ACCES AUX SOINS ET SENS DU SOIN DES ENFANTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE : PRINCIPAUX RESULTATS D'UNE RECHERCHE

Séverine EUILLET, *Docteur en psychologie et Maître de conférences en sciences de l'Education (Université Paris Nanterre – CREF)*
Juliette HALIFAX, *Docteur en démographie et chargée d'études et de recherches en intervention sociale (APRADIS Picardie – DERO)*
Pierre MOISSET, *Sociologue consultant en politiques sociales et familiales*
Nadège SEVERAC, *Docteur en sociologie et consultante en protection de l'enfance*

Comment les enfants protégés ont-ils accès au système de santé et aux soins ? Quel accompagnement leur est proposé autour de leur santé ? Dans quelle mesure le suivi sanitaire de l'enfant protégé vient mobiliser la conception de la suppléance familiale, et donc l'articulation entre le lieu de vie de l'enfant et les détenteurs de l'autorité parentale ? Qu'en pensent parents et enfants ? Nombreuses sont les questions à traiter à propos de la santé des enfants protégés, même si cette dimension a connu divers éclairages ces dernières années suite à différents rapports (IGAS, 2011[1], ANESM, 2015[2]).

Pour apporter des éléments de compréhension relatifs à l'accès aux soins et au sens du soin des enfants pris en charge en protection de l'enfance, une recherche – réalisée par une équipe de chercheurs pluridisciplinaires (psychologue, démographe, sociologue) et financée par le défenseur des droits et le fonds CMU[3] – est parue en 2016. Plus particulièrement, il s'agissait d'investiguer trois dimensions conçues comme interdépendantes dans la compréhension des enjeux de la santé et du soin en protection de l'enfance :

- les relations interinstitutionnelles ;
- les dispositifs, les rôles des acteurs et les pratiques professionnelles ;
- le point de vue des enfants protégés et de leurs parents.

Ont été menées simultanément une enquête quantitative et une qualitative. La première s'est traduite par l'envoi d'un questionnaire à toutes les CPAM, les DTPJJ et les services départementaux de l'ASE[4]. Les réponses de 97 CPAM (91 %), 48 DTPJJ (87 %) et 58 services ASE (57 %) ont été recueillies. L'enquête qualitative a été menée dans cinq départements choisis et a consisté à réaliser un total de 41 entretiens auprès de cadres des CPAM, des DTPJJ et de l'ASE, auprès de soignants, et de professionnels, enfants, parents, concernés par l'ASE ou la PJJ.

Cet article reprend les dix principaux résultats issus du croisement de l'analyse qualitative des entretiens et de l'analyse quantitative des questionnaires.

1. DES PROCÉDURES D'AFFILIATION SIMPLIFIÉES À L'ARRIVÉE DE L'ENFANT DANS LE DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE

N'émergent que peu de problèmes d'affiliation des enfants placés, les procédures ayant été largement simplifiées par les CPAM. Lors de leur arrivée sur le lieu de placement, les enfants sont majoritairement affiliés en tant qu'ayants droit sur la couverture

---

[1] LOPEZ Alain, MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant, Paris : IGAS, 204 p., 2011.

[2] ANESM, Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives, 132 p., 2015.

[3] Le rapport final de cette recherche est accessible sur le site internet du défenseur des droits : http://www.defenseurdesdroits.fr/

[4] CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
DTPJJ : Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).
ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

santé de leur parent, même si la part d'enfants disposant d'une CMU[5] est plus importante à la PJJ. Puis, lors de la mise en place de la mesure de placement, 88 % des services de l'ASE privilégient une affiliation automatique à la CMU, contre 50 % des unités éducatives d'hébergement de la PJJ.

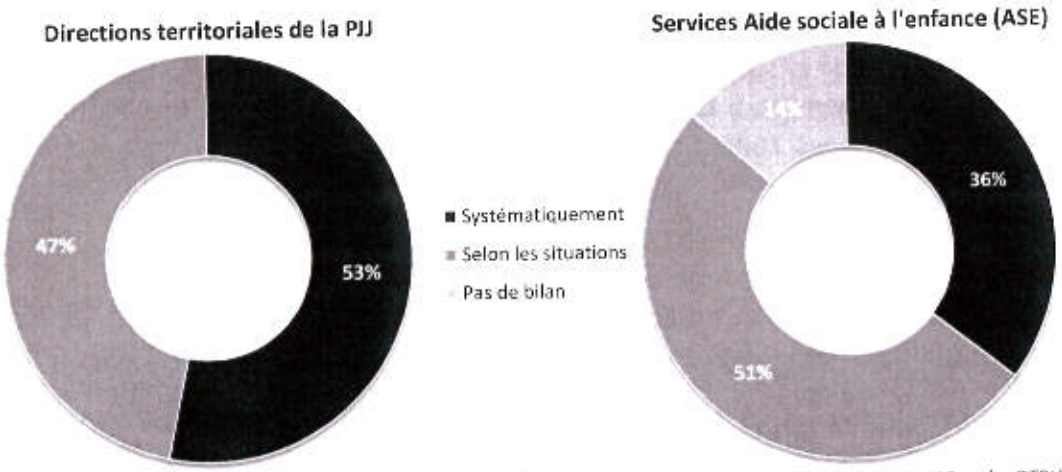
En complément de dossiers allégés, sur la majorité des territoires ont été identifiés des interlocuteurs référents au sein de chaque institution. Ces relations ont été formalisées par une convention partenariale entre l'ASE et la CPAM dans un quart des départements.

Toutefois, apparaît une période particulièrement soumise à un risque accru de rupture de la couverture médicale faute de ré-affiliation : la fin de placement, que ce soit au cours de la minorité, où l'enfant retourne vivre chez ses tuteurs légaux ou lors de l'accès à la majorité (respectivement 53 % et 73 % des CPAM citent ces modalités). D'après les DTPJJ, les difficultés rencontrées concernent très majoritairement les mineurs résidant dans un autre département que celui de leur lieu de placement.

2. PEU DE SUPPORTS UTILISÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-ÉDUCATIF À LA SANTÉ

La pratique du bilan de santé à l'arrivée de l'enfant dans le dispositif de la protection de l'enfance n'est systématique que dans 35 % des situations ASE et 53 % des situations PJJ (figure 1). Sa réalisation est laissée à l'appréciation des référents au regard de l'histoire de l'enfant dans la moitié des situations. Quant au carnet de santé, une majorité des acteurs semble avoir renoncé à pouvoir en disposer, celui-ci étant fréquemment perdu entre les différents lieux de placement de l'enfant et les acteurs doutant de l'exactitude et de l'actualité des informations renseignées.

Fig. 1. : Réalisation d'un bilan de santé des enfants lors de leur entrée dans le dispositif



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

Différents supports existent au niveau national pouvant comporter une partie dévolue à l'accompagnement de la santé du mineur tels que : le Projet Pour l'Enfant (PPE), le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) ou le Recueil Informations Santé (RIS). Que très peu utilisés, ils peuvent s'avérer inadaptés dans leur forme (seuls 47 % des services ASE ont travaillé à un PPE avec un volet santé minimum) ou dans leur philosophie, non conçus ni perçus comme un support éducatif.

3. UN RAPPORT AMBIVALENT À LA SANTÉ DES ENFANTS PLACÉS

Pour nombre d'éducateurs, la santé apparaît et comme un domaine très technique (qui appartient aux spécialistes) et comme relevant du corporel et de l'intime, alors même que les jeunes peuvent en parler beaucoup plus facilement. De façon liée, le manque de connaissances des éducateurs face aux problématiques médicales est relevé à plusieurs reprises par les cadres et les professionnels éducatifs eux-mêmes.

[5] CMU : Couverture Maladie Universelle. La CMU a été remplacée, en 2016, par la Protection Universelle de Maladie (PUMA) suite à l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (loi n° 2015-1702).

Globalement, les jeunes attribuent à leurs éducateurs le rôle d'accueillir leurs demandes en ce qui concerne la santé notamment pour consulter, ce que font les éducateurs qui doivent au quotidien porter la question de la santé auprès de jeunes qui se désintéressent de leur propre soin. Le partage de temps quotidien participe à une proximité relationnelle permettant l'expression de demandes.

Dans leur discours les jeunes ne font pas mention d'un refus de soins, mais plutôt d'une polarité entre un surinvestissement ou un désinvestissement. Les jeunes expriment eux-mêmes le fait que certaines douleurs n'ont pas d'origine organique, mais le manque d'articulation entre l'éducatif et le sanitaire, leur renvoie le sentiment d'une prise en charge éclatée avec le sentiment d'être perçu comme menteur par le corps médical, lorsque ce dernier n'est pas « familier » de ce public.

L'état de santé des enfants placés fait l'objet de perceptions différentes selon l'ASE ou la PJJ. Selon les modalités proposées, entre 31 et 48 % des répondants des services de l'ASE ne font pas de constats particuliers sur la santé des enfants placés. Les troubles observés concernent les acquisitions, le langage ou le développement psychomoteur. Les éducateurs constatent des affections liées aux manques de soins et des troubles du trauma venant alourdir l'accueil. Du côté de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, tous les répondants se sont prononcés sur des problèmes de santé spécifiques aux enfants placés, qu'il s'agisse de conduites addictives (plus d'un jeune sur cinq) ou encore de problèmes dentaires, de sommeil, du comportement, de l'alimentation ou des conduites sexuelles à risques.

4. DES DIFFICULTÉS TERRITORIALES MARQUÉES

Un manque d'offre globale de soins est relevé à plusieurs reprises, associé à une faiblesse de ressources médicales dont la coordination existe parfois grâce à des initiatives locales, portées par des personnes et non par des contractualisations.

Le soin psychique est omniprésent en termes de difficultés médicales à la mesure qu'il est inaccessible en termes de consultations, de places et d'inadéquation avec les problématiques des enfants protégés.

En ce qui concerne les partenariats en matière de prise en charge sanitaire (physique ou psychique), les DTPJJ mentionnent une forte implication dans des réseaux de soins ou d'associations de prévention, promotion de la santé, d'institutions de soins ou encore de soignants en exercice libéral. Les services de l'ASE font plus facilement appel aux instances départementales telles que la PMI pour un recueil d'information centralisé sur les questions de santé. Toutefois, l'articulation avec les lieux d'accueil collectif accueillant des enfants de l'ASE reste très administrative. Le travail réalisé au sein des foyers en termes de santé n'est pas rendu visible aux yeux des cadres ASE ni des référents qui leur font confiance. Un clivage est alors possible avec un suivi global moins aisé.

31 % des services ASE et 14 % des services PJJ ne participent à aucune démarche de réflexion ou de planification avec des partenaires, notamment sous forme d'action de prévention collective en direction des mineurs (sommeil, drogue, alimentation).

5. LE REFUS DES SOIGNANTS : PRINCIPAL FREIN À L'ACCÈS AUX SOINS

Les politiques d'affiliation des enfants placés entraînent une surreprésentation des jeunes bénéficiant de la CMU. Or, d'une manière générale, cette population rencontre des difficultés d'accès aux soins qui sont d'autant plus prégnantes pour les mineurs pris en charge en protection de l'enfance. Deux-tiers des services ASE et 59 % des DTPJJ déclarent que certains soignants sont réticents à accepter des mineurs couverts par la CMU (figure 2).

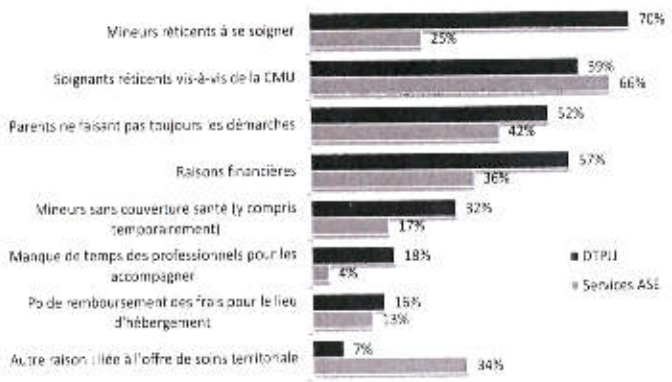
Par-delà cette réticence vis-à-vis de la CMU, certains soignants de ville ne semblent pas assez attentifs aux spécificités du parcours de soin et des affections des enfants placés au titre de la protection de l'enfance. Ces derniers présentent en effet certaines spécificités : un état de santé plus dégradé lié à de moins bonnes conditions de vie et à une distance au soin plus importante, un faible recours aux soins ainsi que des problèmes de santé en lien direct avec les motifs à l'origine de la mesure de placement (notamment en ce qui concerne les maltraitances et les négligences).

Or, les soignants non spécialisés peuvent reproduire dans leur relation à ces enfants, le rapport que ces derniers ont à leurs propres atteintes. De plus, les soignants ne comprennent pas la nécessité de transmission d'information ni la spécificité de leur parcours et de leurs affections.

6. LE COÛT DES SOINS : UNE DIFFICULTÉ NON NÉGLIGEABLE

Les raisons financières – tiers payant, dépassements d'honoraires, problèmes de remboursement de la part de la mutuelle, etc. – sont à l'origine de difficultés d'accès aux soins des enfants placés pour 57 % des DTPJJ et 36 % des services ASE (figure 2).

Fig. 2 : Raisons des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les mineurs



Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ

Pour tenter de palier aux raisons financières entravant l'accès aux soins des enfants placés, les institutions peuvent recourir à une ligne budgétaire dédiée ou apporter une aide systématique (90 % des services ASE et 37 % des DTPJJ). De la même façon, à l'échelle de l'accueil familial, les assistants familiaux sont amenés à engager eux-mêmes des frais pour répondre aux besoins rapides de soin de l'enfant. Les fréquents problèmes financiers se traduisent par des dépassements d'honoraires ou des problèmes de remboursement de la part de la mutuelle. Ainsi, l'accès à des consultations de spécialistes, la réception de soins dentaires ou d'optique sont les plus souvent compromis, tout comme les prises en charge psychologiques.

7. UNE IMPLICATION COMPLEXE DES PARENTS

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

Les jeunes rencontrés évoquent des confusions dans la répartition des rôles entre leurs parents et les professionnels et une absence de communication et d'articulations entre la sphère parentale/familiale et institutionnelle.

Les éducateurs semblent engagés dans une démarche d'association des parents au suivi de la santé des enfants, même si cet engagement ne peut toujours se concrétiser et est toujours pondéré par l'intérêt estimé pour l'enfant. L'opportunité d'associer des parents est mise en parallèle avec le besoin et/ou la nécessité d'autonomie du jeune, par rapport à ses parents. La perception des parents de leur association au suivi de la santé de leur enfant est très faible, mais variable selon le lieu d'accueil, relevant une rigueur et une sincérité dans la transmission des informations réalisées par les assistants familiaux.

Les assistants familiaux ont à vivre de près les effets, lorsqu'il y en a, des refus et désengagements des parents sur le suivi de la santé de l'enfant, et semblent plutôt gênés par la question du travail avec les parents autour de la santé de l'enfant, même si les assistants familiaux rencontrés tiennent à informer le parent au plus près du quotidien vécu.

Par ailleurs, les professionnels relèvent que l'accès aux soins des mineurs placés peut être freiné par une absence de démarches de la part des parents au regard de l'autorisation de soins ou encore de l'accompagnement du mineur, par exemple (52 % des DTPJJ et 42 % des services ASE, figure 2).

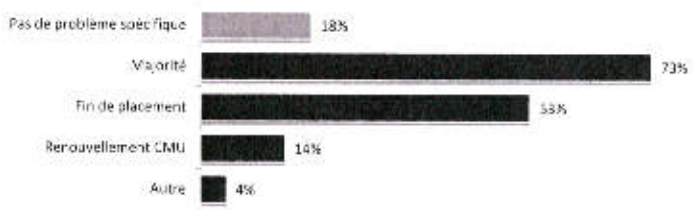
8. LE PASSAGE À LA MAJORITÉ : UN ENJEU FONDAMENTAL

La question de la santé de l'enfant (tant au niveau administratif qu'éducatif) n'est pas épargnée par ce constat de manque de préparation du mineur aux responsabilités qu'il va devoir endosser lorsqu'il sera majeur. Près des trois-quarts des CPAM disent rencontrer des difficultés lors d'une fin de placement liée à la majorité du jeune, certains pouvant alors se retrouver sans couverture médicale (73 %, figure 3).

Dans les questionnaires, un service ASE sur six (16,4 %) et une direction territoriale PJJ sur cinq (20,5 %) déclarent ne pas du tout préparer le passage à la majorité des enfants placés du point de vue de leur santé. Les accompagnements proposés au sein des services sont souvent individuels et peuvent concerner différents niveaux (processus d'affiliation, démarche de rendez-vous, renseignements sur les paiements, repérage des lieux de soins). Toutefois, la réflexion collective et la mise en place d'orientations générales ne sont encore que rarement observées, ce qui participe à une forte variation interindividuelle du niveau d'informations des droits à la santé.

Pour certains jeunes interrogés, disposer de la CMU et d'une carte vitale personnelle représente une anticipation de l'avenir. Un sentiment de solitude plus que d'indépendance est présent, évoquant une absence de ressources une fois adulte.

Fig. 3 : Problèmes spécifiques rencontrés par les CPAM dans la couverture santé des enfants placés (hors affiliation lors du placement)



Source : Questionnaire EFIS auprès des CPAM

9. LES FINS D'ACCUEIL : RISQUE ACCRU D'ABSENCE DE COUVERTURE

Une rupture de la couverture médicale est fréquente lors d'une fin de placement au cours de la minorité, lorsque l'enfant retourne vivre chez ses tuteurs légaux (53 % des CPAM citent cette modalité, figure 3). À la fin du placement, l'enfant peut perdre la couverture santé individuelle que l'ASE lui avait obtenue sans pour autant récupérer une couverture santé auprès de ses parents. Les CPAM évoquent un défaut de communication stabilisée avec les institutions gardiennes qui leur permettrait de connaître le devenir de l'enfant et pouvoir disposer des coordonnées du mineur.

10. LE RÔLE MAJEUR DES ASSISTANTS FAMILIAUX

Même si les cadres les estiment insuffisamment formés autour des questions de santé, les assistants familiaux sont les premiers acteurs du soin des enfants placés. Ils ont une perception de la santé des enfants proche de la notion de santé-bien être. Ils remarquent non seulement des maux particuliers qui ne sont décelables que dans une fréquentation quotidienne, mais également des angoisses, des inhibitions, des peurs face au corps qui, sans constituer des maladies, entravent le soin de soi. Du fait de cette proximité et de cette sensibilité, les familles d'accueil sont amenées à prendre en charge l'accompagnement des soins en mobilisant leurs propres réseaux et en engageant des frais financiers.

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

PERSPECTIVES

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

manière plus globale, l'articulation des sphères éducatives et sanitaires est ici mise à jour, tant en termes de mise en pratiques qu'en termes de conceptions et de logiques. En effet, quelle conception de la santé, sur un continuum allant de la santé/curative à la santé/bien-être, est sous-jacente dans les différentes organisations institutionnelles et les pratiques éducatives en matière d'accompagnement à la santé ? Cette question de fond mobilise à la fois les chercheurs et l'ensemble des acteurs professionnels concernés par la protection de l'enfance, mais aussi le domaine sanitaire au sens large.