

# Le rôle de la PMI dans l'accès à la santé des enfants confiés

## Résultats d'une recherche nationale



### ACCÈS À LA SANTÉ DES ENFANTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE : ACCÈS AUX SOINS ET SENS DU SOIN

JULIETTE HALIFAX, APRADIS PICARDIE

**Journée PMI de la Somme - 8 juin 2017**

# Contexte de la recherche



- **Commanditée pour la période 2014-2015 par :**
  - le Défenseur des Droits
  - le fonds de financement de la couverture maladie universelle du risque maladie (Fonds CMU)
- **Constats préalables sur :**
  - les spécificités des enfants placés
  - les particularités de la prise en charge institutionnelle
  - le manque d'études sur la santé des enfants protégés
- **Menée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs :**
  - Séverine Euillet, Psychologue
  - Juliette Halifax, Démographe
  - Pierre Moisset, Sociologue
  - Nadège Séverac, Sociologue

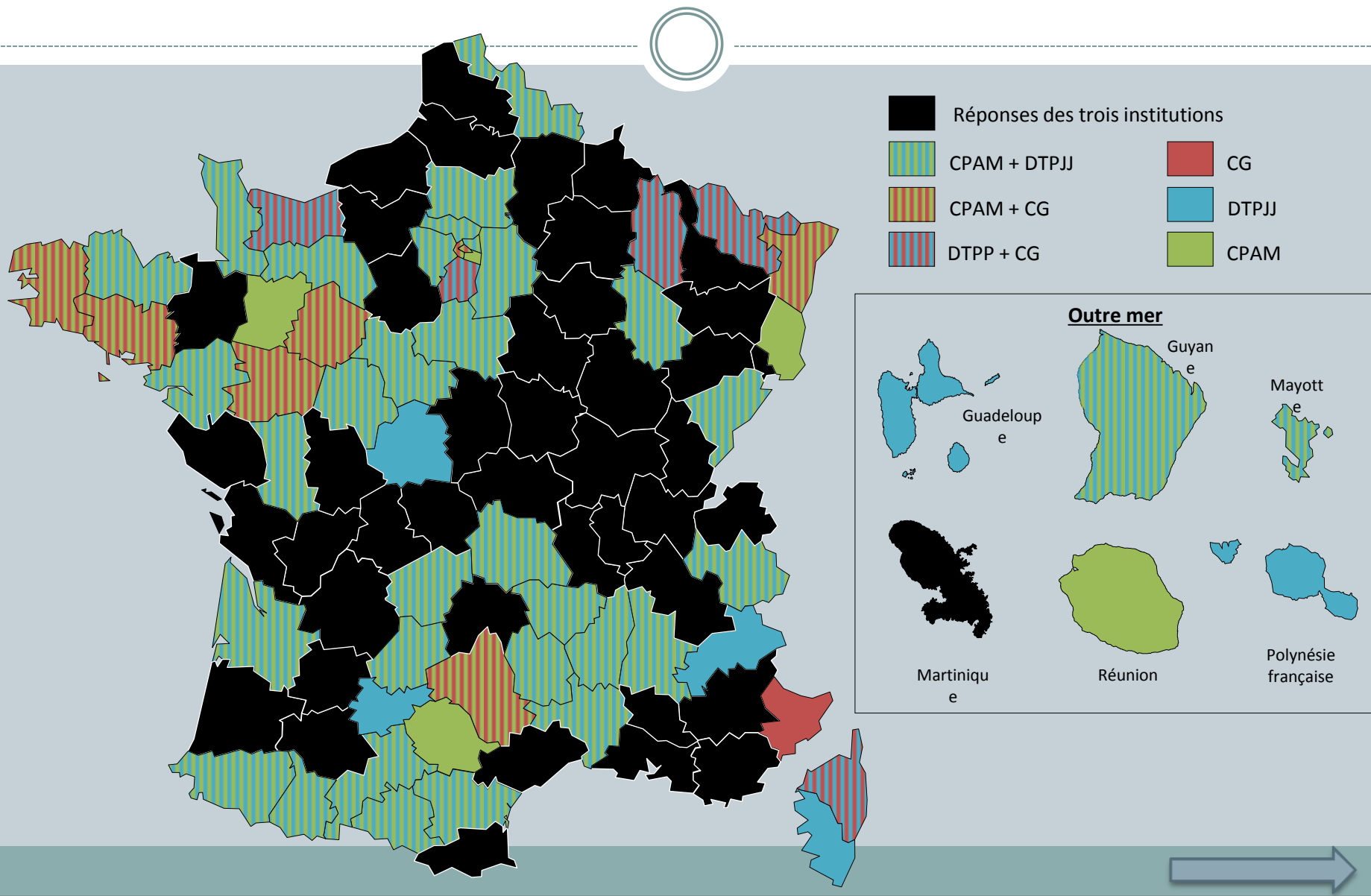
# Méthodologie de la recherche

## Une étude en deux phases



- Une première phase par questionnaires auprès de :
  - ✦ l'ensemble des services ASE (59 réponses sur 101)
  - ✦ l'ensemble des DTPJJ (48 réponses sur 55)
  - ✦ l'ensemble des CPAM (97 réponses sur 107)
- Une deuxième phase par entretiens sur cinq territoires : Haute-Saône, Gironde, Nièvre, Hauts-de-Seine, Pas-de-Calais
  - Des départements choisis en croisant le nombre d'enfants placés, le taux de couverture médicale, le caractère rural ou urbain du territoire...
  - 39 entretiens réalisés auprès des acteurs concernés : cadres (ASE, PJJ, CPAM), éducateurs référents, assistants familiaux, parents, enfants, soignants

# Réponses aux questionnaires



# Les dimensions interrogées



Trois questionnements principaux :

- Les relations interinstitutionnelles afin de repérer comment les **institutions** (ASE, PJJ et CPAM) se coordonnent et fonctionnent afin de garantir l'accès aux droits à la santé des enfants protégés.
- La prise en charge de la santé par le dispositif de protection de l'enfance et ses partenaires du soin, dans l'objectif de comprendre le **jeu des acteurs**, les représentations et les pratiques professionnelles relatives à la santé des enfants.
- L'accès à la santé et le sens du soin, du point de vue des **enfants** protégés et de leurs **parents**.

# 1- Réalisation des bilans de santé

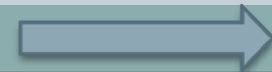
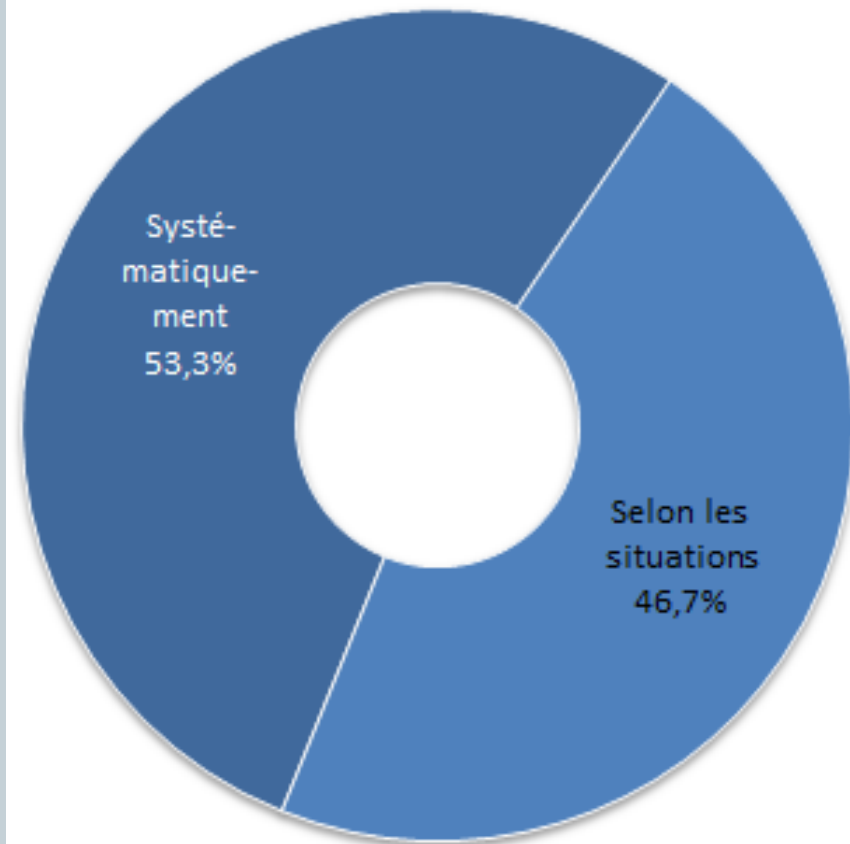
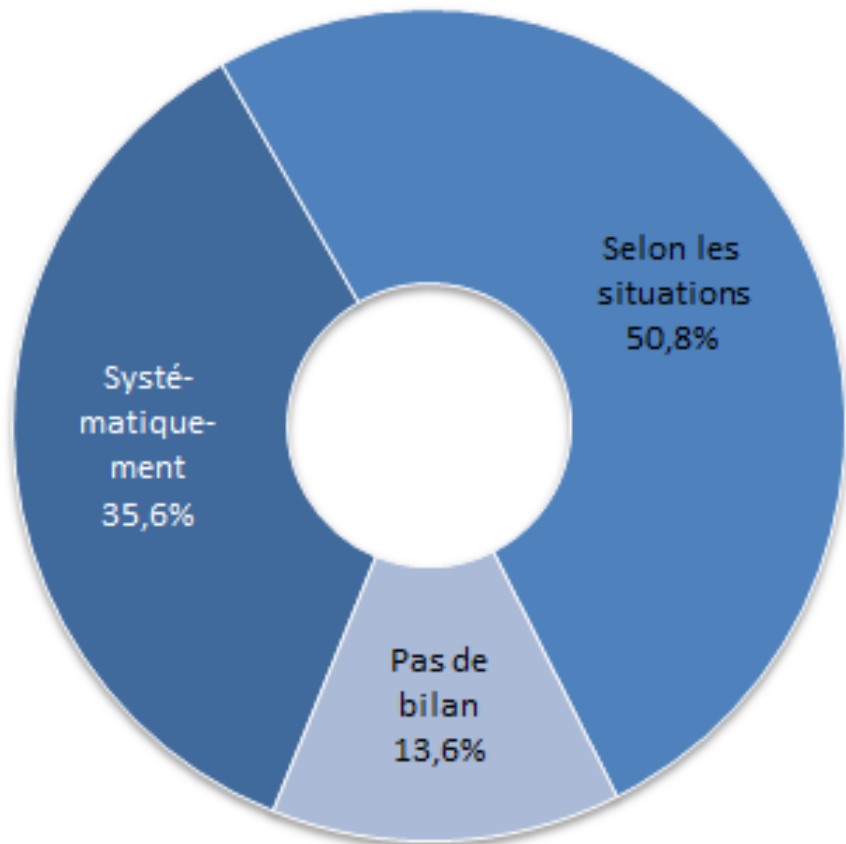


- Lors de l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance :
  - Au regard de l'âge des jeunes, la PJJ recourt très peu à la PMI
  - A l'inverse, l'ASE utilise fortement les services de la PMI, notamment pour les moins de 6 ans et/ou les placements familiaux
  - Cependant, les bilans de santé sont loin d'être systematiques
- En cours de placement :
  - Très peu de bilans de santé réalisés

# Réalisation d'un bilan de santé à l'entrée

## ASE

## PJJ



# 1- Les bilans de santé révélateurs de la politique des services ASE en matière de santé



## Réalisation laissée à la discrétion des lieux d'accueil

- « *[Le bilan de santé à l'arrivée] ce n'est pas posé comme un protocole. Ça a été un sujet, mais ce n'est pas posé, du coup chacun fonctionne à sa sauce. Du coup, contrairement aux établissements qui font des bilans de santé qui ont des conventions avec des médecins pour faire ces bilans, nous on est sur du cas par cas et on délègue beaucoup de choses aux familles d'accueil. Moi je travaille beaucoup avec la puéricultrice parce qu'on a toujours des enfants avec des problématiques de santé. Pour les plus grands on demande à l'assistant familial d'aller faire les dents, les yeux... on mobilise la puéricultrice... et le chef de service en rappel. C'est toujours un sujet qui est abordé à l'arrivée de l'enfant, mais malheureusement il faut qu'on ait ce protocole, parce que, comme on fonctionne aujourd'hui, on a des choses qui passent au travers.* » (cadre ASE)
- « *Concernant le soin ça reste une prérogative de l'autorité parentale, on ne se substitue pas mais on veille à ce que les enfants placés soient en bonne santé. En famille d'accueil il y a une visite obligatoire tous les ans. La CPAM avait mis en place un protocole de bilan pour les enfants accueillis. [Pour les établissements] c'est quelque chose qui est sous-entendu. Après il faudrait voir les différents projets d'établissement s'ils ont inclus la dimension du soin et comment ils pratiquent dans leurs établissements.* » (cadre ASE)



# 1- Les bilans de santé révélateurs de la politique des services ASE en matière de santé



Réalisation **par la PMI** (pour les plus jeunes)

ou Services de PMI mobilisés pour produire et recueillir une fiche de bilan de santé auprès des soignants mobilisés par les différents lieux d'accueil

- Bilans systématiques et assurés avec un regard médical informé et cohérent entre les différents soignants
- Importance de la collaboration ASE-PMI pour la « formation » et la sensibilisation faite aux éducateurs référents par des professionnels de santé sensibilisés aux problématiques spécifiques de la protection de l'enfance
- Question de la définition d'un bilan de santé

# 1- Des documents qui permettent de garder la mémoire de la santé des enfants placés



- *« Ce sont des témoignages et des histoires vécues personnellement qui m'ont sensibilisée à cette problématique. Par exemple, lors d'une consultation de PMI où je demandais à une jeune mère ce que je devais savoir sur son histoire médicale pour adapter le suivi de son nouveau-né, elle s'est soudainement fermée et a fondu en larmes. Elle m'a alors expliquée : "J'ai été placée toute mon enfance dans divers lieux. Je n'ai aucun dossier médical. J'ai une cicatrice sur l'abdomen et je ne sais même pas à quoi c'est dû et si même j'ai été opérée de quelque chose ?!!". Je me suis alors dit qu'il fallait absolument faire en sorte que la santé globale fasse partie intégrante du parcours de vie de ces jeunes et qu'ils puissent avoir accès, aussi, a posteriori à leur dossier médical. »  
(médecin PMI)*
- *« Alors que je tentais de sensibiliser un confrère libéral sur l'intérêt de remplir les carnets de santé, il m'a répondu : "Je n'ai ni le temps de remplir le carnet de santé et ni mon dossier médical pour ces enfants, qui de toutes façons, ne restent jamais longtemps chez les Assistantes Familiales de mon secteur." »  
(médecin PMI)*

## 2- Prise en compte des spécificités des enfants placés en termes de santé

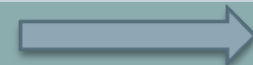
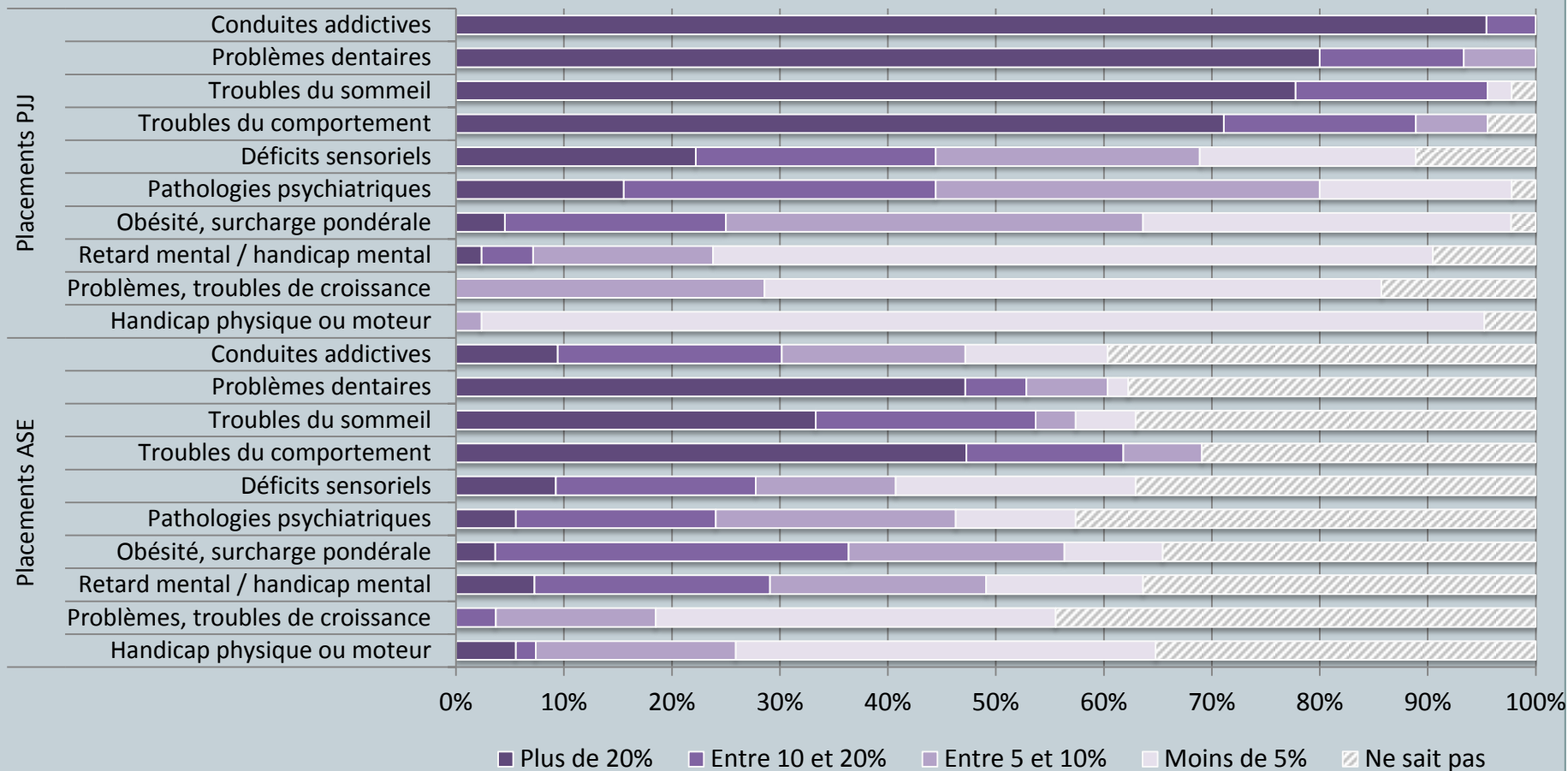


- Des problématiques sanitaires particulières
- Des réticences des soignants vis-à-vis de la CMU...
- Et d'une manière plus générale, des difficultés face aux jeunes placés :
  - « *Il a aussi ajouté : "Moi, je ne les vois que quand ils sont malades, alors je ne sais pas comment ils vont quand ils ne sont pas fébriles...". Donc, nous avons rédigé une lettre à l'intention des médecins traitants pour leur repréciser le statut de ces enfants et pour qu'ils prévoient une consultation annuelle d'évaluation de leur développement et de leur santé globale en dehors de toute maladie.* » (médecin PMI)
  - « *Cette expérience m'a beaucoup appris car spontanément un médecin (surtout s'il est libéral), pas formé et sans contact "naturel" avec les éducateurs, ne s'autorisera pas à interroger du côté des organes génitaux et du sexuel chez des enfants abusés de peur d'être trop intrusif.* » (médecin PMI)

# Des problématiques sanitaires particulières...



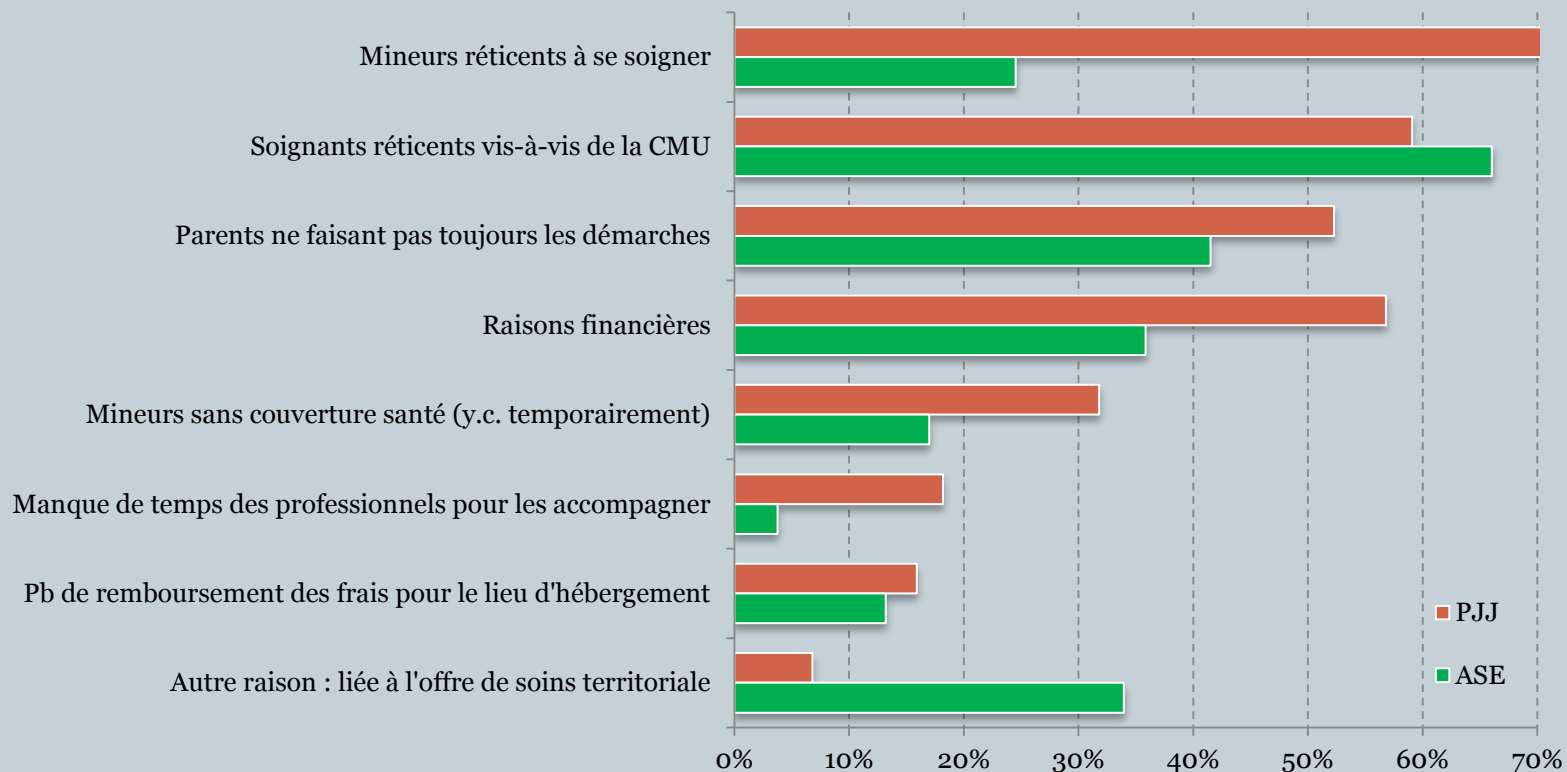
**Fig.35 : Constats sur l'état de santé des enfants au moment de leur entrée dans le placement : mineurs présentant...**



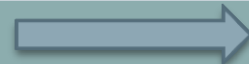
# ... et des difficultés d'accès aux soins



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



*Source : Questionnaires EFIS auprès des services ASE et des DTPJJ*



## 2- Prise en compte des spécificités des enfants placés en termes de santé



- Une expertise nécessaire pour bien interpréter les signes physiques
- Une lecture de l'état de santé en fonction des négligences et violences vécues

*« On a des enfants qui ont un schéma corporel un peu gauche, en fait on s'aperçoit qu'ils ne voient pas d'un œil. Et l'audition avec des otites séreuses non diagnostiquées, il faut leur poser des diabolos » (pédiatre)*
- Trier ce qui relève de troubles somatiques et de troubles éducatifs
- L'intérêt du travail avec les médecins de PMI, habitués aux questions de (troubles du) développement

*« A deux mois, on vérifie le tonus du bébé, s'il babille, s'il louche encore, s'il accroche bien le regard de son interlocuteur... D'une manière générale, on vérifie leur attitude générale, leurs courbes staturo-pondérales, leur développement psychomoteur, comment ils interagissent et s'expriment oralement... car souvent c'est par leur corps et leurs développements qu'ils nous montrent que leurs parents ne savent pas bien faire avec eux » (médecin PMI)*

# 3- Place de la santé dans l'accompagnement éducatif



- Manque de coordination globale autour de la santé par le corps éducatif et médical :
  - Des soignants peu familiers de ce public aux vécus et traumatismes spécifiques s'exprimant par le corps
  - Des professionnels socio-éducatifs manquant de connaissances sanitaires
  - La question du « référent santé » : en avoir ou pas ?
  - Un prendre soin dispersé
- Les jeunes repèrent leur référent comme celui qui accueille les demandes, mais perçoivent la prise en charge comme éclatée et ne se sentent pas crédibles aux yeux des soignants
- Des assistants familiaux avec une conception de la santé en lien avec le bien-être, l'estime de soi

### 3- Des éducateurs non préparés à la prise en compte de la santé des enfants placés



- Des acteurs éducatifs non préparés à traiter des questions sanitaires :  
→ négligence des informations, mésinterprétation des différents signes médicaux...

*« Lorsque par exemple, on nous présente une situation d'enfant de 11-12 ans, l'éduc fait tout l'historique complet, l'évolution de son statut, comment ça se passe à l'école... et à la fin quand je demande : "Et au niveau de sa santé ?" C'est un grand blanc ! Cela veut dire que dans les nombreux rapports de suivi, il n'y a rien d'écrit concernant son état physique. A-t-il besoin de lunettes, d'orthodontie ? Grandit-il bien ? .... L'éduc me répond que l'enfant lui paraît "harmonieux". Cela est très insuffisant comme constat car il peut être, certes, harmonieux mais avec des courbes staturales-pondérales en deçà de la norme » (médecin PMI)*

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



# 3- Des cadres de protection de l'enfance positionnés de manière ambiguë



- Ambiguïté du positionnement des services de protection de l'enfance vis-à-vis de la santé :
  - des grandes orientations officielles : bilans de santé pour tous, suivi de la santé dans le PPE, collaboration avec les parents
  - des arrangements et impératifs pratiques plus troubles
- La santé constitue, pour les éducateurs référents, un domaine parmi d'autres du suivi éducatif :
  - par manque de compétence des éducateurs sur cette question
  - par manque de moyens humains pour le suivi de la santé
    - « Pourquoi la santé n'est pas une priorité ? - La multitude des tâches, les travailleurs sociaux qui ont entre 40 et 50 situations et le fait que les enfants nous arrivent dans leur globalité et que ce n'est qu'une partie de la prise en charge, au même titre que la relation avec les parents, la scolarité, l'accès à la fratrie etc. » (cadre ASE)
- Ce type de fonctionnement favorise la gestion de la santé curative et somatique et éloigne les services et les professionnels de la question de la santé bien être

# 3- Les conséquences pour les enfants placés



- Des enfants placés seuls face à leurs troubles, reproduisant leurs difficultés
- Des pratiques sanitaires peu adaptées, qu'il s'agisse de situations de négligence ou de préconisations non-maîtrisées

*« Du coup, après, on a de tout comme initiatives et orientations médicales décalées ou aberrantes ! Un éduc dit en synthèse : "j'ai prévu un scan du cerveau et de la psychomotricité en libéral". Quand le médecin de PMI interroge pour savoir qui a fait la prescription du scan et à la recherche de quelle anomalie, on lui répond que "c'est le médecin généraliste qui a finalement cédé à la demande insistante de l'assistante familiale..." Or, dans ce cas de retard de développement, l'enfant pourrait bénéficier de l'évaluation diagnostique et de la prise en charge globale d'une structure spécialisée comme le CAMSP polyvalent. [...] Entre les éduc qui ne sont pas concernés par la santé physique et ceux qui se prennent, eux-mêmes, pour des médecins, il y a peut-être un juste milieu à avoir. » (médecin PMI)*
- Impréparation des acteurs de l'éducatif + Impréparation des soignants de ville = « pseudo-soins »
- Importance des soignants formés permettant aux enfants d'établir un autre rapport à leurs corps

# 3- Le travail des soignants et de la PMI avec les acteurs éducatifs



- Les soignants observent que le traitement médical des affections issues de troubles éducatifs a des effets éducatifs  
*« Je leur ai dit qu'il y avait des problématiques médicales et qu'il fallait les soigner. Le fait que j'ai réussi à soigner beaucoup de choses qui étaient des maladies psychosomatiques où on me disait dans le contexte c'est normal d'être malade. Ben oui mais on peut les soigner sur le côté médical. Mais bon il faut être là aux réunions, c'est des traitements sur la durée. Ils ont aussi le droit à la santé ces enfants-là, il faut les restaurer. » (pédiatre)*
- Une piste : associer des puéricultrices / médecins de PMI à certains suivis pour relayer les éducateurs sur les problématiques médicales spécifiques  
*« C'est important qu'il y ait des référents santé sur la santé ; l'éduc c'est pas sur lui qu'il faut faire reposer la responsabilité de tel ou tel examen médical. Nous, on a eu une situation avec des suspicions de violences physiques, bébés secoués. Là on a eu besoin de faire le point avec la puér. Elle a dit il faudrait faire tel ou tel examen, il faut que ce soit le personnel médical. C'est pas à l'éduc de le faire. On ne peut pas leur reprocher de ne pas avoir fait le bon examen et encore moins à la famille d'accueil. » (cadre ASE)*
- Un partenariat ASE-PMI permet :
  - d'assurer une circulation rapide de l'information sur les différentes situations
  - aux soignants de rappeler au personnel éducatif l'importance de la dimension du soin dans le suivi global de l'enfant

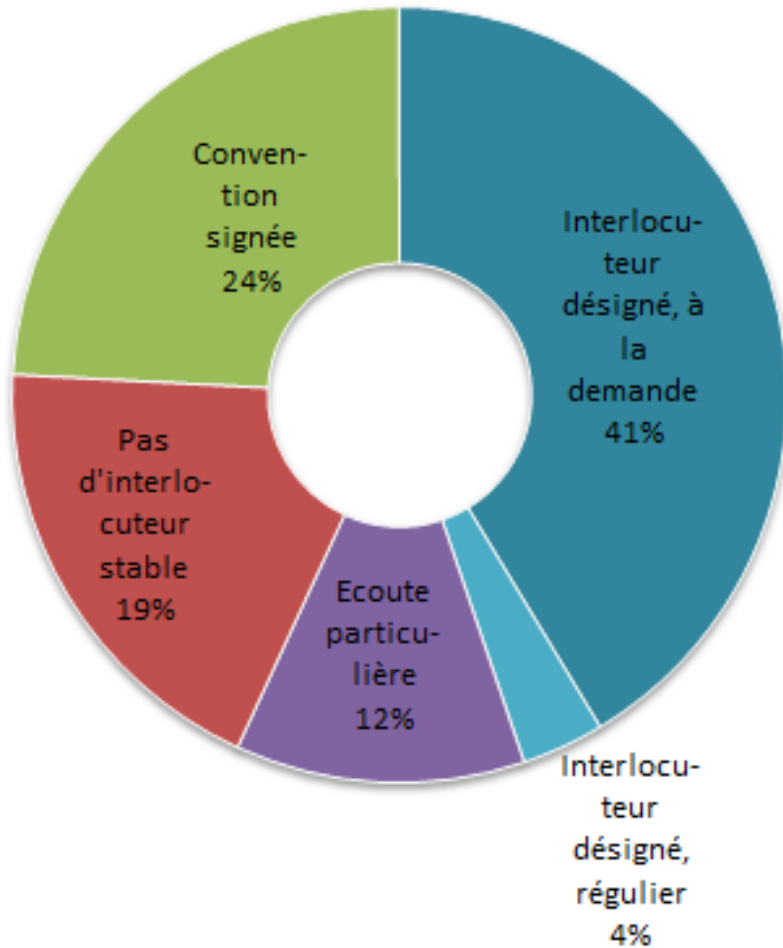
## 4- Diversité des partenariats et des dynamiques territoriales



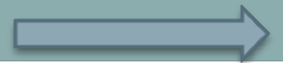
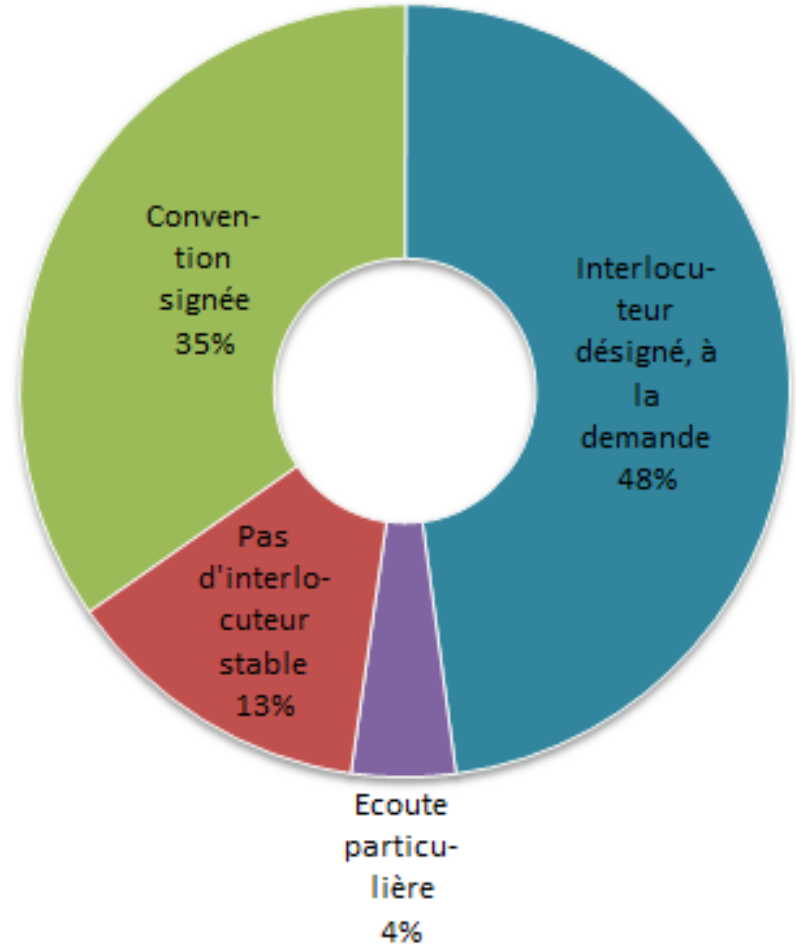
- Manque d'interconnaissance, de travail conjoint et de partenariat effectif entre les institutions de soin
- 4 services ASE sur 5 travaillent étroitement avec d'autres services du Conseil Départemental
- Pour l'ASE, le partenariat avec la PMI permet :
  - une centralisation des informations relatives à la santé
  - un regard médical averti sur les problématiques de santé des enfants placés
  - un échange sur la santé avec les professionnels de la protection de l'enfance

# Partenariats avec la CPAM

## ASE



## PJJ



# 4- Bilan des modalités d'articulation entre l'ASE et la PMI



Différents types de positionnement des médecins de PMI avec l'ASE :

1. Recueil des informations produites par les médecins traitants / des foyers
2. Réalisation des bilans médicaux annuels des enfants placés :
  - implication des médecins de PMI dans le suivi éducatif des enfants
  - intégration du regard de ces soignants dans le suivi éducatif des enfants
3. Interface/ressource incontournable des questions de santé :
  - participation aux réflexions sur les questions d'orientations en milieu spécialisé

*« Il y a une collaboration également avec le médecin de PMI pour trouver des établissements spécialisés. Pour les enfants épileptiques par exemple on a du mal à trouver des établissements, parce qu'il y a à chaque fois des troubles associés, ce ne sont pas des choses que l'on gère seul mais avec le médecin de PMI. On a une articulation vraiment des deux côtés, ça peut être le médecin de PMI qui dit j'ai reçu le dossier de l'enfant. » (cadre ASE)*

→ échanges et coopération fluides entre les deux services

*« On les incite à faire appel au médecin de PMI plutôt qu'à leur médecin, parce que le médecin de PMI va faire retour au cadre, on se voit régulièrement, s'il est inquiet il va faire une liaison, un médecin traitant c'est très rare qu'il fasse une liaison, il voit avec la famille d'accueil. Pendant très longtemps le problème de la santé était celui de la famille d'accueil et depuis 4-5 ans ce bilan est obligatoire et à chaque commission on interroge. Je trouve que le médecin de PMI a énormément changé le regard sur la santé des enfants confiés. » (cadre ASE)*



***Merci de votre attention***

***juliette.halifax@apradis.eu***