête de la musique, je restais toujours collé à une copine. Je ne prends pas confiance en moi. Comme le cheval, je n'arrive pas à prendre confiance en moi. J'ai peur de ne pas arriver à travailler. J'ai peur de sortir dans la ville. J'ai très peur de sortir dans la ville » (Aude, 14 ans).

Dans le récit d'Aude, la question de la prise de « confiance en soi », « de ne pas arriver à faire les choses » est centrale, de même que la peur de ne pas pouvoir mener sa vie adulte. On retrouve cette même crainte dans le récit de Jérémy :

« Je pensais beaucoup. J'avais du mal à m'endormir. Je suis préoccupé par des trucs de la journée, mon avenir, ce que je vais faire plus tard, si je vais avoir un appart, si je vais travailler, faire comme tout le monde. Des fois j'y pense encore quand je vois les jeunes de l'IME qui ont 20 ans sont toujours là-bas, y en a qui partent dans un ESAT. J'évite d'y penser, je me dis que j'ai pas encore 20 ans. Je vois mon frère qui va aller en CAP, on sait qu'il va avoir un bon travail, gagner sa vie normalement. Y en a un qui est parti en ESAT, il travaille toute la semaine pour 390 euros. Ça va être compliqué de trouver un travail parce que je suis en IME ».

On peut percevoir dans ces récits une aspiration à la normalité « à avoir une vie normale » comme si tout se dérobaient à eux, comme si avoir un diplôme, un logement, mener sa vie était de l'ordre de l'inaccessible.

Ainsi nous l'avons vu les deux préoccupations majeures des enfants et adolescents rencontrés, qui leur cause soucis et inquiétudes, est la famille et l'éducation-orientation. Ce qui caractérise également leur récit, c'est la solitude et l'isolement auxquels ils font face dans le traitement de ces problèmes.

« Dans ma tête, je suis un solitaire »

La solitude et l'isolement social, qui est un des domaines importants de l'indicateur de santé perceptuelle, est une expérience ancienne et ancrée chez les enfants et adolescents rencontrés.

C'est un vécu, depuis l'enfance, qui colore et détermine les expériences à l'adolescence et l'âge adulte. Ainsi comme l'explique Marek, 17 ans, « c'est quelque chose que j'ai vécu de tout petit. Ça ne va pas changer. Dans ma tête je suis un solitaire. Je m'entends bien avec les personnes. Mais dans ma tête c'est logique. J'ai grandi avec et je suis restée comme ça. Ça je peux pas changer. Peut être plus tard ». (Marek 17 ans).

C'est un vécu, lié à l'histoire d'attachement, comme le précise Marek, 17 ans, mineurs étrangers isolés, qui a fait l'expérience de deux ruptures de liens (sa mère l'a laissé à sa tante qu'il a dû quitter pour fuir les conflits armés) : « Je suis plus attaché, j'arrive plus à m'attacher. Je vis ma vie en quelque sorte. Ce n'est pas ma faute avec les autres. Je prends mes précautions. Ça va contre ma volonté mais je n'y peux rien. Ça finit toujours mal avec moi. Je suis tellement bizarre. Les personnes n'arrivent pas à me connaître. Moi je les connais mieux. Eux, ils ne me connaissent pas. On se parle plus. Cela ne me dérange pas.» Le lien avec les autres est perçu par Marek comme un risque contre lequel il faudrait prendre « ses précautions » par anticipation « que cela se finisse mal ». Il se décrit comme bizarre et souligne que s'il parvient à connaître les autres, il reste inaccessible et mystérieux à ses camarades.

Dans son récit, Marek souligne l'ambiguïté du lien qui oscille entre absence d'attachement ou absence de possibilité de se séparer : « Je me suis attachée à une personne, ça arrive. Quand je m'attache, j'arrive plus à me séparer. Je ne peux plus m'en passer ». Cette même idée apparaît dans le récit d'Aude sous la métaphore du « collage » et du décollement : « Je n'ai pas trop envie de lui en parler à ma copine, elle va essayer de me décoller. Elle va essayer que je sois moins collée à elle. Je restais souvent collée à des gens. J'essayai de me décoller. Ils se décollent. Ils ont du mal ». (Aude 14 ans).

Cette solitude et cet isolement, liés à leur histoire d'attachement, les enfants et adolescents rencontrés l'expérimentent dans différentes sphères de vie. Ils les vivent dans les relations entre pairs à l'école et au foyer comme nous l'explique Emile qui exprime sa solitude et sa difficulté d'avoir des amis : « je me sens seul à l'école et au foyer aussi un peu. Moi je n'ai pas d'amis. Ils me font croire qu'ils m'aiment bien dès que j'ai des bonbons. Ils viennent. Ils se servent dans mon sac et dès que j'en ai plus ils me lâchent. » (Emilie, 14 ans) ou Ali qui distingue au travers de ses lunettes ses amis de ceux de qui lui font mal au cœur : « A l'école, des fois, il y a des enfants qui ne m'aiment pas. Y'en a d'autres qui m'aiment alors je ne suis plus tout seul. Ça fait mal au cœur, je touche mon cœur. Je les vois à travers mes lunettes. » (Ali 11 ans) ou encore Zora qui explique avoir elle-même couper les liens avec ses amis : « Les amis je les ai laissés tous tomber » (Zora 19 ans). L'absence de liens et d'échanges, ils l'expérimentent aussi au sein de la fratrie comme pour ces deux petites sœurs jumelles pour qui le lien ne semble pouvoir prendre que la forme d'insultes : « Avec ma sœur on a rien à se dire à part quand on s'insulte » (Sara 10 ans) ; « Quand on dort, ma sœur, elle me dit des insultes. Moi aussi je lui en dis. De temps en temps, elle en dit des plus grandes que moi alors moi je me tais. » (Lena, 10 ans). La solitude et l'absence d'échange sont également vécus dans les relations familiales avec les parents : « On est très réservé moi, ma mère, mon père. Y a que mon frère qui arrive à bien parler. Il a plein d'amis » (Emilie 14 ans).

« Tes problèmes, c'est tes problèmes, tu dois pas tout le temps en parler ! »

L'expérience de solitude et d'isolement a conduit les enfants et adolescents interrogés à « garder pour eux leur problème ». Ils ont fortement intériorisé l'idée qu'il n'est pas d'usage « de parler tout le temps aux autres » de leurs problèmes.

Ainsi, Marek 17 ans, explique face à de trop nombreux problèmes avoir intégré l'idée de garder pour lui ses affects : « J'en ai trop. J'ai tellement gardé. Je suis habitué à tout ça. C'est trop complexe à expliquer. Pour moi, c'est comme ça. Y'a pas de mots pour expliquer ».

De même, Sally (13 ans), qui dit par ailleurs souffrir de douleurs quand elle dort et quand elle change de positions, nous explique avoir l'habitude de garder « tout pour elle », de « garder tout dans son corps » : « La colère je la garde un peu tout dans mon corps. Je garde tout pour moi. Des fois je parle avec ma cousine mais pas beaucoup. Je n'aime pas trop parler des choses comme ça. Des fois, j'en parle avec mes parents, s'il ya des choses qui se passent si je suis malade. »

Mais avant j'en parlais des fois avec ma meilleure amie. C'était rare. Elle m'écoutait des fois, elle me conseillait des choses. Des fois, quand il y avait quelqu'un qui me mettait en colère j'allais lui parler. Quand je parlais avec mes parents, c'était plutôt pour leur expliquer la situation. Je n'ai jamais voulu trop parler de quelque chose que je ressentais. Avec l'AS (l'assistante sociale) un peu mais pas trop non plus, elles ont besoin de savoir l'essentiel sur comment je me sens » (Sally 13 ans). Pour Sally, il n'est pas habituel de

parler de ses problèmes, de ce qu'elle ressent. L'échange avec ses parents ne vise qu'à expliciter une situation et avec l'assistante sociale elle prend garde à ne dire que ce dont l'assistante sociale a besoin de savoir sur ce qu'elle ressent pour faire son travail. Avec ses amis, il est également rare qu'elle parle de ce qu'elle ressent.

Stella (17 ans) évite aussi de parler de ses problèmes avec ses amis dans un contexte où tous ses amis sont aussi chargés de problèmes et connaissent déjà sa situation : « Avec mes potes, on évite de parler de nos problèmes, on garde cela pour nous. Si tout le monde raconte ces problèmes alors on s'en sort plus. C'est mieux de ne pas parler de nos problèmes entre potes alors qu'on est en train de se taper des bars. On rigole bien. Tout le monde sait dans quelle situation je suis ».

C'est ce raisonnement qu'utilise aussi Emilie (14 ans) qui ne veut pas surcharger ses amis qui ont déjà leurs problèmes à régler : « Les amis, ils ont leur problème à gérer je peux pas tout leur dire ».

Parfois, c'est même sous injonction des adultes référents qu'ils ont décidé de ne plus évoquer leurs problèmes devant les autres : « tata (l'assistante familiale) m'a dit tes problèmes, c'est tes problèmes, tu dois pas tout le temps en parler à ta sœur. Maintenant j'ai arrêté de tout lui dire à ma sœur » (Lena 10 ans).

Un seul des adolescents rencontrés qui a fait l'expérience d'un réseau important d'amis d'enfance, avant de les « laisser tomber » et de les « retrouver » suite à une période difficile évoque la nécessité de « se confier » pour avancer : « avec mes amis extérieurs au foyer, mes amis d'enfance, on est tout le temps ensemble. A l'âge de l'adolescence, j'ai laissé mes amis d'enfance pour d'autres amis. Ils m'ont entraîné à faire plein de conneries. Si on est tout seul, on se confie à personne. Si on veut tout garder pour nous on n'avancera pas bien. Mes copains c'est un peu ma deuxième famille » (Jimmy 16 ans).

« Après j'ai mal autre part qu'à l'intérieur donc ça va, mais c'est que temporaire »

Interrogés sur leur attitude, quand ils ont des soucis, quand ils se sentent mal, les enfants et les jeunes répondants donnent à voir deux types de comportement très différenciés selon le genre, avec une violence dirigée vers extérieure pour les garçons et une violence tournée vers l'intérieur pour les filles.

Ainsi Jimmy, 16 ans, explique recourir à la violence quand il a des soucis : « si je suis vraiment en colère, je vais mettre 4 ou 5 coups de poings dans le mur où contre un arbre. La douleur va me calmer ». De même Willy (12 ans) raconte « s'énerver, casser des trucs, taper de partout » quand il a un souci mais il précise : « Ça ne change pas mais ça me défoule ». Alex (13 ans) ne va pas s'attaquer au mur mais à un camarade avant qu'un adulte intervienne : « Y'en avait qui m'énervait. J'ai attendu le soir. Je lui ai demandé pourquoi il m'énervait. Il m'a répondu. On a commencé à se bagarrer. Je n'ai pas eu mal. Quelqu'un est intervenu. Je lui ai dit la situation. Il a dit il faut pas y aller trop fort. C'était le chauffeur du bus que je connaissais ». Marek, 17 ans, ne semble pas non plus pouvoir contenir sa violence, préfère alors pour éviter le conflit « s'éclipser » physiquement et psychologiquement : « J'évite de m'énerver. Je n'arrive pas à me contrôler. Je fais des trucs que je suis pas censé faire. Je me barre c'est mieux. Je suis trop bizarre. Quand je m'énerve ça monte, ça monte. Faut que je tape. Quand je vois que ça monte trop je préfère m'éclipser. Je dis plus rien. Je mets mes écouteurs. J'entends plus ».

Les jeunes filles interrogées expliquent aussi « se mettre en colère » mais elles évoquent alors plus la tristesse qu'elles ressentent comme Lena (10 ans) qui explique: « Je me mets en colère. Je ressens un peu de tristesse » ; ou Emile 14 ans qui dit « craquer, pleurer un bon coup ».

Mais elles pourront aussi « se renfermer » et retourner la violence contre elle-même : « Je me referme comme une huitre et je me taille le bras. Ça fait rien, c'est bien dommage. Sachant que j'ai la polyarthrite, j'ai un seuil de tolérance à la douleur élevé. J'ai été un cobaye ». Certaines évoquent recourir aux cachets, à la drogue et au cannabis pour « ne pas penser », « être posé », « ne plus sentir son corps », « ne penser qu'à la clope même s'il y a toujours les soucis » : « J'ai essayé les cachets, t'as pas le temps de penser, tu dors. T'es aussi bien que si tu avais fumé trois joints. Tu tombes dans les pommes. J'ai fait des lignes. Ça m'est arrivé une ou deux fois de me piquer. Je commence le cannabis. C'est bien mais ça ne dure pas longtemps. Le cannabis c'est bien c'est bio. On le fait pousser sous les tomates chez mon père. Ici à la MDE on est des grands consommateurs de cannabis ». (Manuela 18 ans) ; « Tous les week-end je fume des pétards. Ça fait drôle, t'es posé, tu sens plus ton corps, t'as la flemme de te lever, t'es décontracté. Ma meilleure amie, elle est toujours au courant de mes soucis, elle me dit si tu veux qu'on se voie. On va décompresser. Je fume tous les jours 4 ou 5 cigarettes, ça décompresse. Je pense qu'à la clope même s'il y a toujours les soucis ». (Stella 17 ans)

Classiquement les garçons auront tendance à tourner leur colère et leur violence vers l'extérieur tandis que les filles auront tendance à tourner cette violence contre elles-mêmes. Toutefois, tout deux se rejoignent sur l'idée que cette attitude expiatoire, par le recours à la douleur physique pour oublier « la douleur intérieure », n'a que des effets temporaires qui ne changent pas le problème initial : « Après j'ai mal autre part qu'à l'intérieur donc ça va mais c'est que temporaire » (Manuela 18 ans).

6. Les stratégies d'ajustement des enfants par rapport à leur santé

L'analyse qualitative s'intéresse également au rôle d'acteur de l'enfant ou de l'adolescent dans l'activation des ressources pour sa santé. Quelles stratégies de coping met-il en place en cas de difficultés ? A qui s'adresse-t-il ? Quels sont les soutiens mobilisés ? Quelle est l'attitude dans l'activation de l'aide ? Quelle est la perception des possibilités d'accès aux soins et de l'aide reçue ?

6.1 Les stratégies de coping

« J'écris aujourd'hui ça va pas parce que... »

En cas de difficultés ou de stress, les enfants et adolescents rencontrés lors de l'enquête mettent en place différentes stratégies de coping. Dans un inventaire à la Prévert, on peut citer parmi les stratégies de coping le fait de « sortir se balader », « de rester dans la chambre » (Marek 17 ans), « d'aller prendre l'air », « de fumer une clope » (Jimmy 16 ans), « de lire », « de regarder des photos de familles » (Sally 13 ans), « de se mettre de la musique sur les oreilles », « de faire des crêpes », d'écrire. Ainsi Manuela (18 ans) explique : « je m'écris à moi-même, je fais des poèmes, j'écris : aujourd'hui ça va pas parce que... ». C'est aussi la compagnie des amis ou de la famille qui est recherchée, même si les enfants et adolescents confiés ne souhaitent pas nécessairement leur parler de leurs soucis : « Je vois mon frère, mon grand frère. Des fois je vais avec ma copine, on sort un peu se balader, j'ai pas trop envie de lui parler » (Sally 13 ans) ; « Je sais que quand j'ai un petit coup de blues, j'ai juste à aller voir mes sœurs. Pour gérer le stress, je fais une soirée avec mes copains » (Jimmy 16 ans). Mais comment activent-ils alors l'aide autour d'eux ?

« Quand j'ai un problème de santé, je le garde, je le dis pas. Je laisse le temps passer ».

Une première difficulté identifiée dans l'activation de l'aide et des ressources pour la santé est une tendance prégnante à taire les problèmes en cas de difficultés. Il s'agit d'une habitude ancrée chez ces jeunes ayant été confrontés à de trop nombreuses difficultés « J'en ai trop. J'ai tellement gardé. Je suis habitué à tout ça. C'est trop complexe à expliquer. Pour moi c'est comme ça. Y'a pas de mots pour expliquer » (Marek, 17 ans). Ceci a pu conduire ces jeunes à des tendances à l'isolement et au repli sur soi : « Je suis quelqu'un de renfermé. Si on va pas chercher la petite bête. Maintenant je parle un peu. Je ne serai pas le premier à me lancer. Si tu donnes envie aux autres de te parler ils te parleront » (Jimmy 16 ans). C'est ce qui peut expliquer leur difficulté à parler de leur santé quand ils ont un souci : « Quand j'ai un souci et que je comprends pas, j'ai du mal à parler de ma santé » (Aude 14 ans) ; « Quand j'ai un gros problème je m'adresse à Venda. Quand j'ai un petit problème je le garde avec moi. Je le garde dans ma tête ». (Alex 13 ans) ; « Il y a des choses que je garde pour moi » (Steffi 10 ans).

En cas de soucis liés à leur santé, les enfants et adolescents rencontrés ont tendance à attendre que le problème de santé « passe » de lui-même, comme ils ont attendus que les difficultés parentales de leur famille « passent » : « Quand j'ai un problème de santé, je le garde, je le dst pas. Je laisse le temps passer. Généralement cela se calme un peu après ça passe. Mr C., c'est à lui qu'on dit nos soucis, notre psy. Quand c'est avec maman ça va. Quand je lui parle de mes bêtises avec tata (famille d'accueil), ça fait toujours pareil. Maintenant que ça se passe bien avec tata je lui parle même plus de tata. Je lui parle de si j'ai vu ma maman en visite, de ce que j'ai pas trop aimé des weekends avec papa, quand ils se crient dessus papa et Laurie pour rien. Ça va un peu mieux mais ça ne fait pas que ça continue toujours. De temps en temps, il donne des solutions. Aller dans la chambre et se faire tout petit, aller dehors, laisser passer le temps. Dès que je vais chez tata, je lui raconte tout, elle me rassure, avant je n'arrivais pas trop, ça va après. Au début, j'avais pas trop l'habitude qu'ils se grondent, maintenant j'ai l'habitude ça me fait plus rien. Quand j'ai un souci de santé, je lui parle toujours à la dernière minute. Un jour j'avais une bronchite. Cela faisait déjà trois jours que je dormais pas, j'étais à l'école. Je pensais que ça allait passer. Je ne me sentais pas du tout bien. J'arrivai plus à rester réveillée. Quand j'ai mal un peu de partout, je lui dis. Elle me gronde un peu. Je lui dis toujours à la dernière minute. Je pense toujours que ça va passer ». (Lena, 10,5 ans).

On observe par ailleurs chez trois d'entre eux un rapport inversé à la gravité du problème : plus le problème est gros moins ils vont en parler : « Quand j'ai vraiment un gros souci, je n'en parle pas. Quand j'ai un tout petit souci, j'en parle un tout petit peu » (Aude 14 ans) ; « Quand j'ai est un gros problème, je le dis pas à quelqu'un. Si je n'ai pas de solutions, j'en parle. Si j'ai des solutions je le garde pour moi » (Marek 17 ans) ; « Si je pense que c'est un problème grave, je le garde pour moi. Je pense qu'il faut commencer à le dire quand ça commence à être très grave » (Steffi 10 ans) ; « Quand j'ai mal, je ne compte pas trop sur eux non plus. Je vais me débrouiller toute seule. Quand j'ai vraiment mal, je n'en parle pas trop » (Stella 17 ans). Par ailleurs, il semblerait que plus le problème de santé est d'ordre psychologique et non physique, plus les enfants ont des difficultés à en parler : « si c'est moral, j'en parle un peu à personne, j'ai pas envie de parler à quelqu'un » (Sally 13 ans) ; « Pour le soutien moral, je n'ai jamais demandé de l'aide. Je me suis plutôt renfermée sur moi-même. » (Manuela 18 ans).

C'est peut-être ce qui fait la spécificité de leur rapport à la santé, leur rationalité propre. Pour Giraud¹, les enfants placés tentent par leur mutisme « de se mettre hors d'atteinte de manières éducatives incapables de les comprendre. (...) Leurs manières d'être, de dire et de taire, sont en fait les produits logiques de leur incertitude d'être à autrui, à l'espace, au monde social » : « J'essaye de m'exprimer de plus en plus. Quand les éducateurs me prennent dans le bureau, j'ai du mal à parler. Avec la psychologue, elle pose des questions. Si je n'en parle pas, je vais mal. Si je suis mal, j'essaye de faire montrer aux autres que je vais bien. J'essaye de faire avec. J'ai un psychologue à l'IME, je ne lui en parle pas. Je n'arrive pas à lui en parler. J'essaye mais je n'y arrive pas. » (Aude 14 ans)

¹ Giraud M. Le travail psycho-social des enfants placés. Médecine & Hygiène. Déviance et Société. 2005(4-29) : 463-485.

Il est cependant nécessaire d'analyser plus en avant le réseau sur lequel ils s'appuient dans l'activation des ressources pour leur santé.

« Je m'adresse à un adulte en qui j'ai confiance »

Dans l'analyse du réseau social et des soutiens mobilisés par les jeunes, il n'a pas été possible de tirer profit des questionnaires sur le soutien social. Il semble que le questionnaire a été difficile à remplir pour les enfants et les jeunes rencontrés. Il leur a été notamment difficile de comptabiliser le nombre de supports d'aide reçus de leurs pairs, de leur famille et des professionnels. Les questionnaires étaient donc très incomplets et remplis à la hâte. Comme indiqué plus haut, ceci peut être lié au processus de passation (sur un même temps, nous avons prévu la réalisation de l'entretien et la passation de deux outils) ou au contenu même du questionnaire peut-être inadapté pour des enfants qui ont eu du mal à quantifier le nombre d'aides et de supports reçus. Aussi nous sommes nous uniquement concentrés sur l'analyse du récit des jeunes.

6.2 Cartographie des supports mobilisés par les enfants

Dans l'analyse des supports sociaux mobilisés par les jeunes pour leur santé, on peut identifier trois types de discours liés au parcours de prise en charge et à la durée et la nature du placement.

Première catégorie : les enfants dont les supports principaux sont les professionnels

Pour les enfants placés de longue date dans des lieux stables, c'est principalement vers les professionnels qu'ils se tournent en ce qui concerne leurs problèmes de santé. Pour les jeunes en internat, l'accès au rendez-vous passe par les éducateurs pour une mise en contact par la suite avec les médecins et autres professionnels médicaux : « Quand il y a un souci, j'en parle aux éducateurs, à Murielle, ils prennent rendez-vous et on y va (Je m'adresse à mon médecin. A chaque fois que je le vois, je lui pose des questions. Si j'ai un souci mental, je m'adresse à la psychologue, elle m'écoute, elle ne m'apporte pas de solutions à proprement parler. Elle me donne son avis et moi je fais en conséquence ». (Manuela 18 ans). Dans les familles d'accueil, c'est l'assistante familiale, parfois qualifiée de « tata » ou de « maman » qui joue alors le rôle d'activation des ressources autour de la santé de l'enfant : « Quand j'ai un problème, je m'adresse à ma mère (l'assistante familiale). Elle regarde ce que j'ai. Elle me donne des médicaments. Elle m'emmène chez le médecin. (Steffi 10 ans) ; « Quand je ne vais pas bien, je le dis à ma famille d'accueil. Elle regarde si ça ne va pas. Elle appelle le Dr. Elle me donne des médicaments pour que ça passe ». (Sahara 10,5 ans) ; « J'en parle à tata. Et après je vais mieux » (Lena 10,5 ans) ; « Quand je suis inquiet, je m'adresse à Venda. Elle me console. Elle me prend dans ses bras » (Alex 13 ans) ; « Avec ma famille d'accueil, j'arrive mieux à lui confier mes soucis, elle parle avec moi, ça va mieux après ». (Aude 14 ans).

Selon les domaines concernés, les enfants et les jeunes en internat et en famille d'accueil peuvent alerter différents acteurs autour de leur santé globale : « Si c'est un problème médical, j'en parle à tout le monde, si c'est un problème scolaire, j'en parle aux référents scolaires, aux profs, à mes potes, si c'est un problème familial aux éducateurs, aux assistantes sociales, si c'est un problème affectif, je le garde tout seul, si c'est un souci avec ma copine, j'en parle à l'assistante sociale, si c'est un problème de santé, j'en parle aux éducateurs, j'avais mal aux côtes, je m'étais coincé un nerf. On avait rendez vous avec le médecin. Le médecin il m'a donné des médicaments » (Marek 17 ans) ; « Qui s'intéresse à tes problèmes ? Tata, Philippe celui qui dit après au juge. Après ça va un peu mieux. Quand c'est un truc urgent et que je ne veux pas le garder le lui dit. Je lui parle que de ma maman. De temps en temps je lui dis, de temps en temps je ne lui dis pas trop. Mr Chapuis, c'est à lui qu'on dit nos soucis, notre psy » (Lena 10, 5 ans) ; « Quand j'ai un souci par rapport à ma mère, j'en parle à la FA un peu, pas trop aux éducateurs. Quand j'ai un souci à l'école, j'en parle aux gens de l'école » (Alex 13 ans). Tout se passe comme si les enfants et les jeunes avaient identifié différents registres de pratique de la parentalité et s'adressaient aux différents professionnels partageant ces tâches de suppléance à la fonction parentale. Il semblerait néanmoins que parmi les domaines identifiés, certains besoins restent pour certains jeunes non couverts : « quand c'est un problème familial, je m'adresse à personne, je le garde pour moi, quand c'est un problème à l'école, je n'en parle à personne, quand c'est un problème de santé j'en parle à l'infirmière. » (Willy 12 ans)

Mais encore faut-il pour mobiliser les ressources autour de la santé que le professionnel soit identifié comme un adulte de confiance : « Je m'adresse à un adulte en qui j'ai confiance : le médecin, ma famille, le psychologue » (Alex 13 ans) ; « C'était le meilleur éducateur. Il était à l'écoute. Y avait une relation de confiance. Je n'avais pas l'impression qu'il avait une vie à l'extérieur. Il me racontait sa vie en rentrant. Normalement il n'avait pas le droit. Maintenant il y a G normalement c'est un bon éduc mais c'est quand même pas comme mon premier éducateur ». (Manuela 18 ans).

Ceci est d'autant plus important pour ces jeunes placés depuis longues dates que les membres de la famille biologique ne semblent plus être des supports mobilisables pour leur santé. « Je ne veux pas embêter ma mère avec ce genre de choses. Avec mon père ça ne fonctionne pas » (Manuela 18 ans) ; « Mon frère, je lui parle mais pas de mes soucis. Ma grande mère, je ne lui dis pas mes soucis, ça ne la concerne pas ». (Aude 14 ans) ; « Mes frères et sœurs, je ne sais pas leur réaction si je leur demande un coup de main. Je ne sais pas comment ils vont réagir ». (Alex 13 ans) Le recours au groupe de pairs peut alors servir de dernier support : « C'est plus facile de parler à des jeunes de mon âge qu'à des adultes ». (Manuela 18 ans).

Dans cette première catégorie, les supports de santé sont liés à la construction d'une relation de confiance avec les acteurs éducatifs et au tissage de liens électifs avec les acteurs de la suppléance familiale.

Deuxième catégorie : les enfants pour lesquels la famille biologique reste le support principal

A contrario pour les enfants placés depuis une plus courte période, la famille biologique reste le support principal dans l'activation des ressources pour la santé : « si je suis malade je vais en parler à ma mère, je vais voir un médecin, je vois l'infirmière. Je vais en parler à mon entourage, à mes amis, un peu à ma famille. C'est ma famille qui sait le plus comment je vais réagir même avant que je fasse les trucs. C'est ma mère qui s'intéresse le plus à ma santé. J'avais ma famille sur le dos. Ils m'ont dit si t'arrêtes pas tes conneries, on va te laisser tomber. Ce qui m'a fait réagir c'est de voir toute ma famille s'inquiéter pour moi, de voir que quand tout le monde vous abandonne dans une jungle. Tout seul ce n'est pas conseillé ». (Jimmy 16 ans). « Si je ne vais pas bien, ma mère va me demander ce que j'ai et je vais lui expliquer. Quand j'ai un problème, je m'adresse à ma meilleure amie. Quand j'ai un problème de santé je m'adresse à ma mère. J'appelle le médecin ou je vais à l'hôpital voir ce que j'ai. » (Stella 17 ans) Mais là encore, le fait de parler de ses soucis de santé n'est pas chose aisée et il est nécessaire que cela soit à des personnes de confiance : « Si c'est petit, je vais le garder pour moi. Si c'est assez gros, je vais en parler aux gens de confiance ». (Jimmy 16 ans). Les professionnels jouent dans ce cas de figure un rôle moins important : « Chez le médecin, j'y vais sans plus, pas pour raconter ma vie, les éduc je leur parle de temps en temps ». (Jérémy 16 ans) Même si on observe là aussi une répartition des rôles attribués à chacun selon le domaine concerné : « Je m'adresse à ma mère si j'ai besoin de quelque chose et que c'est urgent, les éduc quand je ne vais pas bien, à ma copine quand je suis coincé quelque part » (Jérémy 17 ans). Dans cette cartographie des soutiens mobilisés, les supports des pairs sont également très importants mais il s'agit là souvent de relations extérieures à l'institution : « Je dois avoir 8, 9 amis je sais que c'est des gens sur qui je peux compter. Mes amis à chaque fois que j'ai un petit souci ils m'aident. Ici c'est pas des copains c'est des gens comme ça. Ce n'est pas avec eux que j'irais faire des fêtes, on n'est pas dans les mêmes délires. On a pratiquement rien en commun. Ce n'est pas des soutiens ». (Jimmy 16 ans) ; « Ceux qui m'écoutent le plus c'est ma cousine et mes potes. Je ne demande pas d'aide aux adultes » (Stella 17 ans).

Troisième catégorie : les enfants isolés sans support social perçu ni de la famille, ni de l'institution

Enfin certains enfants apparaissent être entre deux rives, placés récemment ou déplacés et replacés, ils ne paraissent plus percevoir de soutiens ni du côté la famille ni du côté de l'institution. Ils sont contraints alors de se débrouiller par eux-mêmes dans l'activation des ressources pour leur santé : « A qui tu fais appel ? A personne, je me débrouille seule. J'essaye de surmonter ça. Chez moi, j'avais l'habitude de me confier à ma mère mais je la vois moins. Je n'ai plus personne à qui me confier au foyer. C'est dur de me confier à quelqu'un. Je voudrais bien me confier à mon frère, mais il y a toujours quelqu'un qui rentre. J'en parle à une seule éducatrice. J'arrive à me confier. Il n'y a aucun prof qui arrive à me comprendre à part le prof d'histoire mais il n'est pas souvent en salle des profs. L'infirmière elle est rarement là ». (Emilie 14 ans). Le sentiment qui prédomine est alors un sentiment de solitude et d'isolement : « Qui répond à tes problèmes ? Plus beaucoup de gens, mon frère et ma famille. Les professionnels ils ne savent pas ». (Aude 14 ans).

Aucune relation de confiance ne semble pouvoir se nouer ni avec la famille, ni avec les professionnels, ni avec les pairs : « J'en parle à ma sage-femme. Le médecin c'est un crétin. Il dit que prenez le cachet. Il sait rien faire. J'en parle des fois à mon copain, mais c'est des fois aussi un abruti. Il est bien mais il ne sait jamais quoi dire. Il ne parle pas beaucoup. Quand j'ai un problème, j'appelle Christelle mon éducatrice et quand je me sens vraiment pas bien, elle m'emmène à l'hôpital et après je me confie à ma sage femme » (Zora 19 ans). Dans ce troisième cas de nombreux besoins de santé apparaissent alors non couverts : « Si j'ai des soucis de santé, je vois avec mon médecin traitant. Il ne s'occupe pas des problèmes de blocage à l'école. Je m'adresse à ma mère. Il est difficile de savoir à qui faire appel. Le médecin, ils m'ont dit qu'il pouvait rien faire. Les educs ils m'ont encore rien proposé ». (Emilie 14 ans).

« L'accès au médecin c'est un peu difficile »

Le vécu de l'accès au soin est également très différencié selon les enfants et les jeunes interrogés. Pour certains, l'accès aux ressources sanitaires ne semble pas poser de difficultés alors que pour d'autres cela semble compliqué : « Ce n'est pas facile d'avoir accès au médecin. En foyer on a du mal à en trouver. Après on a trouvé un mais il est loin ». (Alex 13 ans). Mais un élément commun des discours est le difficile accès aux spécialistes : « Pour accéder à l'infirmière c'est facile. Pour une prise en charge spécialisée c'est plus compliqué. Il faut qu'ils en parlent en réunion ». (Jérémy 17 ans). Un élément important du discours est l'accès seulement indirect et distancié qu'ils disposent par rapport aux ressources médicales : « L'accès au médecin c'est un peu difficile, on a le psychiatre de l'école. Moi je n'ai pas le besoin de parler avec lui. Si on veut un rendez vous cela serait difficile. Il consulte avec les parents. Avant il y avait une autre dame on pouvait lui parler quand on voulait » (Jérémy 17 ans).

6.3 Typologie du rapport à l'aide

A partir de la cartographie des réseaux et supports mobilisés par les jeunes dans l'activation des ressources pour leur santé, on peut également dresser une typologie des rapports à l'aide. Trois modèles se dessinent : le recours et la satisfaction par rapport à l'aide reçue, le recours à l'aide et le fatalisme et la méfiance et l'évitement de l'aide.

Le recours à l'aide et la satisfaction par rapport à l'aide reçue

Les enfants du premier idéal-type « le recours à l'aide et de la satisfaction par rapport à l'aide reçue », ont pu nouer des relations de confiance avec des adultes auxquels ils sont à même de se livrer et qui sont à leur écoute : « J'arrive à leur dire. Ils réagissent bien. » (Ali 10 ans) ; « J'en parle à l'infirmière de l'école. Je demande un mot pour monter la voir. Elle regarde les blessures, les griffures, les brûlures. Elle est gentille. J'en parle à deux trois educs de l'IME que j'aime bien. Ils me comprennent. Ils sont gentils.

Quand j'ai un problème, je vais le voir. Souvent ils me reçoivent. Ils me disent oui ça va aller. Je n'ai pas eu de retour. Non je ne peux pas discuter avec toi. Ils ont toujours le temps pour écouter ». (Jérémy 17 ans).

Ils partagent un vécu commun de réponses adaptées à leur situation : « Oui les réponses sont adaptées » (Alex 13 ans) et d'une résolution de problèmes suite à l'intervention : « Ils parviennent à résoudre les problèmes » (Ali 10 ans). Ils s'en remettent alors aux adultes dans les décisions prises : « Ils répondent beaucoup plus aux adultes. C'est eux qui décident. J'ai l'impression de ne pas devoir trop décider ». (Ali 10 ans)

Le recours à l'aide et le fatalisme

Un deuxième idéal-type est représenté par les enfants et les jeunes qui font appel à l'aide et qui l'ont reçue mais qui expérimentent l'impuissance des réponses des adultes : « S'il y a un truc possible, ils répondent oui, si c'est pas possible... » (Sally 13 ans). L'impuissance peut être liée à la non maîtrise d'un avenir incertain dans un contexte de marché du travail difficile : « J'en ai parlé une fois (de mon avenir) j'ai pas eu trop de retour c'est comme ça quoi. » (Jérémy 17 ans). Elle peut être liée à des questions sociétales qui dépassent le champ de compétence des travailleurs sociaux : « Les éducateurs ils t'aident c'est ça qu'est déjà bien s'ils peuvent t'aider à faire tes maths, à rattraper les cours. Cela me permet de me sentir mieux mais après ils peuvent faire quoi. Je sais pas ils ont pas de pouvoir sur la politique. ». (Stella 17 ans) Elle peut aussi être liée à l'impossibilité pour les adultes de mettre fin à la situation familiale difficile : « Mr C., c'est à lui qu'on dit nos soucis, notre psy. Quand c'est avec maman ça va. Quand je lui parle de mes bêtises avec tata, ça fait toujours pareil. Maintenant que ça se passe bien avec tata je lui parle même plus de tata. Je lui parle de si j'ai vu ma maman en visite, de ce que j'ai pas trop aimé des weekends avec papa, quand ils se crient dessus papa et Laurie pour rien. Ça va un peu mieux mais ça ne fait pas que ça continue toujours. » (Lena 10,5 ans). Elle peut être liée à l'absence de réponses des adultes face à la pluralité des liens et des espaces de vie de l'enfant : « L'éducateur il m'a demandé si je voulais rentrer chez moi, je lui ai dit oui. Il m'a demandé dans combien de temps j'allais rentrer, je lui ai dit que je savais pas. Il m'a répondu qu'il savait pas non plus. Il n'a pas voulu me dire. Il ne veut pas me vexer. Il ne veut pas que j'y retourne avant ma majorité. Parce que mon papa il me battait il me donnait des coups. Je le vois plus maintenant. Avec ma mère, ça allait moyen, elle aussi elle me frappait. Maintenant ça va mieux. Je sais qu'elle ne va pas recommencer. Elle me l'a dit. Il faut que j'attende pour lui en parler, soit elle me dit oui j'y vais. Soit elle me dit non je vais pas insister ». (Alex 13 ans) Ce qui prédomine alors dans leurs discours c'est un sentiment de fatalisme : « c'est comme ça quoi » (Jérémy 17 ans).

La méfiance et l'évitement de l'aide

Une dernière catégorie d'attitude par rapport à la recherche d'aide pour la santé, peut-être la plus fréquente pourrait être qualifiée de méfiance et d'évitement. Ces enfants n'ont pas réussi à nouer des relations de confiance avec les acteurs éducateurs éducatifs et ne disposent plus de beaucoup de supports familiaux. Ils ont construit une habitude de ne compter que sur soi même.

On note donc dans cette catégorie l'absence d'identification par les enfants et les jeunes des supports disponibles et une déception par rapport à l'aide reçue : « Je ne sais pas à qui demander. Quand j'ai demandé ça n'a pas donné grands choses » (Manuela 18 ans).

Ce qui est très présent dans ce premier modèle, c'est la crainte de parler de ces problèmes de santé à des inconnus par crainte que les parents ou d'autres personnes puissent être mis au courant : « Le dernier problème que j'ai eu c'est la peur de me retrouver enceinte. J'ai été au planning familial avec ma cousine, vu que je suis plus grande qu'elle mais elle est plus grande que moi dans sa tête. Elle a pris rendez-vous. J'ai trouvé cela bizarre. Tu n'es pas à l'aise. Ils te posent plein de questions, t'as peur qu'ils disent à tes parents. Je ne parle pas trop avec les gens qui ne me connaissent pas ». (Stella 17 ans) ; « Je me méfie surtout des gens qui répètent à tout le monde que tout le monde sache ». (Aude 14 ans).

Une autre crainte partagée par les enfants et jeunes appartenant à ce troisième idéal type, c'est la peur des questions auxquelles ils vont devoir répondre : « j'ai peur que ça empire. Ils vont me poser 40 000 questions » (Willy 12 ans).

Mais surtout ces enfants partagent le vécu de réponses absentes « le médecin, ils m'ont dit qu'il pouvait rien faire. Les educs ils m'ont encore rien proposé. » (Emilie 14 ans) ; le vécu de réponses incohérentes : « Je n'ai pas toujours les mêmes réponses. A mon éducatrice je lui en parle pas trop de ma grossesse car elle m'a déjà menti et trahi une fois. Je me suis embrouillée avec mon éducatrice. Quand c'est comme ça je cherche même pas à parler avec. J'ai la CMU. Je suis suivie par un psychologue sauf que je ne le vois pas toujours. Un psy pour moi c'est comme si tu étais folle. » (Zora 19 ans) ; le vécu de réponses incompréhensibles : « Quand j'ai un souci de santé, j'en parle à l'infirmière de l'IME. Quand j'ai un souci est que je comprends pas, j'ai du mal à parler de ma santé. Je peux me sentir en forme mais je fais la tête. Elle le voit. Il y a une semaine, je n'étais pas bien. Ils ont du me mettre sous médicament. C'est quelque chose pour me calmer, pour rester calme. Ils répondent à tous ce qu'on leur dit, mais moi de temps en temps je ne comprends pas. » (Aude 14 ans) ou inefficaces : « Quand j'ai un souci, je demande à ma famille d'accueil. Mais elle ne répond pas à mon attente. Du coup je fais rien ». (Sahra 10,5 ans) ; « Quand on s'occupe de mes problèmes, ça ne m'aide pas à me sentir mieux » (Willy 12 ans) ; « J'ai vécu beaucoup de situations où l'aide ne m'a pas apporté. Ça c'est au quotidien » (Marek 17 ans). Ceci peut conduire les enfants à l'inaction ou à ne compter que sur eux-mêmes : « je vais écouter et après je vais en faire qu'à ma tête. Je ne vais écouter personne d'autres que moi ». (Stella 17 ans)

7 Conclusion

Cette analyse qualitative sur la santé perçue permet de confirmer les données objectives recueillies, avec une atteinte massive des différentes dimensions de la qualité de vie. Elle permet, de plus, de comprendre le sens que les enfants et adolescents attribuent à leurs difficultés avec par exemple des problèmes de sommeil liés à des soucis qui « trottent dans la tête », en raison de préoccupations pour leur famille et leur avenir. Notre recherche confirme l'hypothèse présente dans l'étude INSERM de Choquet² d'une perception plus dégradée de leur santé chez les enfants de la protection à l'enfance. En effet, si dans cette enquête 82 % des adolescents de 14 à 20 ans pris en charge par les services de la PJJ se déclarent lors de l'enquête plutôt « bien portants », cette proportion est inférieure à celle de la population générale du même âge (95% d'après le Baromètre santé 2000).

Par ailleurs nous avons pu montrer que le rapport à la santé et à l'activation de support pour la santé est étroitement lié à la qualité des liens construits avec les acteurs éducatifs ou préservés avec la famille. Nous avons pu ainsi au travers de l'analyse des réseaux sociaux mobilisés établir une typologie du recours à l'aide pour la santé au travers de trois catégories : le recours aux soins avec satisfaction, la méfiance et l'évitement de l'aide, le recours à l'aide mais avec le maintien d'un sentiment de fatalisme. Notre étude confirme l'idée, présente dans l'étude de Dany³ sur les jeunes PJJ, d'un rapport spécifique à la santé chez les enfants confiés qui convoque des problématiques plus larges, liées à l'estime de soi, à la projection vers l'avenir, et au rapport aux institutions. Elle attire ainsi l'attention sur les facteurs sociaux explicatifs des inégalités de santé⁴ et confirment l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence, et de la reconnaissance dans le rapport à la santé.

Les limites de notre recherche restent cependant dans le caractère restreint de l'échantillon interrogé, qui plus est très divers en termes de type de situations et d'âges des répondants. Néanmoins, la triangulation des approches avec notamment le croisement des données objectives et subjectives peuvent venir accréditer la qualité des données recueillies.

² Choquet M, Hassler C, Morin D. Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur public) sept ans après ; Paris : Inserm ; 2010:193.

³ Dany L. Jeunes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Rapport final, ORS PACA ; 2003 :97.

⁴ Fassin D. Avant propos. In: Inégalités et santé. Problèmes politiques et sociaux, Paris: La Documentation française. 2009(960) :136.

Troisième partie

Les pratiques professionnelles

1. Introduction

La 3^{ème} phase de l'étude, s'appuyant sur les données des deux phases précédentes, a consisté, à partir d'entretiens, à identifier les pratiques professionnelles quant à la prise en compte des questions de santé des enfants confiés.

Elle vise à compléter les enseignements des deux phases précédentes pour permettre à terme d'élaborer des recommandations pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants.

Cette phase d'étude s'articule en 4 chapitres :

- présentation de la méthode (établissements et professionnels interviewés, élaboration de l'outil de recueil des données, mode d'administration du questionnaire, mise en place d'un focus group autour des recommandations) ;
- présentation des résultats ;
- analyse / discussion ;
- propositions de recommandations qui constituent un résultat attendu de l'étude.

Il s'agit d'une proposition de recommandations issues des enseignements de l'étude, préalablement soumise pour validation au groupe de coordination de l'étude avant d'être mise au débat dans un focus group réunissant des professionnels enquêtés.

2. Méthode

2.1 Les professionnels

Au cours de cette phase de l'enquête 30 entretiens ont été réalisés auprès des professionnels en charge des enfants confiés au titre de la protection de l'enfance. Ces professionnels exerçant soit en établissement, soit dans le cadre de la Direction de la Protection de l'Enfance du Conseil général de Haute-Savoie. Par ailleurs, afin d'obtenir une vision la plus complète, le choix a été fait de rencontrer des professionnels se situant à différents niveaux du parcours de l'enfant confié :

- pour le Conseil général de Haute-Savoie : responsables de service, responsables techniques, référents accueil (nouvelle appellation des référents placement), assistantes familiales.
- pour les établissements : directeurs d'établissements, équipes éducative et médico-sociale (chef de service, éducateur, infirmière, psychologue), agents de service (maitresse de maison et lingère).

2.2 Les établissements

Le panel d'établissements a été constitué sur la base des conseils du Dr. Isabelle Bourgeaux qui a réalisé des bilans de santé auprès de 318 enfants et de Pierrine Robin qui a réalisé des entretiens auprès de 16 enfants. En effet leurs interventions ont facilité la prise de rendez-vous. Ainsi les établissements concernés par l'enquête sont : le Village du Fier situé à Pringy, la Maison d'Enfants Saint Benoit située à Annecy et la Maison des Enfants (MDE) située à Annecy le Vieux.

Il est à noter que ces établissements présentent des caractéristiques différentes :

- Village du Fier : cet EPAD⁵ gère une vingtaine de services avec une capacité d'accueil de plus de 200 places (CAP, unité éducative, service de suite, SAFE, foyer éducatif, service extérieur,...) l'hébergement peut être complet, séquentiel, en accueil d'urgence. Le l'âge des publics accueillis est de 3 à 21 ans. Les modes d'accueil sont mixtes pour la plupart à l'exception de 2 services (CAP Marignier pour un accueil filles et La ferme de la Corbattaz pour un accueil garçons). Le territoire d'intervention en fonction des services est le département, Annecy, la vallée de l'Arve.
- La Maison d'Enfants Saint Benoit : Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), cet établissement géré par Les Apprentis d'Auteuil s'adresse à tout enfant ou adolescent orienté par les services de l'ASE. Il est composé :
 - o d'une unité d'hébergement de 30 places mixtes ou accueil « fratries » destinée aux enfants de 6 à 18 ans venant du bassin annecien.
 - o d'une unité d'hébergement de 8 places « La villa » organisé en accueil collectif pour des garçons de 11 à 16 ans présentant des troubles du comportement nécessitant un encadrement éducatif et psychologique renforcé. Ces jeunes doivent venir du département de la Haute-Savoie.
 - o D'un service d'accueil de jour de 15 places mixtes pour des jeunes de 8 à 16 ans nécessitant un soutien éducatif, scolaire et un accompagnement parental.
- La Maison des Enfants : cet établissement géré par l'association Maison des Enfants accueille 20 mineurs de 4 à 18 ans au sein de son établissement du Bray et 10 jeunes de 16 à 18 ans sur des places externalisées. Elle bénéficie d'une double habilitation, ASE et Justice au titre de l'assistance éducative et au titre de l'enfance délinquante.

2.3 Elaboration de l'outil de recueil des données

La grille d'entretien a été établie en prenant compte des données des phases précédentes.

Cette phase de l'étude, qui s'attache à identifier les pratiques des professionnels, impose d'organiser le questionnement autour des éléments suivants :

- Les représentations que les professionnels ont de la santé. Les représentations étant constituées d'un ensemble de normes, valeurs et modèles culturels pensés et vécus par les individus, elles guident les comportements et les pratiques.

⁵ EPAD : Etablissement Public départemental Autonome

- Les connaissances que les professionnels ont de la santé des enfants dont ils ont la responsabilité : il s'agit ici de repérer le niveau de connaissance (qui sait ? que sait-on ?), de repérer si la circulation de l'information concernant la santé s'effectue de manière formelle ou informelle (un écrit fait-il trace ?), de vérifier si des problèmes de santé évoqués par les enfants sont également observés par les professionnels.
- Les pratiques s'attachent à voir, à partir de la place de chaque professionnel, quelles actions sont mises en œuvre pour la santé de l'enfant (éducation pour la santé et prise en charge de problèmes de santé), à repérer s'il existe des environnements favorables (ou défavorables) à la santé des enfants.

Les questions de la grille d'entretien sont organisées selon ce plan, avec ajout de questions complémentaires afin de préciser les questions principales.

La grille d'entretien a été testée auprès de deux professionnels. Ce qui a permis de recueillir d'une part les informations attendues et d'autre part de prendre en compte les incompréhensions et difficultés à répondre aux questions. Les réajustements liés à des reformulations et clarifications nécessaires ont été effectués par les deux enquêtrices avant de rencontrer les autres professionnels.

2.4 Mode d'administration

2.4.1 Démarche

Cette phase de l'enquête qui était initialement prévue par entretien téléphonique s'est déroulée dans sa plus grande part en vis-à-vis, sur les secteurs d'Annecy et de Thonon.

Certains entretiens ont pu être menés de manière collective (un groupe « métier » constitué) permettant aux professionnels de bénéficier de regroupements habituellement institués (par exemple : la réunion mensuelle à Annecy des responsables techniques des six secteurs du département) et leur évitant ainsi des déplacements spécifiques à l'étude.

Pour les professionnels exerçant en établissement, le chef d'établissement a été informé par mail ou téléphone de la démarche, a donné son accord et a permis d'établir le lien pour la prise de rendez-vous avec son équipe.

Pour les personnels du Conseil général de Haute-Savoie, le chef de service Assistants Familiaux et le chef de service Territoire Annecy Ouest ont également facilité la participation des professionnels de leurs équipes.

Conduit par une personne, l'entretien dure environ 60 minutes. La grille d'entretien, comprenant les questions principales, a été adressée au préalable par mail à chaque personne enquêtée afin qu'elle puisse apprécier le type de questions posées et se préparer à l'entretien. A l'issue des entretiens, les professionnels interviewés ont été informés de la suite de la démarche comprenant la tenue d'un focus-group courant janvier 2012 auquel ils seraient invités.

2.4.2 Entretiens

Il convient tout d'abord de souligner la qualité de l'accueil réservé aux deux enquêtrices : les chefs de services et responsables d'établissements ont accepté que les professionnels se libèrent de leurs obligations quotidiennes pour participer à l'enquête, tous les rendez-vous ont été honorés aux horaires et sur les sites prévus, toutes les personnes sollicitées ont accepté l'entretien et ont répondu aux questions avec un fort degré de motivation et de qualité. La plupart des professionnels ont manifesté l'intention de participer au focus-group annoncé.

Non seulement les professionnels avaient pris connaissance de la grille d'entretien, mais la majorité d'entre eux avaient connaissance de la phase d'enquête réalisée en phase 1 par le Dr. Isabelle Bourdeaux et y ont fait référence durant l'entretien.

Au total 38 personnes ont été interviewées pour cette étude (30 prévues initialement) :

- 33 en vis-à-vis
- 5 par téléphone

Les catégories de personnes interviewées se répartissent comme suit :

Origine	Métiers	Nombre
Direction de la Protection de l'Enfance - CG 74	Chefs de service	2
	Responsables techniques	7
	Référents accueil	5
	Assistants familiales	3
Etablissements (3)	Directeurs	2
	Responsable administratif	1
	Cadres socio-éducatifs	2
	Chefs de service	3
	Educateurs	5
	Infirmières	3
	Psychologue	1
	Maîtresse de maison	3
	Lingère	1
	TOTAL	38

A l'issue des entretiens un courrier de remerciement a été adressé à l'ensemble des participants à cette phase d'enquête ; les directeurs d'établissements et les chefs de services ont relayé auprès de leurs équipes ce courrier.

Début janvier, un second courrier précisait également la date du focus-group auquel était convié l'ensemble des personnes rencontrées.

3. Résultats

L'ensemble des résultats présentés s'appuie sur les déclarations des différents professionnels rencontrés. Le choix de présentation des résultats s'articule autour de 3 parties, fidèles au déroulé des entretiens : en premier lieu les représentations, puis les connaissances et enfin les pratiques des professionnels (les questions sont rappelées et scandent la présentation).

Dans certaines parties, notamment celles concernant les connaissances et les pratiques, des regroupements thématiques ont été effectués afin de faciliter la lecture. Les expressions entre guillemets et en italique correspondent à des propos de professionnels et viennent illustrer ces thématiques.

3.1 REPRESENTATIONS

Pour vous la santé, qu'est-ce que c'est ?

La définition de l'OMS de la santé « *bien-être physique, mental et social* » fait référence auprès des professionnels rencontrés. Dans l'ensemble, la santé n'est pas seulement vue sous le versus de l'absence de maladie, mais envisagée dans une globalité. Cependant dans l'approfondissement du discours, cette définition est souvent tronquée et interprétée comme d'un côté une santé physique et de l'autre une santé morale, psychique et/ou mentale. Seules quelques personnes interrogées évoquent la globalité de la santé en y intégrant des dimensions de bien-être.

La « *santé physique* » fait référence aux maladies possibles, présentes ou potentielles. La « *santé physique* » fait aussi référence à l'état du corps de l'enfant et à la surveillance d'agressions qu'il aurait pu subir, avec la possibilité de signalement si nécessaire.

La « *santé morale* » est assimilée au bien-être de l'enfant, à sa joie de vivre. « *Etre heureux de vivre, avoir le sourire* ». « *Le grand, il a mis un an avant de sourire* ».

Derrière ce vocable, les professionnels peuvent faire référence au placement de l'enfant mis en œuvre pour son bien. Cependant, pour certaines personnes enquêtées, le processus de placement peut parfois mettre à mal l'intention de bienveillance pour lequel il est mis en place.

Certains professionnels proposent une vision moins cloisonnée en établissant des liens entre le physique et psychologique. La question de l'hygiène est citée pour illustrer cette vision « *La santé c'est la propreté. Si l'hygiène est propre, l'enfant se sent bien* ».

La santé est vue non pas comme une finalité mais comme un moyen, une potentialité « *d'avoir des projets* ».

Une réciprocité peut également être soulignée entre la santé des enfants et la santé des équipes. « *Quand les enfants vont mal, les équipes vont mal, ou sont plus soudées. Quand tout va bien, on regarde plus le détail* ».

3.2 CONNAISSANCES

3.2.1 Connaissez-vous l'état de santé des enfants que vous accompagnez ?

Le degré de connaissance que les professionnels ont de la santé des enfants semble dépendre principalement de 2 éléments :

- Le parcours initial du jeune : plus le jeune a connu de placements et plus l'information est difficile à avoir, elle semble même perdue dans certains cas ;
- La connaissance de l'état de santé initial de l'enfant est différente suivant les catégories professionnelles. Les responsables administratifs ainsi que le personnel de maison ne connaissent pas précisément l'état de santé des enfants sauf en cas de troubles majeurs ou de problèmes impactant directement leurs activités professionnelles. Dans les établissements, c'est l'équipe éducative (et principalement les éducateurs) qui s'occupe de la santé de l'enfant et qui le cas échéant transmet l'information à la direction, ou au personnel de maison. Lorsqu'elle est présente, l'infirmière de l'établissement vient en appui à l'équipe éducative mais ne se substitue pas à leurs responsabilités. Pour ce qui est de l'accueil par un assistant familial, c'est lui seul qui gère la santé de l'enfant. Dans les deux cas, des informations, suivant leur importance, sont échangées avec le Référent Accueil.

Il a été souligné à plusieurs reprises des difficultés liées à l'accès et/ou à la circulation de l'information. Certains professionnels font mention des limitations induites par le respect du « secret médical », d'autres de l'information à caractère secret qu'ils nomment plutôt « information utile partagée ».

Il est constaté tout de même que si certaines informations écrites sont accessibles aux professionnels (comme le carnet de santé) d'autres sont conservées par les soignants, l'infirmière de l'établissement pour certains comptes-rendus médicaux, les médecins et psychologues, pour ce qui concerne les possibles problématiques de santé mentale de l'enfant. Cependant, certaines infirmières se plaignent que des documents qui devraient être sous couvert du secret médical puissent parfois être accessibles à tous les professionnels. Ce manque de discrétion sur des informations pouvant être intimes est regretté et considéré par ces professionnels comme allant à l'encontre du principe éducatif du respect de l'autre.

Plusieurs documents sont susceptibles de fournir des renseignements sur la santé des enfants :

- **Les documents initiant le placement de l'enfant** (décision de justice et rapport qui en découle) : pour ces documents il semblerait qu'aucune information sur la santé de l'enfant ne soit présente. Les éventuels problèmes de santé évoqués à l'occasion du contact entre le travailleur social, qui est à l'origine du rapport, et les services de protection de l'enfance, qui vont suivre l'enfant durant le temps de son placement, ne semblent pas soumis à une procédure précise.
- **Le dossier général** des enfants, incluant des informations médicales, ce document est en consultation au Conseil général au service de la Protection de l'Enfance.

- **Le contrat d'accueil.** L'arrivée d'un enfant dans une famille fait l'objet d'un contrat d'accueil. Ce document peut notamment comprendre la photocopie des pages concernant la vaccination des enfants ainsi que les justificatifs de ses droits à l'assurance maladie (carte CMU).
- **Le bilan trimestriel** adressé à la Direction de la protection de l'enfance par les assistantes familiales comporte une rubrique santé. Si celle-ci est renseignée plus ou moins précisément, il faut noter, depuis quelques temps, une amélioration ; le service qui réceptionne cette fiche constatant que la mention « rien à signaler » devient moins fréquente.
- **La fiche médicale** relatant ses antécédents médicaux est parfois présente dans le dossier de l'enfant disponible dans l'établissement. Elle peut être renseignée avec les parents lors de la visite de pré-admission. L'infirmière de l'établissement n'est pas présente à cette rencontre et ne peut s'informer directement auprès des parents d'éventuels problèmes de santé de l'enfant. Elle demande alors les renseignements par écrit aux professionnels présents à l'entretien. Selon les infirmières, il apparaît parfois difficile pour les éducateurs de comprendre la nécessité d'écrire des informations qu'ils pourraient restituer oralement.
- **Le carnet de santé**, quand il existe, différentes situations sont présentées :
 - o Il est conservé par les parents ;
 - o Il est conservé par les parents et une photocopie peut être faite pour l'établissement et ou l'assistant familial ;
 - o Il est transmis à l'assistant familial ou à l'établissement. Dans l'établissement il est mis sous clef avec la carte CMU et disponible pour l'équipe éducative ou disponible à l'infirmier sous couvert de l'infirmière.

La manière dont est renseigné le carnet de santé peut-être systématique ou plus aléatoire ce qui conditionne le niveau de connaissance des uns et des autres. Quand il existe, le carnet de santé est un document qui permet de connaître les antécédents médicaux de l'enfant, le suivi sanitaire ; le développement de l'enfant ; l'ensemble de ces éléments font de ce document un outil utile au suivi du développement de l'enfant dans sa globalité. Les éducateurs ou assistants familiaux s'y réfèrent lorsqu'ils peuvent le consulter. Certains établissements ont mis en place une double lecture du carnet de santé :

- o administrative pour le suivi chronologique des évènements propres à l'enfant, par exemple le rappel des dates de vaccinations ;
 - o médicale par l'infirmière permettant ainsi de mieux identifier certains problèmes de santé.
- **Des comptes-rendus médicaux**, des fiches de suivis (vaccinations, consultations,...) peuvent être conservés à l'infirmier des établissements. Des professionnels ont évoqué la difficulté d'avoir accès aux résultats de bilans de santé réalisés par des centres d'examen de santé ; les parents étant les destinataires légitimes des résultats de ces examens.

Dans de nombreux cas, les professionnels ont fait part du manque d'information concernant les événements de santé antérieurs au placement ; l'histoire médicale de l'enfant reste incomplète ce qui leur apparaît pénaliser la prise en charge qui va suivre. Seuls des entretiens avec les parents peuvent combler ces manques, mais là encore cela n'est pas toujours possible.

Ce manque d'information pose différents problèmes :

- **L'accueil et le suivi régulier** de l'enfant souffrent de ce manque d'information. Les assistantes familiales disent ne pas toujours être informées de l'état de santé de l'enfant ou des situations particulières de son histoire (notamment des abus sexuels). « *C'est des choses graves qu'on nous cache* ». Les problèmes se déclarent parfois au fil du séjour de l'enfant dans la famille ou lors de la visite chez le médecin.

Pour protéger l'enfant d'éventuels a priori, cette connaissance initiale de l'histoire de l'enfant n'est pas systématiquement recherchée, mais elle est souhaitée lorsqu'elle engendre des répercussions sur la vie quotidienne de l'enfant. L'ignorance de certains facteurs peut poser de sérieux problèmes dans la relation avec l'enfant, dans sa confiance envers l'accueillant et dans l'incompréhension de l'accueillant aux réactions de l'enfant.

Il est aussi arrivé que l'assistante familiale ne soit pas informée de la déficience de l'enfant et ne découvre sa situation de handicap qu'au moment de l'accueil. D'après ce qui est déclaré, avant l'arrivée de l'enfant, les informations données sont uniquement relatives à son âge et à ses besoins scolaires.

- **La difficulté d'anticiper des situations**, qui au final, sont gérées dans l'urgence. Cette situation est jugée insatisfaisante à double titre par les professionnels ; elle nuit à la qualité de la prise en charge, elle met à l'épreuve l'action des professionnels. Une préparation en amont permettrait de prévoir certains besoins spécifiques des enfants (comme le suivi des traitements médicaux). L'expérience des encadrants pallie, dans le meilleur des cas, ce manque d'information.
- **L'accueil en urgence**. Il n'existe pas de fiche de liaison santé qui pourrait s'avérer utile lors de l'accueil d'un enfant, surtout lors d'une arrivée en urgence, que ce soit en famille d'accueil ou en établissement.

3.2.2 Comment suivez-vous l'évolution de l'état de santé des enfants ?

Il semble qu'il n'y ait pas de procédure obligatoire identifiée, d'où un suivi au cas par cas des situations. Plusieurs moyens sont utilisés pour suivre l'évolution de l'état de santé des enfants :

- **Le bilan de santé** doit être fait à l'entrée de l'enfant dans l'établissement ou la famille d'accueil. Il semblerait que ce bilan ne soit pas fait systématiquement, il peut être fait uniquement en cas de problème apparent de l'enfant. Au regard de la diversité des réponses obtenues, ce bilan initial ne semble pas faire à ce jour l'objet de procédure obligatoire écrite ou suivre de protocole défini. Ce bilan peut être réalisé par un médecin de proximité à l'établissement, par le médecin de famille de la famille d'accueil, les parents peuvent décider de garder leur médecin traitant.

- **Les informations données par les parents**, les parents qui décident de prendre eux-mêmes les différents rendez-vous médicaux peuvent en faire un compte rendu aux professionnels et peuvent également leur transmettre ou photocopier les documents correspondants.
- **Les informations données par les professionnels** qui accompagnent l'enfant lors de ses différents rendez-vous ou examens médicaux. Les parents doivent être informés des événements de santé de l'enfant et des consultations et examens qui en découlent, mais cela ne semble pas être fait systématiquement. Quand les enfants sont vus en consultation les parents peuvent être présents à cette consultation ou bien être invités ultérieurement à un rendez-vous pour leur expliquer la situation de leur enfant. Les comptes-rendus médicaux peuvent être versés au dossier de l'enfant conservé dans l'établissement, conservés par l'assistant familial ou bien conservés par les parents qui restent les destinataires légitimes de ces informations.
- **Les comptes-rendus** réalisés par le psychologue de l'établissement, quand lui-même a obtenu des informations, suite aux rendez-vous de l'enfant avec un psychiatre ou un psychologue.
- **Des réunions hebdomadaires** : la santé des enfants est abordée lors des réunions hebdomadaires de l'équipe éducative comprenant les éducateurs et le psychologue de l'établissement. L'infirmière peut parfois y être invitée, cette pratique varie selon les établissements.

3.2.3 Quels sont selon vous les problèmes de santé les plus fréquents chez les enfants ?

Certains problèmes de santé apparaissent comme récurrents, et d'autres occasionnels ou « *saisonniers* », le questionnement volontairement ouvert au départ pour ne pas induire de réponses a été dans un second temps orienté par les éléments mis en lumière par la 2nde de l'étude relative à santé perçue par les enfants.

L'HYGIENE

- **L'hygiène corporelle et du cadre de vie**

Ce problème est évoqué par bon nombre de professionnels rencontrés. Cela concerne l'hygiène corporelle, vestimentaire et l'entretien de la chambre. Pour les professionnels, ce problème renvoie soit un manque d'autonomie du jeune, soit à un schéma et une image corporelle qui ne sont pas bien intégrés.

En référence aux pratiques des enfants avec parfois des problèmes de « *saleté corporelle* » due à plusieurs facteurs :

- les apprentissages non-acquis (le lavage du corps ou les changements de linge pas assez fréquents) ;
- une autonomie peu développée dans l'entretien des chambres et des changements de draps.

Des obstacles sont aussi identifiés :

- la vétusté et la non-adaptation des sanitaires ;
- le manque d'intimité des sanitaires ;
- la saleté des sanitaires après le passage des adolescents ;
- des problèmes inhérents à la vie en collectivité comme les poux (les termes « *épidémie* » et « *pathologie saisonnière* » au même titre que les gastro-entérites, ont été mentionnés plusieurs fois).

- **La santé bucco dentaire**

- le nombre élevé de caries ;
- les problèmes nécessitant des soins d'orthodontie : peu remboursés lors de soins libéraux, ils peuvent être pris en charge par des centres mutualistes dans le cadre de la CMUC ;
- la santé bucco-dentaire est identifiée à la fois comme la résultante d'une hygiène négligée mais aussi d'une alimentation peu favorable (« *certaines enfants ne connaissaient pas les légumes en arrivant* »).

- **L'énurésie**

Elle est remarquée chez les petits et certains préadolescents mais sa fréquence semble varier suivant le type d'accueil ; il semblerait qu'elle soit plus fréquente en établissement, et qu'elle se règle plus vite en famille d'accueil.

Elle entraîne une interruption du sommeil, crée un désagrément et la nécessité de changer les draps et le linge de nuit. Ces événements nocturnes font de nouveau rentrer l'enfant dans la phase critique d'endormissement.

Certains professionnels signalent que l'énurésie est parfois liée à un événement rompant le quotidien, comme le retour de chez les parents.

Les conséquences psychologiques sont peu mentionnées au cours de ces propos.

Des cas d'encoprésie sont signalés, s'ils restent marginaux, leur existence est remarquable.

SANTE MENTALE

C'est le premier problème de santé évoqué par les professionnels et notamment par ceux exerçant en établissement. Avec leurs mots ce problème est exprimé ainsi « *Plane le spectre de la santé mentale* ». Derrière le vocable « santé mentale » les professionnels évoquent des troubles du comportement, le manque de confiance en soi et le sentiment de solitude.

- Troubles du comportement

Ce terme apparaît comme un mot « fourre-tout ». En effet certains professionnels l'évoquent à propos de problèmes de concentration qui viennent notamment entraver les apprentissages scolaires. Il est également utilisé pour évoquer des prises de risque, comportements violents et destructeurs (*vis-à-vis des autres et de soi même*), pour parler d'hypertonie repérée chez certains enfants ou encore de somatisation.

Des troubles de la concentration sont identifiés comme nécessitant un suivi psychologique, les explications avancées renvoient à l'histoire qui occupe l'esprit de l'enfant « *tellement de choses à penser* ». Beaucoup d'enfants bénéficient de soutien scolaire.

L'hypertonie de certains enfants est évoquée. Ces enfants sont décrits comme en état de surexcitation. Quand les professionnels sont questionnés sur le manque d'énergie déclarée par les enfants (phase 2 de l'étude), certains le confirment et s'interrogent sur le rôle que peuvent jouer les traitements que prennent les enfants ; la notion de « *camisole chimique* » a été évoquée.

Les comportements violents et destructeurs font que certains enfants peuvent s'avérer très difficiles. « *Il y a 2 ans, on n'aurait pas pu discuter dans cette salle. Il y en aurait eu 2 ou 3 qui se seraient mis sur le talus et auraient jeté des pierres sur les vitres* ». Il est à noter que les établissements peuvent avoir une double habilitation Conseil général et Protection Judiciaire de la Jeunesse. Dans ce dernier cas, le nombre d'enfants relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse est limité (à 2 dans l'établissement interrogé).

Un corps mis à mal : la maltraitance du corps apparaît parfois à travers des actions de scarification ou d'automutilation, favorisées par des phénomènes de mode et de groupe. Un lien est fait avec les fugues éventuelles et de possibles tentatives de suicide. Certaines pathologies traumatiques sont signalées « *tous les mois une fracture* » sont reconnues comme révélateur d'un malaise de l'enfant dans l'établissement « *Passé un temps, il fallait des béquilles* ».

D'autres comportements liés à des prises de risque sont signalés, tels des relations sexuelles non protégées malgré la distribution de préservatifs. Il est à noter que ces remarques ont été faites par des infirmières qui, contrairement à d'autres professionnels, ne sembleraient pas banaliser ces comportements.

Les fugues sont décrites comme des événements récurrents et considérés comme faisant partie de la vie de l'établissement et ne semblent pas surprendre les professionnels rencontrés. La procédure est connue et appliquée.

- **Le manque de confiance** des enfants en eux-mêmes et vis-à-vis des adultes.

Ce manque de confiance est interprété par les professionnels comme la nécessité, pour l'enfant, de chercher sa place entre les parents et les éducateurs.

Pour certains professionnels le manque de confiance vis-à-vis des adultes (déclaration des enfants dans la phase 2) est à relier avec leur histoire et notamment pour les enfants ayant connus de nombreux placements. Un professionnel l'évoque comme « *une succession de promesses non tenues par les adultes* ».

Les assistants familiaux font le constat que les contextes dont sont issus les enfants se complexifient. De par cette évolution, des enfants qui auparavant n'étaient confiés que pour 6 mois ou 1 an, voient leur durée de séjour dans les familles d'accueil se prolonger parfois plusieurs années (jusqu'à 14 ans pour un des enfants accueillis par une des assistantes familiales rencontrées). Et plus l'attente d'un retour est longue, plus il est difficile pour l'enfant de retourner dans sa famille. Les situations ambiguës où d'une part « *plane l'espoir d'un retour* » et où d'autre part la situation familiale semble peu propice au retour de l'enfant dans sa famille, créent un désarroi chez l'enfant qui ne semble s'estomper qu'une fois la « situation clarifiée ».

Les enfants sont inquiets pour leurs parents, ils sont généralement proches d'eux quelle que soit la situation qu'ils ont pu vivre. Certains enfants endossent un rôle de parent en se faisant du souci pour eux. Cette inquiétude est aussi notable pour le reste de la famille, les frères et sœurs qui vivent à l'extérieur, qu'ils en aient ou non des nouvelles « *Ils savent sans savoir* ».

Les fugues, existant dans tous les établissements visités, sont mentionnées mais ne sont pas rattachées par les professionnels à un problème de santé tel que le manque de confiance ou le mal-être (sauf par les infirmières).

Devant la difficulté des situations familiales, un décalage est constaté entre l'évolution des enfants et celles des familles. Il semblerait que le travail nécessaire avec les familles ne permette pas que parents et enfants avancent de manière parallèle dans leur cheminement de vie. Deux temporalités différentes sont à l'œuvre. Pour ces raisons, aux dires des assistantes familiales, les rencontres médiatisées sont préférables aux visites dans les familles, sources de déstabilisation de l'enfant.

Ce manque de confiance peut être accentué par des procédures particulières qui renvoient sans cesse à l'enfant sa singularité : par exemple, un enfant qui voudrait partir en vacances de neige doit en faire la demande au juge. Ces démarches, nécessaires d'un point de vue légal, peuvent être interprétées par l'enfant comme le reflet de sa singularité. Il en va de même pour la nécessité faite à l'assistante familiale de comptabiliser, par des notes séparées de celles de sa famille, les frais occasionnés par la vie à son domicile de l'enfant accueilli. Ainsi les activités quotidiennes sont un rappel permanent, pour l'enfant, de la singularité de sa situation.

Somatisation, plainte

Les maux de ventre évoqués par les enfants sont interprétés par les professionnels comme des signes courants d'un malaise qui se situe peut-être ailleurs. Des professionnels évoquent « *une bobologie* » excessive de certains enfants qu'ils traduisent comme une dépendance de celui-ci vis-à-vis des adultes, d'une demande d'attention que l'enfant réclame. Certains professionnels s'interrogent sur l'attitude qu'ils doivent alors adopter « *jusqu'où aller dans l'écoute et la réponse à cette plainte ?* ». Ils sont partagés entre ne rien faire qui pourrait être pris comme de l'indifférence et trop en faire au risque d'accentuer la dépendance.

- **Le sentiment de solitude** est remarqué par les professionnels et notamment lors de l'arrivée dans l'établissement. Il se traduit par :
 - o les difficultés pour créer des liens d'amitié avec des enfants de l'extérieur. Les origines de ces difficultés sont multiples : les parents des amis ne savent à qui s'adresser pour inviter les enfants résidant en établissement ; les enfants peuvent inviter leurs amis, mais parfois les amis ne viennent pas ; les sorties et les activités des enfants accueillis dans la famille de l'assistant familial sont subordonnées à une autorisation de les laisser à des personnes non accréditées ;
 - o les enfants font ressentir aux équipes éducatives l'impression que l'on ne pense pas à eux ou qu'on ne s'occupe pas d'eux. Ce sentiment peut-être accentué par l'autocensure des éducateurs hommes, qui disent se restreindre dans des contacts physiques affectifs envers les enfants ;
 - o une attitude de renferment de l'enfant.

Le mal-être que produit ce sentiment de solitude pour certains enfants est exacerbé au moment du coucher, lors de la phase d'endormissement.

- **La vie en collectivité**, qui n'est pas en soi un problème de santé est évoquée par les professionnels qui la relient sans doute implicitement à la santé.

L'investissement des lieux est interprété par les professionnels comme un marqueur de l'acceptation de la situation par l'enfant. En effet, si pour les petits cela ne semble pas apparemment constituer un problème, les adolescents font bien ressentir le fait qu'ils ne sont que de passage, et qu'ils n'ont pas envie de s'y installer et d'investir les lieux : pas de poster aux murs, peu de rangement de chambre...

La promiscuité des locaux favorise les influences de certains enfants sur d'autres et « *lorsque ça s'enflamme dans un appartement, il y a contagion* ». Le collectif peut constituer un poids réel pour l'enfant qui dispose de très peu d'espaces « privés ».

La vétusté de certains locaux donne une mauvaise impression à l'enfant dès son arrivée. Et les efforts que peuvent déployer les professionnels pour améliorer le cadre de vie peuvent sembler vains « *même si on fait le lit et qu'on met un bouquet de fleurs* ».

- **Troubles du comportement alimentaire**

Du point de vue des professionnels la prise de poids est un indicateur de comportement alimentaire problématique auquel plusieurs explications sont données :

- l'enfant à besoin de « *se remplir* » ;
- la prise de médicament peut « *donner de l'appétit* », certains traitements favorisent la rétention d'eau ;
- le peu de souci de l'équilibre alimentaire ;
- la faible activité physique de certains enfants ;
- l'institution qui accueille « *nourrit bien les enfants* » et ce faisant cherche à réparer une histoire.

Quelques cas de « *tendance anorexique* » ont été évoqués par les professionnels.

Si pour certains enfants, ces comportements alimentaires se régulent avec le temps au cours placement, pour d'autres ils semblent être inscrits plus profondément.

Il a aussi été signalé qu'un comportement alimentaire peu favorable à la santé peut être généré par une défaillance dans l'organisation et la qualité des repas, poussant les enfants à passer leur argent de poche dans des succédanés de plaisir gustatif (comme des friandises).

- **Troubles du sommeil**

Le mal-être des enfants se manifeste surtout à la période du coucher, « *la collectivité pèse* » pour des « *enfants hyper sensibles* ». On note des difficultés à aller au lit et à l'endormissement qui sembleraient plus présentes dans les accueils collectifs. Si en famille d'accueil cette situation existe, elle semble se régler avec le temps. Les enfants ont besoin d'être rassurés pour s'endormir, de savoir qui est là. Il semble qu'une fois cette phase passée, les veilleurs de nuit ne signalent que rarement des réveils nocturnes. Il peut arriver aux enfants d'être réveillés par des cauchemars ou pour certains par des problèmes d'énurésie.

Les professionnels notent que les troubles du sommeil se rencontrent moins chez les petits (adaptation plus facile, mode d'accueil plutôt en famille) que chez les 10-15 ans. Après l'âge de douze ans les enfants connaissent plus de difficultés d'endormissement et répondent également aux pratiques adolescentes ; ils vont au lit plus tard et se réveillent tard.

- **La fatigabilité des enfants** est expliquée par plusieurs facteurs :

Des emplois du temps hyper chargés (école, activités extérieures, rendez-vous chez les soignants, visites aux parents, doublées si ceux-ci sont divorcés) peuvent générer du stress d'accomplir des « *journées de ministres* ». Ceci a été mentionné par toutes les personnes rencontrées qui constatent qu'il reste peu de temps aux enfants pour ne rien faire. Le fait de vivre en collectivité accentue cette hyper sollicitation. Un professionnel évoque le cas d'une

enfant « *pour laquelle il a fallut dire stop aux rendez-vous extérieurs, pour qu'elle puisse faire de la danse le mercredi après-midi avec ses camarades* ». Il est constaté qu'en milieu de semaine, les enfants tardent à se lever, sont fatigués.

Cependant, le contenu de ces emplois du temps apparaît nécessaire aux yeux des professionnels étant donné d'une part le besoin de soins des enfants (visites médicales et paramédicales) et d'autre part le besoin d'épanouissement par des activités extérieures.

Il a été rapporté que certains enfants, parmi les plus fatigables physiologiquement, font parfois des déplacements importants pour aller dans des classes ou des structures spécialisées (comme des CLIS, des ITEP) non disponibles à proximité des institutions.

PRISES DE RISQUE

- Addictions

- Concernant la vie en établissement, la consommation de tabac a été mentionnée ;
- Pour les jeunes adultes, signataires d'un « contrat de jeune majeur », ont été signalées des problématiques d'addiction au cannabis et à l'alcool.

Si la question des addictions est citée, elle n'est cependant pas renseignée dans le détail.

- Vie affective et sexuelle

- La contraception est vue essentiellement comme un problème féminin. La demande de la jeune fille doit passer par l'éducateur, puis l'infirmière ; elle est ensuite orientée vers des structures extérieures et se heurte souvent à la faiblesse de l'offre du système sanitaire de droit commun et une difficulté dans l'accès aux médecins gynécologues. Les structures de référence font souvent appel au Planning Familial et à l'hôpital. Les infirmières souhaiteraient développer un service en lien avec la PMI, avec notamment des interventions de la sage-femme dans le service.
- Les grossesses précoces constituent un problème important dans un des établissements visités. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la déclaration de grossesse est souvent tardive. Ces grossesses précoces témoignent d'une vie sexuelle active chez certaines jeunes. Le rapprochement est souvent fait par les professionnels avec des comportements de prise de risque plus général, comme le fait de rapports sexuels non protégés ou avec ce qui est nommé une hypersexualisation de certaines jeunes filles.
- La mise en place de séances d'éducation sexuelle et affective interroge les professionnels dans les établissements. Les équipes éducatives et médicales, tout en reconnaissant la nécessité d'aborder le sujet, se renvoient la façon de l'évoquer. Ces sujets d'ordre intime soulignent de part et d'autre la difficulté à les évoquer. Les jeunes ne sont pas à l'aise pour en parler avec les éducateurs, ce qui semble encore plus vrai pour les jeunes filles avec les professionnels masculins. Les relations familiales difficiles ne facilitent pas non plus l'abord de ce sujet délicat avec les parents.

3.2.4 La santé des enfants est-elle une priorité ?

Deux types de réponse se dégagent de cette question :

- Pour certains professionnels la santé est une priorité. Cette position est justifiée soit en référence à un cadre de travail qui la précise (la santé est inscrite dans le projet d'établissement), soit par les actions et les activités qu'ils portent (prise de rendez-vous et accompagnement à ceux-ci, actions d'éducation pour la santé, avance de frais médicaux...).
- Pour d'autres professionnels la réponse est plus mitigée et ils considèrent que la santé devrait être une priorité mais, que pour le moment, elle n'est pas suffisamment prise en compte. Les éléments justifiant cet état de fait renvoient à une charge de travail importante et à la gestion de certaines situations en urgence. Ces éléments prennent le pas sur cette question, «*nous sommes happés par des urgences* ».

3.3 PRATIQUES PROFESSIONNELLES

3.3.1 Quel est votre rôle concernant la santé des enfants ?

Tous les professionnels sont impliqués dans la santé des enfants mais, suivant les métiers, leur contribution n'est pas toujours nettement identifiée, ni à leurs propres yeux ni aux yeux de leurs collègues. Ci-après suivent les représentations relatives aux rôles et implications des différents professionnels dans le domaine de la santé recueillies au cours des entretiens.

L'éducateur est responsable de l'enfant dans sa globalité. Concernant la santé, il a un rôle dans les soins et dans la prévention :

- Il emmène l'enfant à ses visites médicales et assure le suivi ;
- Il responsabilise le jeune au poste de dépenses santé ;
- Il initie la mise en place d'activités favorables à la santé comme la confection des repas, un jardin partagé,... ;
- Il favorise l'intégration de comportements favorables à la santé à travers les actions éducatives de la vie quotidienne : aération des chambres, habillage, hygiène corporelle,... ;
- Il assure le lien avec les parents.

Les infirmières

Si leur rôle peut différer selon l'organisation interne de l'établissement ces professionnelles sont identifiées d'emblée comme ayant un rôle sur les questions de santé. Globalement elles réalisent les activités suivantes :

- le suivi médical et vaccinal des enfants ; prise de rendez-vous, accompagnement des enfants aux rendez-vous,
- la tenue d'un « dossier » qui rassemble les documents médicaux et décide de ce qui est accessible aux équipes ;

- la mise en place des soins à l'issue du bilan de santé à l'arrivée de l'enfant dans l'établissement ;
- la mise en place d'action de prévention et d'éducation à la santé (bilan bucco dentaire, équilibre alimentaire, hygiène corporelle, brossage de dents, éducation à la sexualité ...) ;
- la proposition d'alternatives à la surconsommation de médicaments ;
- le développement du partenariat avec le médecin extérieur à l'établissement ;

Ces activités variées peuvent cependant rencontrer des difficultés dans leur mise en œuvre compte tenu :

- du faible nombre d'infirmières. Ces dernières travaillant souvent à temps partiel sur plusieurs sites ;
- les emplois du temps des enfants laissent peu de place aux actions d'éducation et de prévention.

L'infirmier est bien repéré par les enfants qui trouvent là un lieu d'écoute. C'est aussi un lieu privilégié pour les équipes encadrantes et le bureau de l'infirmière devient un lieu de passage, de discussion et de ressource.

Les infirmières déclarent avoir une relation privilégiée avec les parents qui reconnaissent leurs compétences professionnelles et qui n'ont pas le sentiment que ces professionnelles interfèrent avec eux sur le plan éducatif.

Le psychologue

Le psychologue rencontré est rattaché à un établissement et fait partie de l'équipe médico-sociale, équipe avec une fonction transversale dans cet établissement. Le psychologue intervient dans le processus d'admission (présent aux commissions d'admission) et dans le suivi de l'enfant durant son placement. Dans ce cadre là il peut réaliser des entretiens auprès des enfants, procéder à des évaluations en vue d'une orientation des enfants vers des dispositifs thérapeutiques adaptés. S'il n'assure pas de suivi thérapeutique, il facilite la prise en charge de l'enfant dans un CMP ou auprès d'un professionnel en libéral en développant des relations partenariales.

Dans le cadre de son activité il reçoit les parents qui en font la demande, avec ou sans l'enfant en fonction des situations.

Il assure également un soutien auprès des équipes éducatives en apportant un éclairage dans la compréhension des situations.

Les veilleurs de nuit

Ces professionnels prennent le relais des équipes éducatives et assurent une présence durant la nuit. En cas de problème ils ont des consignes pour appeler les services d'urgence médicale si nécessaire.

Les maitresses de maison / lingères

Ces professionnelles exerçant dans les unités de vie ont pour rôle de :

- veiller à l'entretien de l'unité de vie (espaces collectifs et chambres);
- veiller à l'entretien du linge des jeunes ;
- élaborer et préparer les repas, elles prennent certains repas avec les enfants ;
- contribuer à l'embellissement des lieux de vie.

Leur présence dans l'unité de vie sur une bonne partie de la journée (du matin jusqu'au début d'après-midi) leur permet de :

- identifier des pratiques et comportement problématiques des enfants qu'elles peuvent relayer aux éducateurs (la quantité de linge individuel à laver donne des indications sur le changement ou non de vêtement par l'enfant, la mise au sale trop fréquente de draps peut marquer des problèmes d'énurésie. Au contraire, peu de draps à laver peuvent marquer des problèmes d'hygiène ou d'autonomie) ;
- donner des conseils ou rappeler aux jeunes des règles élémentaires d'hygiène (brossage des dents, vigilance sur l'équilibre alimentaire, rangement de la chambre, ...).

Ces différentes activités leur confèrent une place particulière auprès des jeunes car elles assument des rôles domestiques bien souvent tenus par les mamans.

Si l'information circule bien entre elles et les équipes éducatives, certaines maitresses de maison et lingères se plaignent d'un manque d'information réciproque qui peut parfois les mettre en difficulté dans leur relation avec les enfants. Lors d'une arrivée, elles ne reçoivent pas toujours d'information et se contentent simplement de déposer les draps sur le lit du nouveau venu. D'autres professionnels préfèrent ignorer l'histoire de l'enfant pour ne pas avoir d'a priori dans la relation.

Les responsables d'établissement

Le responsable d'établissement est garant de la mise en œuvre du projet d'établissement, de la qualité de l'accueil du jeune et du respect des règles de l'établissement, il assure notamment les relations avec les différents institutions et organismes de tutelle. En matière de santé son action est essentiellement stratégique (projet d'établissement, relations partenariales) et managériale (gestion des ressources humaines).

Les assistants familiaux

Leur rôle consiste à s'occuper au quotidien, au sein de leur propre famille, des enfants qui leur sont confiés. La santé de l'enfant fait donc partie des questions que ce professionnel doit suivre au titre de la délégation qui lui est confiée. Cette délégation est assurée par les actions suivantes :

- la prise de rendez-vous et l'accompagnement chez les professionnels de santé pour un suivi régulier (dentiste, ophtalmologiste, médecin généraliste,...). Pour la mise en place de soins spécifiques ou d'hospitalisation, l'autorisation parentale est nécessaire.

- la transmission tous les trimestres d'un bilan dans lequel il renseigne une rubrique santé ;
- le lien avec les parents pour les demandes d'autorisation.

Chaque assistant familial est aidé et suivi dans son travail par un référent accueil du service de protection de l'enfance.

Certains assistants familiaux ont exprimé des difficultés pour mener à bien leur mission et traduisent un sentiment de solitude dans l'exercice professionnel :

- certains déplorent que les visites avec leur référent accueil ne soit pas plus systématisées et ne se font qu'à leur demande bien souvent pour des situations d'urgence « *On parle de travail d'équipe, mais franchement on est bien seul* » ;
- la situation des enfants qui est de plus en plus complexe et face à laquelle ils peuvent se sentir démunis ;
- lors de la survenue d'événements personnels, l'assistant familial se sent démunis dans la prise en charge de l'enfant, lui seul étant habilité à s'en occuper. Le numéro d'urgence mis en place ne semble pas toujours être opérationnel.

Les référents accueil

Le référent accompagne la mesure de placement de l'enfant auprès de la famille, de la famille d'accueil de l'établissement : décide de l'orientation de placement, prépare l'arrivée auprès de la structure accueillante et assure le suivi. Il fournit les premiers renseignements sur l'enfant et choisit les informations qu'il va transmettre sur l'histoire et les raisons du placement en se basant sur l'intérêt de l'enfant, ses souhaits et ceux des parents.

Il est une personne-ressource pour les problématiques particulières, notamment de santé mais sans avoir de formation spécifique. Ses connaissances dépendent de son intérêt et de sa curiosité à se renseigner personnellement, ou de son expérience professionnelle passée. La demande est moins grande en établissement du fait des ressources d'équipe mais s'avère conséquente lors des discussions avec les assistants familiaux.

Le référent accueil est aussi l'interface avec les parents de l'enfant, leur transmet les informations et organise les rencontres. Concernant d'éventuels problèmes de santé de l'enfant, il sollicite leur accord pour la mise en œuvre de soins et en cas d'hospitalisation.

Les responsables techniques « territoriaux »

Ces professionnels assurent une mission d'encadrement technique des travailleurs sociaux en Action Educative à Domicile (AED) et en Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO). Ils sont garants du projet de chaque enfant dans le respect du cadre légal et des besoins de l'enfant. Leurs activités sont à la fois des activités d'organisation institutionnelle, technique et opérationnelle sur les territoires dont ils ont la charge (réunion technique et travail individuel avec les agents sous leur responsabilité soit 15 à 20 personnes pour plus de 300 suivis d'enfants), concertation avec les partenaires extérieurs (réunion de synthèse, confrontation avec le juge pour enfant). Ils visent également les écrits produits qui concernent les enfants. Ils constituent,

de part leurs activités, un maillon entre les professionnels de terrain et de l'établissement d'accueil.

Pour ces professionnels la santé est déléguée aux assistants familiaux et aux établissements qui accueillent les enfants. Ces professionnels reconnaissent que le suivi sanitaire des enfants se fait de manière ponctuelle et souffre d'un manque de formalisation dû notamment à l'absence d'outil adéquat. Ces propos sont cependant pondérés, quand il s'agit de pathologie précise ou quand certains indicateurs alertent (des retards de développement importants de l'enfant par exemple), la prise en charge et ou une orientation est alors mise en œuvre.

Ces professionnels expriment un sentiment de malaise dû à « *l'émiettement de la prise en charge de l'enfant* ». Cet émiettement se traduit pour eux par la multiplicité de prises en charge (prise en charge par le service de protection de l'enfance, prise en charge par l'établissement ou l'assistant familial, prise en charge par la famille naturelle). De ce fait ils s'interrogent sur l'endroit le plus pertinent pour construire un suivi médical de l'enfant. Cette situation leur donne le sentiment de faire du « *bricolage qui ajoute de la difficulté à des enfants qui sont déjà en difficulté* ».

Les chefs de service Protection de l'enfance (chef de service - Assistants familiaux et chef de service - Territoire Annecy Ouest)

Ces deux chefs de service, chacun à leur niveau, sont garants de la mise en œuvre de la politique du département en matière d'accueil de l'enfant confié au titre de la protection de l'enfance. Dans ce cadre ils coordonnent l'action, veillent à la suffisance des moyens alloués ainsi qu'à leur utilisation.

3.3.2 Comment tenez-vous compte de la santé des enfants ?

Quand un problème de santé survient ou que la santé se dégrade que faites vous ?

Bien que l'on puisse constater un manque de procédures, la prise en compte des questions de santé est pensée et mise en œuvre à différents niveaux :

- au moment du placement : l'enfant pour qui un problème de santé est déjà identifié sera orienté vers la structure la plus adaptée à sa situation. Cette intention est cependant pondérée par les problèmes de place disponible, d'établissement réellement adapté, le placement effectué en urgence ou pas.
- au quotidien :
 - o les temps de vie quotidienne avec les enfants sont autant d'occasion d'aborder ou de « faire » de la santé avec eux (les repas, le moment de la toilette, des activités de loisirs, ...). Si ces temps permettent de discuter avec les enfants, de fournir des conseils, de donner des explications, de répondre à des demandes certains professionnels expriment une difficulté notamment autour des soins corporels. En effet il semblerait que la proximité qu'impose certains soins (appliquer une crème, décalotage) placent les éducateurs hommes dans une position délicate. Avec un risque pour ces derniers d'être « accusés » de dépasser des limites. Dans ces situations, le relais est pris par des éducatrices ou par l'infirmière. Dans ce dernier cas, se pose le problème d'une médicalisation d'actes relevant de la vie quotidienne.

- l'observance aux traitements : les professionnels s'assurent que les médicaments sont pris comme prévus par les prescriptions.
 - la prise de rendez-vous médicaux et d'accompagnement chez les professionnels de santé. Cette activité ne va pas sans poser de problèmes. Les professionnels reconnaissent tous que les enfants ont des emplois du temps très chargés « *les enfants ont des emplois du temps de ministres* ». Ce qui en cascade charge l'emploi du temps des professionnels qui la plupart du temps accompagnent les enfants aux différents rendez-vous.
- quand un problème de santé survient ou que l'état de santé se dégrade, l'ensemble des professionnels déclarent mettre en œuvre les rendez-vous et examens nécessaires. Même si les procédures ne sont pas écrites, chacun des professionnels rencontrés dit connaître son rôle et mettre en place les stratégies appropriées aux soins des enfants.

3.3.3 Dans l'étude épidémiologique, il a été constaté qu'il y avait un fort taux d'enfants bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) parmi les enfants placés. Pouvez-vous me dire si vous vous occupez d'enfants en situation de handicap ?

Les professionnels constatent une présence élevée d'enfants en situation de handicap.

Les services de protection de l'enfance se substituent parfois en partie à des structures d'accueil spécialisées pour l'accueil d'enfants en situation de handicap. Il est alors nécessaire de former les éducateurs pour l'accueil de ce public.

Si dans les établissements visités, l'accessibilité physique ne semble pas être un problème, d'autres difficultés ont été signalées.

Concernant les enfants avec des troubles psychiques, les éducateurs se voient souvent confrontés à la limite de leur démarche éducative. L'hétérogénéité du groupe se fait ressentir. Certains enfants sont parfois le souffre douleur d'autres, cette situation favorise l'isolement des enfants vulnérables.

L'accueil d'enfant à difficultés multiples interroge à deux niveaux : les structures d'accueils sont-elles adaptées à ce public ? La prise en charge de ces enfants relève-t-elle de l'éducatif ou du soin ou encore de l'éducatif et du soin ?

La gestion de ces difficultés est accentuée par le déficit de places d'hospitalisation pour les enfants en service de psychiatrie. Cette défaillance du système de santé se fait tout particulièrement ressentir dans le département de l'étude, la Haute-Savoie.

Des enfants en situation de handicap sont accueillis en établissements médico-sociaux type ITEP la journée et rentrent dans la structure d'hébergement pour le soir et le week-end.

La MDPH est aussi sollicitée :

- pour permettre une scolarité adaptée ;
- lors de la procédure de reconnaissance du handicap et de demande d'accès à un accueil spécialisé. L'établissement d'accueil ou le service de protection de l'enfance, pour les enfants accueillis par des assistants familiaux, établissent un dossier, avec quelques difficultés semble-t-il ;

Cependant le passage à l'âge adulte pose le problème de la continuité de l'accompagnement et de la prise en compte de la vulnérabilité liée au handicap. Il a été relaté des cas où le jeune devenu adulte, s'il n'a pas de projet professionnel, est confronté à l'interruption de son accompagnement et se retrouve seul tout en percevant l'AAH (Allocation Adulte Handicapé). Cette problématique est aussi celle des jeunes atteignant l'âge de 18 ans. Un « contrat de jeune majeur » peut être signé avec le jeune permettant ainsi un accompagnement par les services de protection de l'enfance jusqu'à 21 ans. Ces jeunes sont alors logés en dehors de l'établissement (en Foyer de Jeunes Travailleurs ou appartements par exemple) et suivis par des éducateurs, y compris sur le plan de la santé.

3.3.4 Concrètement pouvez-vous dire ce qui est mis en œuvre pour favoriser le bon état de santé des enfants ? Et qu'est-ce qui y fait obstacle ?

Ce qui est mis en place et favorise le bon état de santé de l'enfant peut être identifié comme des facilitateurs et des leviers d'action :

- La santé de l'enfant est inscrite dans le projet d'établissement, ainsi l'établissement en fait une priorité. De cette volonté découle des moyens (équipe médico-sociale) et des conditions matérielles qui donnent la possibilité aux équipes de développer des actions favorables à la santé. La confection de repas est l'exemple qui revient le plus souvent. Obligatoire à la vie dans l'établissement, la façon de concevoir et de réaliser cette activité devient, dans le discours des professionnels, une vitrine de la volonté des établissements à favoriser la santé des enfants et des équipes, non seulement à travers la qualité des produits proposés mais aussi la manière de les appréhender. La mise à disposition de cuisine (aux normes) dans les unités de vie permet de travailler sur la nutrition. Ces activités peuvent se coupler avec la valorisation d'enfants travaillant dans le domaine de l'alimentation (par exemple en apprentissage). Ils deviennent des personnes ressources et partagent leur savoir-faire ;
- La mise à disposition d'outils et de méthodes par une politique institutionnelle de l'organisme gestionnaire qui a inscrit l'accès à la santé comme un axe majeur est nettement facilitant. Une capitalisation des expériences et un référencement des savoir-faire permettent de piocher dans une boîte à outils, partie intégrante d'une démarche Qualité ;

- La formation des professionnels : certains établissements ont mis en place des plans de formation susceptibles de toucher l'ensemble des ressources humaines, éducateurs mais aussi maîtres de maison et veilleurs de nuit. Les assistants familiaux bénéficient de formations initiale et continue (DEFA, formation continue exemple : conférences sur l'adolescence) ;
- L'ouverture de droits au titre de l'assurance maladie (CMU et CMUC) sont ouverts par la CPAM à la demande du Conseil général, individuellement pour chaque enfant quand il n'est pas possible qu'il soit sous la couverture sociale de ses parents ;
- La prise en charge de frais par le Conseil général pour des traitements non pris en charge par l'assurance maladie ;
- la mise en place d'un partenariat : les établissements ont développé des partenariats extérieurs avec des soignants de proximité ou des spécialistes : médecins, hôpital, dentistes, ostéopathes... Ce partenariat quand il est mis en place favorise d'une part, une meilleure compréhension des besoins et fonctionnement des uns et des autres et, d'autre part, de meilleures conditions d'accueil en urgence par une bonne connaissance des situations des enfants ;
- le partage de l'information à caractère secret (prévu par le CASF) : certains professionnels parlent plutôt d'information « utile partagée » ;
- la motivation des équipes : à partir de la lecture des éléments présentés par le Dr. Bourgeaux certaines ont déjà mis en place des réflexions et actions ;
- la position des parents : des professionnels soulignent l'intérêt de certains parents pour la santé de leur enfant et précisent même que ce sujet est sans doute moins conflictuel que d'autres. Selon eux, il permet de restaurer l'image de parents auprès des professionnels et auprès de leur enfant.

Les obstacles identifiés par les professionnels au suivi et à la prise de la santé de l'enfant :

- une inégalité territoriale en matière d'offre de soins (absence nombre de places insuffisant dans le secteur de la psychiatrie infanto juvénile du secteur public) : ce constat est soulevé à de nombreuses reprises. Les professionnels qui le soulignent précisent que certains enfants accueillis relèveraient selon eux d'une autre prise en charge. De ce fait, les professionnels des établissements de la protection de l'enfance qui, faute de place les accueillent, se trouvent face à des situations très complexes les mettant en réelle difficulté. Le suivi en pédopsychiatrie est aussi confronté à des inégalités territoriales à l'intérieur même du département. Concernant les possibilités de consultation, certaines zones géographiques de la Haute-Savoie ne sont pas couvertes par des services de proximité. Le manque de disponibilité de médecins psychiatres ou psychologues entraîne parfois des ruptures dans les soins par manque d'ordonnance renouvelée à temps, ou nécessitent des prescriptions de la part de médecins généralistes au lieu de prescriptions de la part de spécialiste.

Cette déficience du secteur public est en partie compensée par le secteur privé mais, aux yeux des professionnels, les attentes ne sont pas toujours satisfaites quant aux prises en charge des jeunes et des enfants ;

- la réalité de la démographie médicale a des répercussions directes sur les conditions d'accès aux soins nécessités par les situations des enfants. Les délais d'attente chez certains soignants, comme les ophtalmologistes, sont aussi soulignés.
- la proximité de la Suisse crée un « *aspirateur en ressources humaines* ». Les hôpitaux publics sont confrontés à des difficultés de recrutement de personnel soignant. Des embauches sont effectuées via des agences d'intérim suisses mais à un coût beaucoup plus élevé que celui d'une embauche directe. Cela a été mentionné comme une des difficultés dans des démarches d'hospitalisation en secteur psychiatrique.
- les ressources humaines : les difficultés actuelles de recrutement et parfois les démissions successives ont des répercussions négatives sur l'accompagnement et contredisent la nécessité d'un environnement stable pour les enfants. Ceux-ci les questionnent « *c'est quand que tu pars ?* ». Ce facteur affecte la construction de repères par les enfants.

Le roulement des éducateurs dans l'équipe éducative ne facilite pas la transmission d'informations entre les membres de l'équipe si ces informations ne sont pas écrites. Il ne facilite pas non plus la cohérence vis-à-vis des interlocuteurs comme les parents ou les soignants (infirmière de l'établissement ou partenaire).

- le système de tarification : la mise en place d'une tarification à la journée (complète) pour l'accueil d'un enfant plutôt que la dotation globale actuelle pour le fonctionnement de l'établissement est une source d'inquiétude. Une incidence de cette modalité de financement des structures sur la qualité de leurs missions est crainte. Les établissements envisagent difficilement d'augmenter leur capacité d'accueil pour assurer un financement.
- des dysfonctionnements institutionnels : soulignés par l'ensemble du personnel d'un établissement, même s'ils sont connus et reconnus, ils semblent cependant mettre un certain temps à se résoudre. Il existe souvent un cumul de difficultés qui, accentués par des problèmes financiers, peinent à trouver des solutions rapides malgré le désir et la volonté de changement de tous. L'exemple d'une mauvaise qualité de repas a été cité : la cuisine centrale n'étant plus aux normes, ni les cuisines des unités de vie sans que l'établissement ait les moyens de les rénover, il a été fait appel à un prestataire externe. Or celui-ci, aux dires des professionnels rencontrés, ne s'est pas avéré être en mesure de répondre aux critères minimaux de qualité « *ça baigne dans le gras* », « *les enfants ne mangent pas, ils n'aiment pas* », « *les repas sont jetés* ». Si la décision de changement de prestataire est prise, sa mise nécessite un certain temps.

- le suivi de la mesure : la question du suivi des actions mises en oeuvre a été évoquée par plusieurs professionnels qui se situent à des niveaux d'intervention différents (responsables de services, responsables techniques, référents accueil) « *à partir du moment où l'enfant est confié, on pensait que sa santé était prise en charge...* ». Cette expression traduit bien le malaise des professionnels face à ce constat d'insuffisance dans le suivi de cette délégation.
- l'absence de coordination : notamment pour les enfants ayant des prises en charge multiples « *Plus il y a d'intervenants pour une prise en charge complète et plus c'est difficile, avec un résultat décevant au regard des efforts déployés, car chacun se renvoie la responsabilité de la prise en charge* »
- la disponibilité de l'information : une hétérogénéité dans la collecte de l'information et son organisation constituent de réels freins à son accessibilité ;
- le partage d'information à caractère secret : par respect du secret médical certaines informations ne sont pas accessibles à des professionnels qui estiment néanmoins en avoir besoin ;
- des cultures professionnelles qui s'opposent : ceci a été relevé notamment à propos de la production d'informations écrites, pour certains professionnels produire des écrits fait partie des activités professionnelles alors que pour d'autres la transmission orale prévaut ;
- la complexité administrative : certains professionnels évoquent le poids et la lenteur administrative comme étant des freins à leur action ;
- l'hétérogénéité de certains groupes : la présence d'enfants « différents » peut être source de rejet ou de stigmatisation de la part du groupe. Ceci a été mentionné notamment concernant des enfants avec des troubles psychiques importants.
- le positionnement de certains parents est identifié par des professionnels comme faisant obstacle à une bonne santé de l'enfant (par exemple l'opposition pour la prise de certains médicaments antibiotiques, neuroleptiques..., ou les interdits religieux alimentaires). Pour les professionnels ces situations leur semblent compliquer la gestion de la vie en communauté, ils les perçoivent également comme la négation de leur travail auprès de l'enfant.
- des situations familiales complexes : les retours de week-ends passés chez les parents sont identifiés comme une source de mal-être pour les enfants. Ce passage d'une vie à l'autre nécessite pour les enfants à chaque fois une nouvelle réadaptation.

4. Analyse / Discussion

Avant de présenter ici l'analyse des résultats obtenus dans cette phase de l'étude, il est apparu intéressant de souligner les conditions dans lesquelles cette phase de l'étude s'est déroulée et la dynamique qu'elle semble avoir enclenché. La quasi-totalité des professionnels rencontrés ont fait référence au travail mené dans la phase 1 et une très grande majorité d'entre eux ont exprimé leur étonnement quant aux éléments qu'il met en lumière. Plusieurs personnes enquêtées pour la phase 3, ont exprimé leur regret de n'avoir pu assister à la restitution des travaux de la phase 1. Les faits objectivés sur l'état de santé des enfants et leur suivi sanitaire ont questionné les personnes interrogées sur leurs pratiques professionnelles. La motivation de tous les professionnels rencontrés (institutionnels et acteurs de terrain) pour la prise en compte la santé des enfants est un premier indicateur d'un désir de changement (réflexion sur les pratiques professionnelles, perspectives de mise en place de documents partagés, d'activités favorables à la santé, ...).

Les résultats qui conduisent à l'analyse présentée ci-dessous sont cependant à pondérer :

- Le nombre d'établissements visités et de professionnels rencontrés ne permet pas de faire une généralité des résultats obtenus mais participe à la compréhension du sujet de l'étude ;
- Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels déjà sensibilisés et intéressés par le sujet de l'étude ce qui limite la portée des résultats ;
- Les partenaires extérieurs n'ont pas été sollicités alors qu'ils jalonnent le parcours de soins de l'enfant ;
- Les parents n'ont pas été sollicités pour plusieurs raisons : la disponibilité des parents pour la prise de rendez-vous et le calendrier de cette phase de l'étude, le risque d'interférence dans des démarches relationnelles en cours avec d'autres professionnels. Cette sollicitation ne faisait pas partie du champ de l'étude, mais nécessiterait cependant de conduire d'autres recherches.

Les résultats de la phase 1 de cette étude ont souligné des disparités de santé en défaveur des enfants confiés (facteurs de risques importants liés à la prématurité et à un retard de croissance prénatal, parcours médical de l'enfant marqué de pathologies, de traumatismes et d'hospitalisations, problèmes de surpoids, d'endormissement, un nombre important de jeunes sous neuroleptiques...). La recherche d'éléments de compréhension sur la manière dont les professionnels appréhendent les questions de santé de ces enfants apparaît d'autant plus nécessaire que santé et développement de l'enfant sont liés. L'exploration des représentations, connaissances et pratiques de professionnels sur la santé des enfants dont ils s'occupent a donc été pensée dans cette perspective.

Les éléments d'analyse présentés dans cette partie sont conduits d'une part en référence à la Loi de mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance⁶ et d'autre part en référence au modèle de Promotion de la Santé tel que proposé dans la charte d'Ottawa (OMS, 1986)⁷.

Parmi les dispositions de la Loi de mars 2007 réformant la Protection de l'enfance certaines font particulièrement écho à cette étude :

- La prévention constitue un axe majeur du dispositif ;
- Les droits, l'intérêt et les besoins fondamentaux de l'enfant sont réaffirmés ;
- Les domaines d'évaluation sont précisés ;
- Les parents sont impliqués dans toute décision concernant l'enfant ;
- Le secret professionnel est aménagé ;
- La palette d'actions en direction de l'enfant et de sa famille est enrichie ;
- Le président du conseil général a en charge de veiller au suivi de l'enfant, à la continuité et à la cohérence des interventions ;
- L'élaboration d'un projet pour l'enfant (PPE) ;
- L'évaluation régulière des besoins de l'enfant et de sa famille.
- La formation constitue un facteur déterminant dans la mise en œuvre du dispositif de protection de l'enfance ;

La charte d'Ottawa, cadre de référence pour la promotion de la santé, propose à partir de la définition de la santé de l'OMS, une approche globale pour les démarches de santé. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Elle représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes (OMS, 1999).

La promotion de la santé s'inscrit dans un continuum santé qui se situe en amont du continuum santé-maladie. Elle agit sur les conditions (déterminants) qui favorisent la santé optimale de tous et à tous les âges de la vie. Le concept de « trajectoire de vie⁸ » permet de comprendre comment la prise en compte de la santé de l'enfant va avoir une incidence sur son développement dès le plus jeune âge. L'OMS mentionne d'ailleurs que « l'une des mesures qui offre les meilleures chances de réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence⁹ ».

⁶ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'Enfance. Journal officiel de la république, 2007 <http://www.reforme-enfance.fr/images/documents/loi05032007.pdf>

⁷ Organisation Mondiale de la Santé.- Charte d'Ottawa.- Genève : OMS, 1986.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁸ Education Santé. Inégalités de santé, une histoire ancienne d'actualité. Luc Berghmans. Mai 2009
<http://www.refips.org/files/generale/Education%20Sante.pdf>

⁹ Organisation Mondiale de la Santé, Programmes et projets/Déterminants sociaux de la santé, site Internet consulté le 28/03/2012
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index1.html

Les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui conditionnent l'état de santé des individus ou des populations. Ils sont multiples et agissent les uns avec les autres (OMS, 1999). La promotion de la santé cible l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables, non seulement ceux liés aux actions des individus, tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé.

L'intervention en promotion de la santé invite, à partir de la prise en compte de l'ensemble des déterminants d'une population, à intervenir à différents niveaux :

- élaboration de politiques pour la santé ;
- création d'environnements favorables ;
- renforcement de l'action communautaire ;
- acquisition d'aptitudes individuelles ;
- réorientation des services de santé.

Une première partie de l'analyse des résultats présente les représentations que les professionnels ont de la santé et leur incidence sur l'identification et la prise en compte des déterminants de la santé. Les parties suivantes explorent comment les professionnels investissent les différents niveaux d'interventions proposés dans le modèle de la promotion de la santé dans la perspective d'une prise en compte globale du développement de l'enfant.

4.1 D'UNE PERCEPTION GLOBALE A UNE PERCEPTION RESTREINTE DE LA SANTE

En première instance, les professionnels rencontrés font référence à la définition globale de la santé de l'OMS, « *un bien-être physique, mental et social* ». Cependant le discours théorique est rejoint par une réalité plus restreinte. La notion de « *bien-être* » est souvent remplacée par le terme de « *santé* ». Une séparation est faite entre la « *santé physique* » et la « *santé morale/mentale/psychique* », rompant la globalité de la définition initiale. La notion de « *bien-être général* » de l'enfant revient lorsque les deux sont réunis.

Bien que dans les discours la santé ne soit pas vue seulement sous l'angle de la maladie, elle est pensée à travers des risques et des problèmes et est essentiellement envisagée à travers les soins. La recherche de solutions vient alors dans un souci de réparation des problèmes. La santé est majoritairement vue sous l'angle curatif.

L'aspect social de la santé semble être assimilé au contexte de vie de l'enfant et refléter le caractère négatif de son vécu. Le versant positif est abordé lorsqu'il est fait mention d'activités de lien social, telles la vie dans le groupe, les activités de loisirs et les relations avec les camarades d'école.

La santé mentale, quant à elle, semble n'être comprise principalement que sous l'angle psychologique. Or, si cette vision peut trouver une explication par le fait que bon nombre d'enfants sont suivis par un psychologue, cette manière de voir est sans doute un frein au repérage d'autres problèmes de santé (comme des troubles du langage ou des troubles cognitifs) qui ne nécessitent sans doute pas une réponse d'ordre « suivi psychologique ».

Les problèmes de santé mentale semblent tellement prégnants que le moindre signe a tendance à être interprété comme une aggravation de cette santé. Dans cette logique apparaît donc un risque de médicalisation du problème. Ainsi devant certaines difficultés, à ce titre l'exemple des problèmes d'endormissement est intéressant, une demande de « médication » semble courante de la part des éducateurs. Or la réponse rapide qu'offre le recours à des médicaments occulte toute la dimension relationnelle et organisationnelle liée à la recherche d'un sentiment de sécurité et qui pourrait être retenue face à ce type de difficulté exprimé par l'enfant. Ainsi la question d'un cadre suffisamment sécurisant pour favoriser le développement de l'enfant n'est pas interrogée.

Dans le discours des professionnels, il est parfois difficile de faire la différence entre un trouble d'origine psychiatrique entraînant l'enfant dans une situation de handicap et un trouble d'origine psychologique résultant de la complexité des situations sociales vécues. Si les professionnels font un parallèle entre l'accentuation des problèmes des enfants et des situations familiales de plus en plus complexes, la question l'atteinte du lien d'attachement n'est pas pensée comme un déterminant venant perturber le développement de l'enfant (langagier, cognitif, social, affectif, sensoriel et moteur).

Les professionnels rencontrés travaillant exclusivement avec une population cumulant un ensemble d'indicateurs négatifs, semblent oublier que certaines situations sont inhérentes à l'âge des enfants, et ne relèvent pas d'une situation pathologique. Leur témoignage sur des problèmes d'endormissement, qui sont assez fréquents chez les adolescents, illustre bien cette difficulté.

Cette vision cloisonnée et restrictive de la santé a donc finalement des répercussions sur l'identification et la prise en compte de ses déterminants et par conséquent limite les actions mises en œuvre à différents niveaux (élaboration de politiques de santé, création d'environnement favorables, renforcement de l'action communautaire, développement d'aptitudes individuelles et réorientation de services de santé) dans l'optique de favoriser le développement de l'enfant.

4.2 POUR L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTE

4.2.1 Elaboration de politiques pour la santé

L'élaboration de politique de santé invite l'ensemble des responsables à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé des populations et à mesurer leur responsabilité à cet égard.

Les spécificités géo-économiques concernant le bassin de population de la Haute-Savoie (territoire frontalier, pression du foncier et secteur touristique) semblent avoir une influence, en termes de développement local, sur les offres d'accès aux soins (déficit de personnel hospitalier migrant en Suisse) et d'accueil des enfants (60% des enfants accueillis en établissements et 40% par des familles d'accueil, proportions inversées dans d'autres départements).

Le manque de disponibilité du système sanitaire se fait ressentir sous plusieurs aspects. Les obstacles d'accès aux soins, liés à une offre médicale réduite, apparaissent aussi dans la population en général et se manifestent par exemple par des difficultés d'accès à des spécialistes. Du fait de besoins supérieurs à la moyenne (comme le montrent les résultats de la phase 1 de l'étude), ces difficultés sont amplifiées pour ces enfants.

Le manque d'offre de soins du secteur public en pédopsychiatrie interroge les professionnels, le secteur privé étant parfois leur seul recours. Cette organisation actuelle du système sanitaire semble en contradiction avec leurs représentations, en tant que travailleur social, de la mission de service public.

Au niveau de l'établissement une dynamique faisant sienne les questions de santé des jeunes qui lui sont confiés devrait imprimer les choix stratégiques du projet d'établissement. C'est ainsi que dans un des établissements visités des thématiques de santé sont priorisées à la fois dans la stratégie d'établissement et dans les projets individuels des enfants afin d'être considérées comme partie intégrante de la démarche éducative globale.

Le manque d'outils, de procédures de recueil et de traitement des données de suivi sanitaire, fait que les pratiques relèvent encore trop d'une option individuelle. En l'absence de critères standardisés, le risque est celui d'une qualité de service aléatoire. Une démarche pour soutenir un suivi systématique dans le cadre du projet pour l'enfant reste à soutenir. Il est à noter que le département a impulsé cette étude dont les premiers effets de sensibilisation sont repérables.

4.2.2 Création d'environnements favorables

L'individu est en interaction avec l'environnement dans lequel il évolue. Ces liens sont unis de manière inextricable. Une approche qui viserait une modification des comportements individuels alors que l'environnement n'est pas propice à cette évolution aurait une portée limitée faisant reposer uniquement sur l'individu le changement attendu. La notion d'environnement est donc à prendre dans une double approche : l'environnement humain et l'environnement physique.

Un environnement favorable pour l'enfant est un environnement suffisamment sécurisant qui permettra son processus de maturation.

Les professionnels reconnaissent volontiers la difficulté pour les enfants de faire confiance compte tenu des expériences vécues par ces derniers. La confiance relève d'un processus qui prend racine dans les liens d'attachement¹⁰, or ces enfants qui ont vécu des ruptures de ce lien n'ont pas bénéficié de cette sécurité de base qui permet de construire progressivement la confiance en eux-mêmes et vis-à-vis des autres. Or, ces mêmes professionnels ne mentionnent pas de stratégies, dont ils pourraient être les artisans, favorisant l'élaboration de cette capacité à faire confiance. Comme si l'importance de leur rôle à cet égard n'était pas perçue.

Ici, prendre soin est appréhendé au sens curatif (cure) et non pas dans le sens de l'attention portée à l'enfant (care). Sur ce point, des exemples liés à l'intimité (aider au moment de la toilette, appliquer une pommade, ...) soulignent une forme de dissonance dans laquelle se trouvent les éducateurs. Les situations qui permettraient aux éducateurs d'être dans l'attention (care) sont mises à distance. A ce titre l'exemple de la plainte récurrente de certains enfants est également éclairant. En effet cette plainte est interprétée par ces professionnels comme une forme de dépendance que l'enfant exprime vis-à-vis de l'adulte. A ces enfants, qui ont besoin de proximité pour se construire (ou se reconstruire), la réponse apportée est la distance. Cette mise à distance est envisagée comme une solution évitant à l'enfant de tomber dans la dépendance vis-à-vis de l'adulte. Ces propos honorent sans doute les professionnels qui ne souhaitent pas instaurer une relation de toute puissance avec l'enfant. Cette crainte de la toute puissance pourrait être écartée si les éducateurs s'entendaient sur la finalité de la relation éducative, à savoir l'émergence du sujet¹¹.

¹⁰ Bowlby J. (1978). Attachement et perte. Paris : PUF.

¹¹ Meirieu, P. (non daté). Penser l'éducation et la formation (pp. 1-7). Site de Philippe Meirieu.[En ligne]. <http://www.meirieu.com/COURS/PENSEREDUCFOR.pdf> (Page consultée le 20 janvier 2006).

Le retour de week-end des enfants illustre également la nécessité de conditions favorables à la sécurité de l'enfant. Les professionnels soulignent une difficulté des enfants à ce moment là et, si l'explication donnée à savoir la difficulté pour les enfants de passer d'un univers à un autre, est sans doute en partie légitime, il n'en demeure pas moins qu'il importe de se questionner sur les conditions d'accueil lors de ces retours et notamment celles facilitant la permanence des liens. L'enfant sait-il qui sera là à son retour ? Ce retour a-t-il été préparé avec l'enfant ? Toutes ces questions favorisant chez l'enfant le sentiment de rassurance sachant qu'il est attendu au retour, quel que soit son vécu à l'extérieur.

A plusieurs reprises, le poids de la collectivité a été cité par les professionnels comme un élément qu'il n'est pas possible de changer. Ce poids peut être accentué par des locaux inadaptés au besoin d'isolement des enfants. En effet, la relation à soi et aux autres sera d'autant plus facilitée que l'enfant pourra s'isoler à certains moments et retrouver le groupe à d'autres moments. Les établissements l'ont bien compris en favorisant des espaces privatifs comme des chambres individuelles. Par contre, d'autres espaces, où l'intimité devrait être respectée comme les sanitaires, restent encore tributaires, dans certains établissements, de budgets d'investissement non priorités dans ce domaine.

L'environnement favorable pour les équipes, est un environnement qui leur permet de mener leur mission et en cohérence avec l'image qu'ils en ont. Il a été souligné plusieurs fois que le bien-être des enfants passe aussi par la bonne santé des professionnels. Plusieurs critères de malaise au travail apparaissent dans les entretiens :

- Le sentiment pour les professionnels de devoir s'adapter en permanence. Malgré leur formation et les temps d'échanges dont ils disposent, les professionnels peuvent être mis à mal dans leurs pratiques que ce soit à travers l'accueil d'enfants plus difficiles, par des événements de vie de l'enfant rompant dramatiquement le quotidien (la maladie ou l'hospitalisation) ou par les crises institutionnelles.
- Le sentiment de ne pas faire assez bien son travail est exprimé dans plusieurs corps de métiers. La charge de travail est évoquée, ainsi que l'organisation du travail qui en découle et reliées à un malaise de malaise chez certains professionnels. Ceci est souligné notamment par les référents accueil. En privilégiant le soutien aux assistants familiaux, le suivi auprès des établissements ne leur semble pas être à la hauteur de leur exigence. L'enquête réalisée en phase 1 de l'étude a accentué ce malaise en révélant des données jusque là ignorées et qui interrogent cette organisation du travail.
- Le contexte économique et la remise en question du mode de financement des structures d'accueil (passage du système forfaitaire à une tarification à la journée) sont angoissants pour certaines équipes. Cette logique de nécessaire efficience pour certains est vécue comme une logique de rentabilité par les autres. Elle est ressentie comme une atteinte faite à la dimension qualitative au profit de la dimension quantitative.

A travers l'expression de ce malaise, les professionnels expriment la mise à l'épreuve qu'ils vivent dans l'accompagnement de ces enfants¹².

¹² Lamour M., Gabel M. Enfants en dangers, professionnels en souffrance. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2011

Pour se développer harmonieusement, l'enfant doit pouvoir évoluer dans un environnement relationnel et physique qui garantit sa sécurité. Cette sécurité ici est mise à l'œuvre dans la continuité du lien qu'il a avec les adultes et soutenue également par un environnement physique adapté à ses besoins. C'est la prise en compte de ces dimensions qui fera de la structure accueillante une structure protectrice et promotrice de santé.

4.2.3 Renforcement de l'action communautaire

La santé de l'enfant et par conséquent son développement peut également être soutenue par le renforcement de l'action communautaire. Ce terme est à entendre ici comme la recherche d'implication et de participation de tous les acteurs autour du projet de l'enfant.

Alors que **la position des parents** est complexe compte tenu de la mesure qui leur a été signifiée, ils n'en constituent pas moins une des parties prenantes autour du projet de l'enfant. La santé de leur enfant leur importe et ce sujet est un point de vigilance pour eux : ils n'hésitent généralement pas à interpeller les éducateurs ou à incriminer la structure d'accueil en cas de problème de santé. Que leur position soit critique ou bien aidante, investir cette question leur permet de restaurer leur image de parents auprès des professionnels et de leur propre enfant.

Certains professionnels vivent mal certaines décisions prises par les parents ; ils les jugent contradictoires avec la bonne santé de l'enfant. Il semble que se jouent là des relations de pouvoir entre ceux qui gardent l'autorité légale mais qui sont éloignés de l'enfant, et ceux qui en prennent soin au quotidien.

Le souci de maintenir l'enfant en bonne santé est bien souvent un point de consensus entre équipe éducative et parents. La réserve de certains parents à fournir le carnet de santé ou à donner des informations à ce sujet est exceptionnelle. C'est donc un point que l'on peut identifier comme un possible sujet de rencontre et de construction entre intérieur et extérieur, entre équipe éducative et parents. Ce point de rencontre est à travailler en acceptant que les temporalités des uns et des autres sont différentes. En effet, le temps du cheminement des parents dans leur rôle éducatif et celui du développement de l'enfant ne peuvent être assimilés et peuvent être de deux temporalités différentes. Les théories sur le développement de l'enfant nous rappellent que tout retard peut être préjudiciable à sa santé donc à sa construction d'adulte.

Le renforcement de l'action communautaire pourrait aussi se concevoir avec la mise en place d'une meilleure collaboration entre les services et leurs professionnels et les professionnels **extérieurs** aux structures accueillantes. Cette ambition peut se réaliser à partir du moment où l'ensemble des parties prenantes du projet de l'enfant partagent une culture commune sur les questions de santé, de développement de l'enfant et mesurent l'enjeu de faire progresser cette collaboration. Sans ce travail, des cultures professionnelles cohabitent et se confrontent à des incompréhensions voire des rivalités.

4.2.4 Acquisition d'aptitudes individuelles

Aptitudes individuelles pour l'enfant

Les tentatives de mise en place d'action d'éducation pour la santé ne semblent pas avoir produit ce que les professionnels en attendaient : à savoir développer les connaissances des enfants pour qu'ils adoptent des comportements de santé adéquats. Si l'information est nécessaire aux modifications de comportements elle n'est pas cependant suffisante¹³. Par ailleurs il s'avère sans doute plus pertinent de développer des actions qui visent le développement ou le renforcement de compétences psychosociales chez l'enfant où le jeune que de développer des approches par le risque¹⁴. Ces enfants aux parcours chaotiques ont sans doute besoin plus que d'autres d'un accompagnement qui permettra de développer la confiance envers l'autre et envers soi, de développer l'estime de soi, de favoriser l'expression des sentiments, ... Ces compétences acquises peuvent être mobilisées tout au long de la vie et pas uniquement pour les questions de santé, celle-ci n'étant pas un but en soi mais bien une ressource¹⁵ pour pouvoir occuper sa place dans la société.

Aptitudes individuelles pour les professionnels

Le bien-être global de l'enfant, y compris les questions de santé, est du ressort en premier lieu de l'éducateur. Or les éducateurs n'ont pas de compétence sur les soins bien qu'ils doivent en garantir la mise en œuvre (observance des traitements, visites chez les soignants, ...). Leur position peut s'avérer de ce fait inconfortable pour eux-mêmes et vis-à-vis des parents auprès desquels ils sont parfois peu crédibles sur ce sujet. On comprend ainsi qu'ils puissent être soulagés par la présence d'une infirmière dans l'établissement. La légitimité de celle-ci à s'occuper des questions de santé, ses conseils rassurent et ses préconisations sont écoutées et respectées que ce soit par les enfants, les éducateurs ou les parents.

D'autres professionnels, comme certains référents accueil, s'appuient sur d'autres relations, comme avec des médecins de PMI, pour légitimer leurs explications sur la santé des enfants.

Dans l'ensemble, les professionnels se déclarent peu formés sur les déterminants de santé. Leurs discours s'orientent plus vers le soin que vers la santé globale qui n'est pas perçue comme une ressource au bon développement de l'enfant.

Chaque professionnel peut être considéré comme personne ressource pour la santé de l'enfant et participe, de la place qu'il occupe, à assurer la suppléance aux fonctions parentales. Certaines professions se reconnaissent plus que d'autres sur ce rôle, comme les éducateurs et les soignants (infirmières, psychologues).

¹³ Education pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes. Paris : INSERM, Expertise collective, Juin 2001

¹⁴ Promouvoir la santé des jeunes. La santé de l'homme, n° 384, août 2006

¹⁵ Charte d'Ottawa, 1986

De par leur proximité avec les enfants, le rôle et la professionnalisation du personnel de maison sont des éléments favorisant la création d'environnements favorables. La formation, qu'elle soit initiale ou continue, demande à être développée; les briefings ou les participations à certaines réunions nécessiteraient d'être formalisées dans les fiches de poste.

La présence d'enfants présentant des troubles psychiques importants n'est pas un problème en soi, mais la question est posée de savoir si les équipes éducatives sont suffisamment outillées pour ce type de prise en charge qui s'avère parfois plus psychiatrique qu'éducatif. Cette limite de compétences professionnelles a été plusieurs fois évoquée et elle semble d'autant plus urgente à résoudre que ces enfants ne bénéficient pas d'une prise en charge suffisamment adaptée, situation qui pour eux peut être source de maltraitance.

En effet, l'accueil d'enfants aux comportements difficiles, qui mettent à l'épreuve les professionnels, peut d'une part se révéler problématique à gérer pour les équipes et d'autre part mettre à mal la dynamique de groupe pour l'ensemble des enfants accueillis.

4.2.5 Le secret professionnel et l'information partagée à caractère secret, deux notions à clarifier

Que l'exercice professionnel se pratique de manière individuelle (assistant familial) ou au sein d'une équipe (éducateur, infirmière...), on constate que les professionnels n'ont pas tous les mêmes repères quant à la notion de partage d'informations à caractère secret. En effet, certains pensent que les informations dont ils disposent ne doivent pas être communiquées alors que les autres pensent le contraire. Les professionnels considèrent que le partage de l'information peut aller à l'encontre du « principe éducatif du respect de l'autre ».

L'état du droit est le suivant : chacun des professionnels concourant à une mission de protection de l'enfance est tenu au secret professionnel, soit par profession, soit du fait de la fonction ou de la mission qu'il occupe¹⁶. L'information dont il est dépositaire dans le cadre de l'exercice de sa profession ou de sa mission doit donc, selon ce principe, rester secrète, c'est-à-dire que le professionnel n'est pas autorisé à la dévoiler.

Toutefois, afin de permettre aux professionnels de mieux articuler leurs actions, le législateur a introduit un article L. 226-2-2 au code de l'action sociale et des familles relatif au partage d'informations à caractère secret entre professionnels concourant à la protection de l'enfance. Ce nouveau dispositif législatif permet aux professionnels d'échanger des informations sans s'exposer à des sanctions pénales.

Aux termes de l'article L.226-2-2 CASF, le partage d'informations à caractère secret doit être limité aux données qui sont nécessaires pour évaluer et traiter la situation dans le respect de la vie privée des familles¹⁷.

¹⁶ Article 226-13 du code pénal

¹⁷ Le cadre juridique du secret professionnel dans le champ de la protection de l'enfance. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles – ANESM.

Le dispositif introduit par le législateur se situe donc à mi-chemin des pratiques constatées. En effet, il permet l'échange de données utiles sans pour autant faire tomber l'ensemble des informations dans le « pot commun » des professionnels. Ce dispositif ne déroge pas non plus aux règles plus spéciales, notamment celles relatives au partage d'informations à caractère secret de nature médicales¹⁸ selon lesquelles seuls les professionnels de santé peuvent échanger ces données entre eux.

Il apparaît donc nécessaire de bien reposer le cadre de ce partage aux professionnels qui interviennent dans le champ de la protection de l'enfance.

4.2.6 Réorientation des services de santé

La réorientation des services suppose une évolution des services pour une meilleure prise en compte des besoins des publics. Cette évolution concerne tant l'organisation et l'offre d'un service que la coordination des différents services entre eux.

Un déficit de l'offre : au regard du nombre croissant d'enfants diagnostiqués avec un handicap psychique qui sont orientés vers des structures de protection de l'enfance, il est possible de se demander si cette orientation se fait par défaut de places ou de structures plus adaptées.

Une prise en charge pluridisciplinaire : de nombreux enfants bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, orthophoniste, orthodontiste, ergothérapeute, ...) ce qui se justifie au regard des données épidémiologiques mises en lumière dans la phase 1 de l'étude. Cependant si cette prise en charge constitue un gage de qualité en multipliant les ressources de proximité sur la santé et les échanges entre professionnels, elle permet à chacun de se renvoyer une part de responsabilité en matière de santé. Ceci est d'autant plus flagrant que bien souvent l'ensemble de ces interventions souffrent d'un manque de coordination et l'objectif de répondre aux besoins de santé de l'enfant est masqué par le cumul de rendez-vous. Si chaque soin est individuellement adapté, l'ensemble semble manquer de cohérence et ne traduit pas une approche par projet. Organiser les agendas « de ministres » des enfants peut être pour les professionnels un vrai casse-tête accentué par de possibles problèmes d'organisation générale des groupes et des établissements (gestion des activités et des rendez-vous de chacun, disponibilité des véhicules, des personnes,...). Les choix se font alors au détriment d'autres objectifs que personne ne semble vouloir nommer mais qui concernent sans doute le bien-être de l'enfant. Il résulte de cette situation un sentiment de déception de la part des professionnels quant au rapport temps passé /résultats obtenus.

Une absence de repères objectifs pour les professionnels : certains événements de santé ou certains enchaînements de problèmes peuvent être considérés comme révélateurs soit d'un malaise de l'enfant soit d'un malaise plus global du groupe. Si cela est mentionné dans les entretiens, il n'existe pas de document qui permettrait d'objectiver cet enchaînement

¹⁸ Article L.1110-4 du code de la santé publique

d'évènements. La définition de critères et d'indicateurs de santé, de mal-être permettrait d'établir les limites entre ce qui peut être considéré comme « normal » et ce qui peut constituer des signes d'alerte.

5. Propositions de recommandations

Elaborées par les chercheurs au sein du groupe de coordination de l'étude, des recommandations ont été soumises à la réflexion d'un groupe de 15 professionnels selon la méthodologie du focus groupe (directeur d'établissement, référent technique, éducateur, référent accueil, chef de service, assistant familial, infirmière) lors d'une rencontre dans les locaux du Conseil Général de Haute-Savoie à Annecy le 27 janvier 2012.

Les professionnels rencontrés lors des entretiens avaient été informés de la mise en place de cette rencontre ainsi que de ses objectifs. L'objectif de cette rencontre était de vérifier, auprès d'un groupe de professionnels ayant participé aux entretiens, l'acceptabilité des recommandations élaborées à la suite de cette étude sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance conduite dans le cadre de l'appel d'offre ONED 2010 par le CREAL Rhône-Alpes, avec la participation de l'ORS, de l'IREPS et du Conseil Général de la Haute-Savoie. A l'issue de cette rencontre il s'agissait de faire évoluer les recommandations en fonction de leurs remarques.

La rencontre a été animée par les deux professionnelles de l'IREPS ayant réalisé les entretiens. Les participants du groupe disposaient, le jour de la rencontre, d'un support écrit où figuraient l'ensemble des recommandations qui leur ont été présentées dans l'ordre suivant :

5.1 LE SUIVI SANITAIRE DE L'ENFANT COHERENT SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

- Elaborer les cadres de référence, du général au spécifique qui permettent une déclinaison opérationnelle de l'ensemble des missions. La santé (suivi sanitaire, prise en charge, prévention et promotion de la santé) figurant aux différents niveaux de ces cadres de référence.
- Définir le système de délégations ainsi que des procédures et outils pour en assurer le suivi aux différents niveaux.
- Définir des critères de recueil, de traitement et de transmission des données de santé pour le suivi sanitaire de l'enfant optimal dans son parcours d'accueil.
- Elaborer des outils permettant de partager les informations entre les différents corps de métiers en interne à l'établissement.
- Favoriser le décloisonnement pour que la prise en charge de l'enfant soit cohérente et sans rupture.
- Développer des partenariats extérieurs.

Commentaires :

Cette première série de recommandations a fait l'objet de réactions de la part des professionnels qui ont d'emblé souligné l'absence à ce jour du projet pour l'enfant (PPE) dans le département. Ces professionnels ont insisté sur toute l'importance d'un tel document qui constitue le préalable indispensable permettant une déclinaison opérationnelle de tous les autres dispositifs : Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC), Contrat d'accueil, Projet Personnalisé.

Une information est apportée une expérimentation mise en place dans un des territoires du département depuis un an sur le projet pour l'enfant avec un volet santé. Des participants du groupe

précisent que la place du référent dans le système de délégation aux établissements sera clarifié également avec la définition du PPE.

La définition des critères de recueil, de traitement et de transmission des données est perçue comme un chantier important dont le portage doit être institutionnel (Conseil général, organismes gestionnaires et établissements).

Dans les outils de suivi, les participants estiment important de faire apparaître l'histoire sanitaire de l'enfant ainsi que les dates importantes à venir. Actuellement, il n'existe pas de dossier médical qui suivrait l'enfant entre les établissements ou les assistants familiaux, et permettrait d'améliorer la communication lors du changement de lieu de placement. Il pourrait être intéressant de s'inspirer du secteur médico-social plus en avance sur le dossier unique des enfants.

Le mode opératoire regardant la situation des enfants confiés au titre de la protection de l'enfance pourrait s'inspirer des études faites sur de la prise en charge de jeunes avec difficultés multiples, à ce sujet une étude récente du CREA Rhône-Alpes est mentionnée.

Conscients de l'importance de ce chantier, les participants s'accordent pour dire qu'une priorisation de ces actions sera nécessaire. Cependant ils ne précisent pas de qui relève cette priorisation.

5.2 LA FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS

- Renforcer les compétences/connaissances des professionnels sur les notions suivantes :
 - sécurité de base et établissement d'une relation de confiance avec l'enfant ;
 - environnements favorables au développement de l'enfant ;
 - processus de développement et conséquences sur le développement et la santé des conditions de vie, de la qualité des liens d'attachement, des réponses aux besoins.
- Sensibiliser les professionnels aux facteurs de risques et leurs répercussions sur la santé des enfants concernés par la protection de l'enfance ;
- Identifier, pour chaque métier, les contributions en matière de santé de l'enfant et préciser les responsabilités. S'assurer de la répartition des tâches relatives à la santé liées à l'exercice de la suppléance aux fonctions parentales ;
- Former les professionnels en fonction de leurs responsabilités, sur les procédures définies ;
- Former les professionnels sur le partage de l'information à caractère secret ;
- Organiser des journées d'échanges de pratiques entre professionnels d'un même métier (infirmières, assistants familiaux) mais aussi à travers des approches pluridisciplinaires.

Commentaires :

Sur cette série de recommandations, les réactions ont porté davantage sur les modalités de mise en œuvre de temps de formation que sur des contenus de formation. Les remarques formulées concernent le caractère obligatoire ou pas de la formation. Les participants craignent que le caractère obligatoire ait un effet contre productif quant à l'engagement des personnes dans le processus de changement inhérent à la formation.

Deux types de formations sont évoqués : un rappel des connaissances de bases, une actualisation des connaissances et en particulier sur les aspects législatifs et règlementaires.

5.3 LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

- Inscrire la démarche de santé dans le quotidien de l'enfant (projet d'accompagnement, conditions de l'accueil,...)
- Développer des actions qui facilitent les relations de confiance de l'enfant :
 - Prendre en compte la parole de l'enfant ;
 - Prendre en compte ses ressentis, son sentiment de solitude quant à ses problèmes de santé ;
 - Garantir un cadre sécurisant pour l'enfant favorable à l'établissement d'une relation de confiance ;
 - S'assurer que tous les besoins de l'enfant sont pris en compte: physiques, affectifs et psychiques ;
 - S'assurer que la suppléance parentale est mise en œuvre dans le respect de la place des parents ;
 - Développer des actions de prendre soin de soi à travers le développement des compétences psycho-sociales.

Commentaires :

Cette série de recommandations n'a pas suscité de remarques, les professionnels considérant que ces recommandations sont une déclinaison de leurs missions. Cette absence de réaction est à interroger car les éléments recueillis au cours de l'enquête laissent voir que la question du développement de l'enfant n'est prise en compte que partiellement.

5.4 LA PLACE DES FAMILLES

- Maintenir un lien continu avec les parents favorable à l'établissement d'une relation de confiance en associant le parent sur toutes les questions de santé.
- Considérer que tout évènement santé est important pour le parent et mérite de lui être communiqué dans le respect de l'autorité parentale.
- Recueillir les attentes des parents concernant les modes de communication et les informations à recevoir.
- Renforcer les compétences des parents en matière de santé afin de :
 - faciliter leur appropriation et leur compréhension du sens du suivi médical de leur enfant ;
 - faciliter la prise d'une décision la plus satisfaisante pour l'enfant ;
- Informer les soignants extérieurs sur le système de protection de l'enfance et la nécessité de maintenir le lien parents/enfant.

Commentaires :

Sur cette série de recommandations, les professionnels s'accordent pour dire que la santé constitue un point de rencontre avec les parents et qu'il est important de le maintenir en favorisant l'échange d'information et le respect de leurs décisions. Les parents comprennent et s'approprient d'autant mieux l'information qu'ils y sont associés. Les participants soulignent également, qu'en fonction de la gravité d'un événement de santé de l'enfant, il est important que cette annonce soit faite par le professionnel le plus approprié (médecin, infirmière, éducateur). Les participants jugent nécessaire d'informer les parents sur tout événement de santé, aussi bénin soit-il. Ne pas le faire est les priver de moments de vie de son enfant.

Les professionnels participant à cette rencontre estiment que les professionnels extérieurs qui assurent des soins à l'enfant ont une méconnaissance du système de protection de l'enfance et ne mesurent pas bien les enjeux du maintien lien enfant/parent.

Synthèse

et

Conclusion

Le croisement des approches et des données objectives et perceptives qu'elles ont pu produire chacune au cours de cette étude, les analyses tant quantitatives que qualitatives montrent des problèmes nombreux et massifs affectant la santé des jeunes confiés au titre de la protection de l'enfance, affectant également leur développement et leur qualité de vie. Il est à souligner que les définitions de la santé que nous donnent les jeunes eux-mêmes sont plus larges que celles qu'en donnent les professionnels.

Les premiers montrent dans leur rapport à la santé une grande solitude, des sentiments qui font écho aux difficultés liées à leur situation de vie, et, malgré l'accueil dans des établissements ou des familles d'accueil, un faible appui sur les ressources.

Les représentations des professionnels sur la santé des jeunes et sur leurs pratiques dans ce domaine appellent à proposer des préconisations pour améliorer l'accès au soin, le suivi médical et la santé de ces jeunes.

1. L'évaluation de l'état de santé

Les données médicales recueillies, leur analyse au regard de l'état de la population générale, attirent très nettement l'attention sur plusieurs plans :

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

Concernant le surpoids, la prise de neuroleptiques est un facteur déclencheur fréquent, connu mais peu de mesures d'accompagnement se mettent en place.

Lors du bilan médical, globalement peu de pathologies sont dépistées mais de nombreux suivis sont relancés, voire initiés pour des problèmes déjà connus mais non pris en charge.

Il est à noter que les jeunes accueillis sur des établissements de type « déficience intellectuelle » sont plus nombreux que les jeunes accueillis en ITEP, témoignant de situations très dégradées ; la plupart des jeunes présentant plutôt une « déficience acquise » en lien avec des carences familiales multiples.

Les problèmes de vie quotidienne (sommeil, alimentation et comportement) sont très présents dans cette population mais peu accompagnés en dehors des troubles importants du comportement entraînant des difficultés au quotidien.

Le médecin impliqué dans cette étude et qui a effectué ces bilans médicaux a tenu à souligner qu'ils ont été bien accueillis dans l'ensemble. La bonne participation des jeunes à ces bilans médicaux manifeste leur intérêt. Cela a été l'occasion d'échanges riches et souvent soutenus. Les consultations duraient en moyenne une heure et parfois jusqu'à deux heures. Les assistants familiaux ont marqué leur investissement dans ces bilans, soulignant la richesse des échanges, l'espace de parole donné à chacun et leur étonnement au vu des résultats. Les établissements ont eu aussi pu également souligner leur intérêt pour ce bilan comme un élément supplémentaire faisant partie intégrante du projet pour l'enfant.

2. La santé perçue

L'analyse quantitative confirme les données objectives recueillies avec une atteinte massive des différentes dimensions de la qualité de vie

Les enfants expriment dans leurs propos une compréhension et le sens qu'ils attribuent aux problèmes de santé. Ils ont à propos de la santé une conception large qui rejoint celle donnée par l'OMS.

Ils en ont une perception dégradée et ressentent une atteinte massive des différentes dimensions de la qualité de vie. Ils identifient très nettement des problèmes liés à l'énergie (ils parlent d'un manque d'énergie), à la fatigue (disent que « tout demande un effort »). Ils expriment à la fois des plaintes et un mal être : ils mentionnent des douleurs et des réactions émotionnelles aux événements de leur vie, et un sentiment de mal être diffus. Ils évoquent, en parlant de leur santé, des craintes quant à leur avenir, comme la peur liée aux problèmes d'orientation et des changements proches ou lointains, ou encore leur difficulté d'être en classe.

Les vécus liés à leur histoire de l'attachement sont nettement perceptibles, leur insuffisance ou leur manque d'attachement, la peur du lien et surtout l'absence de confiance dans les personnes qui les entourent et qui ne sont pas à leurs yeux des supports et des ressources aisément disponibles pour leur santé. Leur rapport à la santé apparaît passif, voire inversé à la gravité du problème.

L'analyse de leurs stratégies d'ajustement permet d'identifier trois catégories selon leur parcours et la durée ou la nature de leur placement :

- une première catégorie pour lesquels les supports de santé principaux sont des professionnels et sont liés à la construction d'une relation de confiance et de liens électifs avec les acteurs de la suppléance aux fonctions parentales,
- une seconde catégorie pour lesquels la famille reste le support principal, en particulier pour les enfants placés depuis une courte période,

- une troisième catégorie qui montre des enfants isolés sans support social perçu, ni de la famille, ni de l'institution. Des enfants au parcours chaotique, apparaissant comme entre deux rives, ne percevant plus de soutiens.

Ces stratégies apparaissent extrêmement liées à la qualité des liens construits avec les acteurs éducatifs ou préservés avec leur famille.

A partir de la cartographie des réseaux et supports mobilisés ou non, une typologie des rapports à l'aide est dressée. Trois modèles se dessinent : le recours et la satisfaction par rapport à l'aide reçue, le recours à l'aide et le fatalisme puis la méfiance et l'évitement de l'aide.

3. Les pratiques professionnelles

Si la conception de la santé qu'ont les professionnels se réfère en premier lieu à une définition globale, leur perception de la santé, lorsqu'elle est référée aux situations et à l'organisation de leurs pratiques, apparaît quant à elle relativement restrictive et cloisonnée et semble limiter leur prise en compte des déterminants de santé et leurs actions. Elle apparaît en retrait par rapport à celle qu'en ont les jeunes eux-mêmes.

La question de la santé mentale apparaît tellement prégnante dans leurs préoccupations, en particulier pour les enfants accueillis en établissement, qu'elle est surtout vue sous le seul angle psychologique et qu'elle semble recouvrir d'autres thématiques.

Leur connaissance de l'état de santé des enfants accueillis ne leur semble pas suffisante et rencontrer différents obstacles, en premier lieu celui de l'absence de suivi systématique, ainsi que leur confrontation régulière à des situations d'urgence. Ils expriment eux aussi un sentiment de malaise sur ces questions, malaise induit par la tension entre leur prise de conscience et leur propre analyse de leur pratique.

Leurs différentes pratiques sont bien sûr liées aux rôles et implications de chacun des professionnels dans le domaine de la santé. Mais les actions leur apparaissent davantage juxtaposées que coordonnées.

Une analyse de leurs représentations sous l'angle de la promotion de la santé nous amène à interroger différents niveaux d'action : celui des politiques de santé et de l'organisation d'un parcours de soins, celui de la création d'environnements favorables et de l'acquisition de nouvelles aptitudes. Elles nous amènent aussi à préconiser des actions de formation continue, intégrant des actions relatives au partage de l'information à caractère secret, sur lequel des confusions ont été relevées, ou encore sur le développement de l'enfant, bien que les professionnels aient peu réagi sur cette dernière proposition.

Il est à noter le fort intérêt manifesté par les professionnels rencontrés pour la thématique de l'étude et l'effet de sensibilisation que celle-ci a produit pendant son déroulé lui-même.

4. Le paradoxe autour de la santé

Les résultats de cette étude nous conduisent à souligner un paradoxe autour de la santé.

La décision de mesure d'assistance éducative est nécessairement référée à l'article 375.1 du code civil, qui mentionne la mise en danger de la santé. Pour autant la santé est en partie un point aveugle de la prise en charge du jeune. Comme si une double négligence dans le domaine de la santé se trouvait vécue par les jeunes.

Dans ce domaine l'implication des parents est peu recherchée, alors qu'il semble qu'elle pourrait fournir, par la recherche d'objectifs partagés, un levier à leur mobilisation. Les propos à cet égard apparaissent contrastés et n'évoquent que très peu la répartition des actions de suppléance ou de soutien des capacités parentales.

Il manque à cette étude une investigation auprès des parents. Une étude dans cette direction serait opportune.

5. La relation de confiance

Nous l'avons vu, les jeunes en arrivent à éviter l'adulte avec lequel il n'a pas édifié une relation de confiance. L'analyse des stratégies d'ajustement nous montre le statut là aussi paradoxal de la structure d'accueil qui ne présente pas pour les jeunes le statut de « social support », ce soutien étant hors de la structure d'accueil ou inexistant à leurs yeux. Les jeunes apparaissent tiraillés entre des lieux et des personnes et vivent une incertitude dans un état de tension. Ce manque de confiance a à voir avec leur histoire d'attachement. Néanmoins se posent avec acuité les conditions qui pourraient permettre de construire cette relation et envisager que les acteurs éducatifs soient représentés comme une ressource (quelle organisation, quelles attitudes pour favoriser l'édification d'une confiance, comment veiller à l'édification du sentiment de sécurité de base ?).

Là aussi des malentendus sont perceptibles : les malentendus sur l'interprétation portée sur les appels d'attention comme ceux nommés sous le vocable de « bobologie » pointent une relative mise à distance explicitée par la crainte d'installer une relation de dépendance. Les difficultés d'endormissement ne sont pas reliées à l'absence de sécurité de base, ni la fatigabilité à des sentiments dépressifs. Les tensions et paradoxes relatifs au lien d'attachement ne sont pas ici évoqués pour parler de la santé et du bien-être de l'enfant. Les difficultés de santé sont repérées, sans pour autant qu'un sens relié à l'histoire d'attachement ne soit donné, leurs stratégies d'ajustement, notamment celles de l'évitement de l'aide sont quant à elles peu repérées.

6. De l'attention à une intention ou de la préoccupation à l'action

Si le rapport à la santé des enfants confiés au titre de la protection de l'enfance, convoquent comme nous l'avons vu des problématiques plus larges, liées à l'estime de soi, à la projection dans l'avenir, au rapport aux institutions, si le rapport des professionnels est habité de paradoxes, il y a lieu de proposer différentes perspectives.

Les résultats de cette étude amènent ainsi à devoir penser une organisation favorisant la santé et garantissant le meilleur développement des enfants. Différents niveaux d'action sont ici convoqués :

- celui de politique publique permettant l'organisation de parcours de soins au sein de territoires et privilégiant une approche d'éducation communautaire avec des programmes d'action partagés,
- celui du projet d'établissement, comprenant un volet santé qui identifie des axes stratégiques, des partenariats et les ressources disponibles,
- celui du projet pour l'enfant déduit d'une évaluation de sa situation et de celle de sa famille et celui du projet personnalisé d'accompagnement, avec un volet relatif à la santé ; ce volet comprenant des actions de suivi médical systématique et régulier (cette étude a montré comment il peut être mis en place et aussi faire levier une mobilisation dans ce domaine), des actions directes non seulement de soins mais aussi de prévention, avec l'élaboration de protocoles.

Le climat et une organisation propices à l'édification d'une relation de confiance, favorisant notamment une disponibilité des professionnels en ce sens et une permanence éducative concernent autant le projet d'établissement que le projet d'accompagnement de l'enfant.

Dans une optique participative, la dimension de la santé à ces différents niveaux est à penser comme un levier d'action partagé, en premier lieu avec les jeunes et les parents.

Bibliographie

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux, ANESM, (2010), *Le questionnaire éthique dans les établissements et services médico-sociaux*, Paris.

Beck F., Guibert P., Gautier A., et al., Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S). Saint-Denis. FRA. - Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. - Saint Denis : INPES, 2008 : 593 p., graph., tabl.

Berghmans L. (2009), *Education Santé. Inégalités de santé, une histoire ancienne d'actualité.*
<http://www.refips.org/files/generale/Education%20Sante.pdf>

Bonaldi C., Bloch J. - L'entretien de santé des enfants de 12-13 ans (filles de 12 ans et garçons de 13 ans) : Analyse descriptive et résultats épidémiologiques. - Saint- Maurice : INVS, 2009 : 38 p.
http://www.invs.sante.fr/publications/2009/entretien_sante_enfants_12_13_ans/entretien_sa

Bourdaï M., Grenier M., Mennesson A. (2003), *Etude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris*, CAREPS, rapport N 395 A.

Bournot M.-C., Bruandet A., Declerck C., et al., Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S). Saint-Denis. FRA. - Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans : Résultats régionaux, vol. 3.2. - Saint Denis : INPES, 2004 : 253 p., graph., tabl.

Braconnier A., Chiland C., Choquet M. – *Idées de vie, idées de mort : La dépression en question chez l'adolescent.* – Paris : Masson, 2004 : 151 p.

Brocas A.-M., Olier L., Moisy M. / coord. – *Conférence biennale sur la santé des jeunes : 29 octobre 2009.* – Paris : DREES, octobre 2009 : 36 p. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>

Bronsard G., Simeoni M-C. et al (2008). *Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux-socio-éducatifs. Etude de la population d'adolescents vivant en foyers sociaux dans les Bouches du Rhône*, Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales. Provence-Alpes côte d'Azur.

Bowlby J. (1978). *Attachement et perte*. Paris, PUF.

Choquet M., Hassler C., Morin D., Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA, Ministère de la Justice. Direction de la Protection Judiciaire de la jeunesse. Paris. FRA. - Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur public) sept ans après. - Paris : Inserm, 2005/10 : 193 p., graph., tabl.

CHU d'Angers, service de pédopsychiatrie, *Enquête épidémiologique sur les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents*, Département du Maine-et-Loire, Janvier 2006

Dany, L., (2003), *Jeunes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse*, Rapport final, Orspaca.

Dazord A., Magnificat S., (2004), *Qualité de vie et santé mentale chez les adolescents*, in *Santé mentale, ville et violence*, Editions Erès

Gautier A., Baudier F., Leon C. - Comment ça va la santé ? Enquête auprès des 12- 25 ans. - La Santé de l'homme, n° 370, 2004/03-04 : pp. 13-39.

Fassin D. (2009), *Avant propos*. In: *Inégalités et santé. Problèmes politiques et sociaux*, Paris: La Documentation française. (960) : 136.

Godeau E. / dir., Grandjean H. / dir., Navarro F. / dir., et al. - *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2002 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*. - Saint Denis : INPES, 2005/08 : 284 p. - Coll. Baromètres Santé.

Godeau E., Arnaud C., Navarro F. - *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006*.

Giraud M. (2005) *Le travail psycho-social des enfants placés*. Médecine & Hygiène. Déviance et Société. 2005(4-29) : pp 463-485.

Guédeney, N. (2009). *Quelques apports de la théorie de l'attachement à la pratique en santé mentale de l'enfant*. Institut Mutualiste Montsorris Paris.

Guibert P. / coord., Gauthier A. / coord., Baudier F. / coord., et al., Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S). Saint-Denis. FRA. - Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans : Synthèse des résultats nationaux et régionaux, vol. 3.1. - Saint Denis : INPES, 2004 : 216 p., ill., graph., tabl. - Coll.Baromètres.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.), *Education pour la santé des jeunes (2001) : Démarches et méthodes*, Expertise collective.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.), *Equipe Epidémiologique psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent (2003), La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après.*

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA. – La santé des adolescents. - Etudes et résultats, n° 322, 2004/06 : 12 p.<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er322.pdf>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA. - Education pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes.- Paris : Inserm, 2001 : 247 p.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA. – Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. – Paris : INSERM, 2002 : 887 p.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S), Saint-Denis. FRA,

Jeamment P., Bochereau D. – La souffrance des adolescents. – Paris : Ed. La Découverte, 2007 : 224 p.

Labbe E., Moulin J.-J., Sass C., et al. – Etat de santé, comportements et fragilité sociale de 105901 jeunes en difficulté d'insertion professionnelle : Rapport d'étude – Décembre 2005. – Saint-Etienne : CETAF, 2005/12 : 52 p. http://www.cetaf.asso.fr/publications/RE_jeunes1625.pdf

Lamour M., Gabel M(2011), M. Enfants en dangers, professionnels en souffrance. Ramonville-Saint-Agne, Editions Erès.

Lamoureux P., Didier J., (2004), Adolescence et santé-constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés. *La santé en action*, INPES

Langouet G. / coord., Observatoire de l'Enfance en France. Paris. FRA. - Les jeunes et la santé en France. - Paris : Hachette, 2001 : 255 p. - Coll. L'état de l'enfance.

La santé de l'homme (2006), *Promouvoir la santé des jeunes*, n° 384.

Le Breton D. – Cultures adolescentes : Entre turbulence et construction de soi. – Paris : Autrement, 2008 : 179 p.

Medina P., Guye O., Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. (O.R.S.R.A.). Lyon. FRA. - Jeunes suivis par la mission locale en Alpes Sud-Isère : Etude qualitative. - Lyon : ORSRA, 2008/05 : 69 p. <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Rapport%20jeunes%20ASI.pdf>

Medina P., Guye O., Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. (O.R.S.R.A.). Lyon. FRA. - Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère. – Lyon: ORSRA, 2006/01 : 79 p. <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/ML%2038.pdf>

Michaud P.-A. / coord., Alvin P. / coord. – La santé des adolescents : Approches, soins, prévention. - Lausanne : Editions Payot, 1997 : 636 p.

[nte_enfants_12_13_ans.pdf](#)

Pommereau X. - Santé des jeunes : Orientations et actions à promouvoir en 2002. – [s.l.] : [s.n.], 2002/04 : 33 p.

Renard F., Deccache A. (2004) La santé des adolescents dans une perspective de promotion de la santé: quels outils pour quelles actions? *Education santé Numéro 190*.

Robin P., Grégoire P., Corbet E. (coord.), (2012) L'évaluation participative des situations familiales, Paris, Dunod.

Salomez J.-L., Casanova R., Choquet M., et al. – L'adolescence : Une période critique ?. - Contact Santé, hors-série n°2, 2008/05 : pp. 2-54

Wekerle C., Wall A-M, et Knotte D (2004), Analyse des comportements à risque pour la santé des adolescents. *Feuillet d'information CEPB*. Toronto, ON, Canada: Faculty of Social Work, University of Toronto

