

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

N° 2020-52

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Madame Maria BUCHLEITHER

Née le 27 novembre 1991 à TOURS (37)

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2020

**ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIÉS À L'AIDE
SOCIALE À L'ENFANCE EN VENDÉE, À PARTIR DE L'ANALYSE DE
LA FICHE DE CONSULTATION MÉDICALE ANNUELLE,
RÉACTUALISÉE EN 2019**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

Monsieur le Professeur Cyril VARTANIAN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Anne HARDY

REMERCIEMENTS AU JURY

À Monsieur le Professeur Rémy SENAND,
Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

À Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT,
Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

À Monsieur le Professeur Cyril VARTANIAN,
Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

À Madame le Docteur Anne HARDY,
Merci pour votre aide précieuse tout au long de ce travail, votre regard d'experte sur le sujet, votre implication lors de la relecture de cette thèse et le temps que vous y avez consacré.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes parents, Pauline et Brice, qui, de près ou à l'autre bout du monde, m'avez encouragée pendant ces dix années si difficiles mais belles malgré tout. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue sans jamais faiblir. L'accomplissement de ce travail, qui signe la fin de tant de peines, est une belle victoire.

À Aurore, Sybille, Domitille, Claire, Rosalie et Camille, pour votre amitié si chère et si solide qui m'apporte tant d'étincelles de joie, pour tous nos « week-end folles » qui m'ont si souvent motivée et réconfortée. Merci aussi à Philippine pour tes multiples sourires qui ont illuminé mes journées de travail à la BU.

À Marie, pour ton amitié précieuse et toujours fidèle, pour ton soutien sans failles depuis la P2. Merci de m'avoir menée jusqu'ici, avec tant de bienveillance. Tu sais combien je t'en suis reconnaissante. Merci pour ton aide infinie et tes nombreux conseils pour la réalisation de cette thèse. Merci également à Anne-Cécile pour ton implication lors du démarrage de ma thèse.

Aux Sœurs de la basilique Saint Martin de Tours, pour votre accueil quotidien au sein de la basilique pendant mes trois années d'externat qui m'a permis d'apprendre la médecine sereinement et paisiblement. Merci pour vos prières qui m'ont tant portée, et en particulier à Sœur Marie-Agathe pour votre soutien spirituel depuis ce temps-là et encore aujourd'hui.

À Ghislaine, qui par ta mort si brutale, m'a fait réaliser que la médecine a ses limites, et que je serai aussi amenée, parfois, à accompagner mes patients dans leurs derniers instants.

À mes amies d'internat, Hélène, Anaïs et Madeleine, pour nos retrouvailles régulières à Nantes et nos échanges de pratiques.

À Élise, pour nos discussions riches et ta bienveillance discrète mais ô combien importante lors de mes premiers remplacements.

À Léandre, qui a été le « déclic » dont j'avais besoin pour avancer et arriver au bout de ce travail de thèse. Merci pour ta présence, tes encouragements illimités et ton soutien précieux sans lesquels cette thèse n'aurait jamais abouti. Merci de m'avoir supportée, moi et mon anxiété permanente. Paix et joie, comme tu le dis si justement.

Aux Docteurs Virginie Breton et Philippe Foucaud, qui m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale lors de mon stage chez le praticien et m'avez transmis ce goût pour la médecine libérale. Merci à toute l'équipe du cabinet médical de La Ferrière pour l'ambiance de travail sereine et agréable depuis le début de mes remplacements.

À tous ceux qui ont participé à la relecture de ce travail, Mme Pascale Nouaille, chef du service de l'Aide Sociale à l'Enfance de Vendée, Mme Murielle Brochoire, directrice Enfance et Famille en Vendée, Marie et Domitille. À Brice pour tes compétences informatiques et ton aide précieuse pour les statistiques.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
Partie I : exposition	12
I. Contexte	12
A. Cadre juridique.....	12
B. Rôles du « médecin référent protection de l'enfant ».....	13
C. Définitions.....	14
1. Santé.....	14
2. Maltraitance.....	15
a) Définition.....	15
b) Enfant en risque de danger / Enfant en danger.....	16
c) Quelques chiffres.....	16
D. La protection de l'enfant.....	17
1. L'Aide Sociale à l'Enfance	17
a) Les missions de l'ASE.....	17
1) Les mesures d'aides lorsque l'enfant est à domicile	17
2) Les différentes formes d'admission à l'Aide Sociale à l'Enfance.....	18
3) Les missions de la CRIP.....	18
b) Organisation de l'ASE en Vendée.....	18
2. Différents lieux de placement	19
a) Famille d'accueil	19
b) MECS	19
c) Foyer de l'enfant	20
d) Lieux de vie et d'accueil.....	20
e) Placement à domicile.....	20
II. État de santé des enfants confiés	21
A. Suivi médical des enfants de la population générale.....	21
B. Suivi médical des enfants confiés à l'ASE.....	21
1. Procédure santé des mineurs confiés à l'ASE.....	22
2. Parcours de santé de l'enfant confié à l'ASE en Vendée.....	22
a) Accès à l'assurance maladie.....	22
b) Suivi médical de l'enfant confié.....	23
c) Implication des parents dans le suivi de leur enfant.....	24
C. Santé des enfants placés : un domaine peu exploré	24
1. État actuel des connaissances sur la santé des enfants confiés	24
2. Des thématiques spécifiques à la santé des enfants confiés.....	25
3. Des conséquences à long terme.....	27

D.	Problématique.....	27
Partie II :	Enquête : étude quantitative par analyse de fiches médicales.....	28
I.	Matériel et méthode.....	28
A.	Type d'étude et choix de la méthode	28
B.	Objectif de l'étude.....	28
C.	Population de l'étude.....	28
1.	Critères d'inclusion	28
2.	Critères d'exclusion.....	29
D.	Déroulement de l'étude	29
1.	Réactualisation de la fiche de visite médicale annuelle	29
2.	Recueil des données	31
E.	Traitement des données statistiques	31
F.	Éthique	32
II.	Résultats	33
A.	Caractéristiques de la population incluse	33
B.	Pathologies somatiques	38
1.	Antécédents / traitements / ALD / MDPH	38
2.	Vaccinations	40
3.	Hospitalisations récentes / Accidents	41
4.	Examen somatique	43
5.	État bucco- dentaire.....	43
a)	Caries	43
b)	Troubles orthodontiques	44
6.	IMC	45
7.	Troubles alimentaires	48
8.	Vision	50
9.	Audition.....	51
C.	Santé psychique.....	52
1.	Troubles du comportement ou difficultés psychologiques	52
2.	Suivi psychologique, pédopsychiatrique, psychomotricité	53
3.	Consultation avec la psychologue de l'ASE	56
4.	Troubles du sommeil.....	57
D.	Retard des acquisitions / Handicap	58
1.	Troubles du langage écrit/oral.....	58
2.	Troubles « dys »	59
3.	Troubles de l'apprentissage de la propreté.....	59
4.	Prise en charge rééducative	60
E.	Mode de vie.....	61

1.	Scolarisation	61
a)	En milieu ordinaire	61
b)	En milieu spécialisé	61
2.	Activités extra-scolaires	63
F.	Conduites à risque	64
1.	Addictions	64
a)	Tabac, alcool, cannabis, boissons énergisantes	64
b)	Jeux vidéo/écrans.....	67
c)	Fugues ou conduites à risques	68
2.	Sexualité.....	69
3.	Prévention faite au cours de la consultation.....	69
G.	Orientations / conseils	70
III.	Discussion	71
A.	Forces et limites de l'étude.....	71
1.	Forces et limites liées à la méthodologie	71
2.	Forces et limites liées à la population et à l'enquêteur	72
3.	Difficultés liées au recueil de données	72
B.	Discussion des résultats.....	73
1.	Caractéristiques globales.....	73
2.	Pathologies somatiques	74
3.	Santé psychique.....	80
4.	Retard des acquisitions / Handicap	82
5.	Mode de vie.....	84
6.	Conduites à risques.....	85
C.	Ouverture et perspectives d'avenir.....	88
1.	À l'échelle nationale.....	88
a)	Projet PEGASE.....	88
b)	Projet VABRES.....	89
c)	Instituts de victimologie	90
2.	À l'échelle départementale en Vendée.....	90
a)	Place du MRPE et d'une infirmière rattachée à l'ASE	90
b)	Neuropsychologue de l'ASE	90
c)	Rapport de situation des enfants de moins de 2 ans	91
	CONCLUSION	92
	BIBLIOGRAPHIE	93
	ANNEXES	98
	Annexe 1 : ancienne version de la fiche de visite médicale annuelle.....	98
	Annexe 2 : nouvelle fiche de consultation médicale annuelle, réactualisée en 2019 ..	102

Annexe 3 : courrier adressé aux assistants familiaux	106
Annexe 4 : courrier adressé aux établissements collectifs	108
Annexe 5 : courrier joint à la fiche de consultation, adressé aux médecins traitants ..	110
Annexe 6 : territoires d'Action Sociale en Vendée : répartition des MDSF	111
Annexe 7 : tableau IMC moyen des garçons de 2 à 18 ans (tableau IOTF)	112
Annexe 8 : tableau IMC moyen des filles de 2 à 18 ans (tableau IOTF)	115
Annexe 9 : calendrier vaccinal 2020	118
Annexe 10 : distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe et l'âge, étude Esteban 2015.....	119
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	120
RÉSUMÉ.....	124
MOTS CLÉS.....	124

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : description des enfants inclus dans l'étude	33
Tableau 2 : répartition des enfants par lieu de placement et taux de retour par lieu de placement	34
Tableau 3 : répartition des enfants par territoire (Centre, Sud, Nord-Est, Nord-Ouest, Littoral) et taux de réponse par territoire.....	34
Tableau 4 : répartition des enfants par médecin ayant effectué la consultation médicale	36
Tableau 5 : antécédents personnels et familiaux	39
Tableau 6 : proportion d'enfants ayant été hospitalisés dans les 12 derniers mois et ceux ayant été victimes d'accident	41
Tableau 7 : motifs d'hospitalisation chez les enfants ayant été hospitalisés dans les 12 derniers mois	42
Tableau 8 : proportion d'enfants ayant des troubles orthodontiques	44
Tableau 9 : différentes catégories d'IMC sans distinction d'âge ou de sexe	45
Tableau 10 : proportion d'enfants ayant des troubles de la vision et ceux suivis en ophtalmologie.....	50
Tableau 11 : proportion d'enfants ayant des troubles de l'audition et ceux suivis en ORL	51
Tableau 12 : nombre d'enfants suivis au CAMPS, SESSAD, CMP ou CMPP	56
Tableau 13 : proportion d'enfants ayant bénéficié d'une consultation avec la psychologue de l'ASE dans les 12 derniers mois	56
Tableau 14 : proportion d'enfants ayant des troubles du langage écrit ou oral	58
Tableau 15 : nombre d'enfants ayant une prise en charge rééducative : orthophonie, orthoptiste, kinésithérapie	60
Tableau 16 : proportion d'enfants en âge d'être scolarisés bénéficiant d'un PAI, d'une prise en charge par le RASED ou d'une orientation SEGPA	61
Tableau 17 : proportion d'enfants en âge d'être scolarisés bénéficiant d'une notification MDPH par type : ITEP, ULIS, IME, AVS, SESSAD.....	62
Tableau 18 : prises en charge proposées à l'issue de l'examen médical.....	70

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : proportion d'enfants ayant un suivi sur le plan psychique : psychologique et/ou pédopsychiatrique et/ou psychomoteur	54
---	----

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : répartition des enfants par tranches d'âge	34
Graphique 2 : répartition des enfants selon le lieu de placement par classe d'âge	35
Graphique 3 : répartition des enfants par sexe et par tranche d'âge	35
Graphique 4 : répartition des enfants par médecin ayant effectué la consultation selon l'âge	36
Graphique 5 : répartition des enfants selon l'accompagnateur de l'enfant	37
Graphique 6 : présence du père ou de la mère de l'enfant à la consultation médicale en fonction du lieu de placement	37
Graphique 7 : carnet de santé vu lors de la consultation selon l'âge	38
Graphique 8 : carnet de santé vu lors de la consultation selon le lieu de vie	38
Graphique 9 : taux de vaccination en fonction du lieu de vie	40
Graphique 10 : taux de vaccination en fonction de l'âge	40
Graphique 11 : proportion des accidents dans les 12 derniers mois par tranche d'âge.....	42
Graphique 12 : répartition des accidents dans les 12 derniers mois selon le sexe (p=0.07) ...	42
Graphique 13: répartition des enfants atteints de caries par tranche d'âge	43
Graphique 14 : répartition des enfants atteints de caries en famille d'accueil versus en milieu collectif (p=0.09).....	44
Graphique 15 : répartition des enfants atteints de caries selon le sexe (p=0.36)	44
Graphique 16 : proportion d'enfants ayant des troubles orthodontiques par âge.....	45
Graphique 17 : répartition des différentes catégories d'IMC selon le sexe	46
Graphique 18 : répartition des troubles de l'IMC chez les garçons de plus de 2 ans par tranche d'âge.....	47
Graphique 19 : répartition des troubles de l'IMC chez les filles de plus de 2 ans par tranche d'âge	47
Graphique 20 : répartition des troubles alimentaires : anorexie, boulimie, alimentation sélective, parmi les 108 enfants concernés par les troubles alimentaires.....	48
Graphique 21 : proportion des troubles alimentaires en fonction de l'âge (p=0.68)	49
Graphique 22 : proportion des troubles alimentaires en fonction du lieu de vie	49
Graphique 23 : proportion des troubles alimentaires en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p=0.06).....	49
Graphique 24 : proportion d'enfants ayant des troubles de la vision en fonction de l'âge (p=0.65).....	50
Graphique 25 : proportion d'enfants ayant des troubles de l'audition en fonction de l'âge (p=0.22).....	51
Graphique 26 : proportion d'enfants ayant des troubles du comportement en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p=0.21)	52
Graphique 27 : proportion d'enfants ayant des troubles du comportement ou des difficultés psychologiques en fonction de l'âge (p=0.31)	53
Graphique 28 : proportion d'enfants ayant des troubles du comportement ou des difficultés psychologiques selon le sexe (p=0.005).....	53
Graphique 29 : proportion d'enfants ayant un suivi sur le plan psychique : psychologique ou pédopsychiatrique ou psychomoteur selon l'âge (p=0.0002).....	55
Graphique 30 : proportion d'enfants suivis par un psychologue et/ou un pédopsychiatre et/ou un psychomotricien, en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p=0.56).....	55

Graphique 31 : proportion d'enfants ayant bénéficié d'une consultation avec la psychologue de l'ASE dans les 12 derniers mois en fonction de l'âge (p<0.0001).....	56
Graphique 32 : répartition des troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars	57
Graphique 33 : proportion d'enfants de plus de 3 ans ayant des troubles du sommeil selon l'âge (p=0.28).....	57
Graphique 34 : proportion d'enfants de plus de 3 ans ayant des troubles du sommeil selon le lieu de vie (p=0.22).....	58
Graphique 35 : proportion d'enfants ayant des troubles du langage écrit ou oral en fonction de l'âge.....	58
Graphique 36 : proportion d'énurésie et d'encoprésie chez les enfants de plus de 3 ans en fonction de l'âge (énurésie : p<0.0001 ; encoprésie : p=0.63).....	59
Graphique 37 : proportion d'énurésie et d'encoprésie chez les enfants de plus de 3 ans selon le lieu de placement (énurésie : p=0.98 ; encoprésie : p=0.73).....	60
Graphique 38 : proportion d'énurésie et d'encoprésie chez les enfants de plus de 3 ans selon le sexe (énurésie : p=0.16 ; encoprésie : p=0.15).....	60
Graphique 39 : proportion d'enfants de plus de 2 ans ayant une notification MDPH selon l'âge (p<0.001).....	62
Graphique 40 : proportion d'enfants ayant une notification MDPH en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p=0.92)	62
Graphique 41 : proportion d'enfants ayant une notification MDPH selon le sexe (p<0.001) .	63
Graphique 42 : proportion d'enfants pratiquant une activité extra-scolaire en fonction de l'âge	63
Graphique 43 : proportion d'enfants pratiquant une activité extra-scolaire (loisir ou sportive) en fonction du lieu de vie	64
Graphique 44 : proportion d'enfants pratiquant une activité extra-scolaire en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p<0.001)	64
Graphique 45 : proportion d'enfants de plus de 12 ans ayant une addiction au tabac, à l'alcool, au cannabis, ou aux boissons énergisantes en fonction de l'âge (tabac : p<0.001 ; alcool : p<0.0001 ; cannabis : p=0.01 ; boissons énergisantes : p=0.11).....	65
Graphique 46 : répartition des enfants de plus de 12 ans ayant une addiction (tabac, alcool, cannabis, boissons énergisantes) selon le lieu de placement (tabac : p<0.0001 ; alcool : p=0.05 ; cannabis : p<0.001 ; boissons énergisantes : p<0.001).....	66
Graphique 47 : proportion d'enfants de plus de 12 ans ayant une addiction (tabac, alcool, cannabis, boissons énergisantes) selon le sexe (tabac : p=0.47 ; alcool : p=0.75 ; cannabis : p=0.69 ; boissons énergisantes : p<0.001)	66
Graphique 48 : proportion d'enfants ayant une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans en fonction de l'âge (p<0.001).....	67
Graphique 49 : proportion d'enfants ayant une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p=0.91)	67
Graphique 50 : proportion d'enfants ayant une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans selon le sexe (p<0.001).....	68
Graphique 51 : proportion des enfants de plus de 6 ans ayant déjà fugué ou ayant des conduites à risque selon l'âge (p=0.09).....	68
Graphique 52 : proportion d'enfants de plus de 6 ans ayant déjà fugué ou ayant des conduites à risque en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p<0.001).....	69
Graphique 53 : proportion des enfants de plus de 6 ans ayant déjà fugué ou ayant des conduites à risque selon le sexe (p=0.78).....	69

INTRODUCTION

Le choix de réaliser ce travail de thèse sur la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance a germé à la suite de mon stage en Protection Maternelle et Infantile (PMI) effectué en Vendée lors de mon dernier semestre d'internat. J'y ai découvert la complexité de la prise en charge de cette population et cela m'a fortement interpellée. Ces enfants, fragilisés par leur parcours de vie et les différentes ruptures auxquelles ils sont confrontés, nécessitent une attention particulière de la part des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux qui les prennent en charge. Leur suivi mérite d'être extrêmement rigoureux.

En tant qu'interne de médecine générale, j'ai pu participer à quelques visites médicales annuelles de ces enfants, en présence du médecin de PMI, j'ai ainsi pris conscience des spécificités propres à la santé de ces jeunes, sans pour autant avoir une idée précise de leur état de santé global, tant les conséquences de la maltraitance peuvent être vastes sur le plan physique et psychique, sur le bien-être et le développement de ces enfants.

Ainsi, en collaboration avec le Dr Hardy, médecin référent protection de l'enfance en Vendée et le Dr Verdon, chef de service de PMI, j'ai participé à la mise à jour de la fiche de visite médicale utilisée lors de la consultation médicale annuelle des enfants confiés, ce qui nous a amenées à modifier et reformuler certains items.

Il existe très peu de travaux de recherche dans la littérature sur la santé des enfants confiés, de par la difficulté d'accéder aux données médicales, d'une part, et un suivi médical souvent peu systématique et non standardisé, d'autre part.

C'est pourquoi il m'a semblé pertinent, par l'analyse des paramètres de la fiche de consultation annuelle des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en Vendée, à travers une étude quantitative, de pouvoir dégager des pistes de réflexion pour améliorer l'état de santé de ces enfants en termes de soins et de suivi.

Partie I : exposition

I. Contexte

A. Cadre juridique

La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance a été l'objet de nombreuses préoccupations depuis les temps anciens.

C'est en 1638 que la protection de l'enfance trouve son origine lors de la création de l'œuvre des enfants trouvés par Saint Vincent de Paul. Cette organisation en « hôpital des enfants trouvés » garantit logement, nourriture, surveillance et instruction de ces derniers, ainsi que le recrutement de nourrices et le placement des enfants à la campagne.

Les premiers éléments juridiques relatifs à la protection de l'enfance remontent au XIX^e siècle, avec la Loi Roussel du 23 décembre 1874 qui s'intéresse au suivi des enfants confiés en bas âge, en particulier des nourrissons. Le premier article de cette loi souligne que « *tout enfant de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé* »⁽¹⁾.

Depuis le début des années 2000, de nombreux textes de loi sont venus compléter le champ de la protection de l'enfance afin de redéfinir des objectifs primordiaux. Ces textes font partie intégrante du Code Civil, du Code Pénal et du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

À l'heure actuelle, il faut retenir les deux derniers textes de loi, de 2007 puis de 2016, qui ont réformé la protection de l'enfance.

D'une part, la loi du 5 mars 2007⁽²⁾ est un tournant dans le domaine de la protection de l'enfance⁽³⁾. Elle vient mettre l'accent sur trois grands axes : renforcement de la prévention, amélioration du dispositif d'alerte et de signalement, diversification des modes d'intervention auprès des familles. L'intérêt de l'enfant est alors au cœur de cette démarche de prévention. La loi a également l'intention de renforcer les liens avec les familles.

Selon l'article L. 112-3 du CASF⁽⁴⁾ : « *La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon les modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale du mineur.* »

L'article L. 112-4 du CASF ajoute que « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.* »

Elle aboutit à la mise en place de bilans réguliers pour tenter de détecter précocement les situations à risque de danger, notamment un entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse, une visite systématique à domicile en post-natal précoce, des bilans systématiques à l'école maternelle, primaire. L'ensemble de ces missions repose sur la PMI d'une part, et sur la médecine scolaire d'autre part.

Elle implique également des modifications des modalités de signalement, par la création au sein de chaque département d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes – CRIP – relative aux mineurs en danger ou en risque de danger, et elle détermine des règles bien précises de partage d'information entre professionnels.

La notion d'« enfant en danger » ou « en risque de l'être » remplace désormais celle d'« enfant victime de mauvais traitements » employée dans la loi du 10 juillet 1989.

D'autre part, la loi du 14 mars 2016 ⁽⁵⁾ vient renforcer les dispositions de celle du 5 mars 2007. Cette nouvelle loi vise à améliorer la gestion de la protection de l'enfance au niveau national et local, à garantir la sécurité de l'enfant tout au long de son parcours et à adapter le statut des enfants placés à long terme.

Quelques principes sont modifiés par rapport à la loi de 2007 ; l'article L. 112-3 du CASF est ainsi rédigé ⁽⁴⁾ : « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.* »

L'article L. 226-3 du CASF notifie que « *l'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. À cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée* ».

Par ailleurs, cette nouvelle loi prévoit un renforcement du suivi des enfants relevant d'une mesure éducative ou d'un accueil, décrit dans l'article L. 223-5 du CASF. Ces enfants doivent bénéficier d'une évaluation annuelle (ou tous les 6 mois pour les enfants de moins de 2 ans) avec obligation pour les professionnels en charge de l'enfant de rédiger un rapport de situation après une évaluation pluridisciplinaire de ce dernier.

Il est complété par l'article R. 223-19 qui décrit trois domaines, dont un en rapport avec la santé, intitulé « *le développement, la santé physique et psychique de l'enfant* ».

La politique publique relative à la protection de l'enfance a été maintes fois réformée, modifiée, révisée à travers différentes lois. Il faut bien garder à l'esprit que l'enjeu repose sur une volonté de co-construction et une dynamique de concertation entre les différents acteurs de la protection de l'enfance dans le but d'offrir une prise en charge optimale aux enfants en (risque de) danger.

B. Rôles du « médecin référent protection de l'enfance »

Comme évoqué précédemment, la loi de mars 2016 réorganise la protection de l'enfance et introduit la notion de « médecin référent protection de l'enfance » (MRPE), d'après le décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 ⁽⁶⁾.

Le MRPE, désigné dans chaque département par le président du Conseil Départemental, a pour missions de :

- Repérer les enfants en danger ou en risque de l'être et informer sur les conduites à tenir ;
- Accorder une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance ;

- Assurer une certaine coordination entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance (notamment la PMI, la CRIP, etc.) et les médecins de ville.

Le MRPE est en quelque sorte un « interlocuteur départemental » de la protection de l'enfance pour les médecins libéraux, hospitaliers ou les médecins scolaires, afin de mieux les informer sur les procédures existantes concernant les modalités de rédaction des informations préoccupantes et de signalement. Il est chargé de mettre en œuvre des actions concernant la santé des enfants en risque de danger ou protégés, et de sensibiliser sur la protection de l'enfance.

C. Définitions

1. Santé

La notion de santé est fortement débattue, tant les paramètres qu'elle prend en compte sont nombreux. Toute définition de la santé dépend de la représentation que chacun se fait de la maladie et de la santé, d'autant plus que la représentation de la santé est variable selon l'époque et le milieu social. Cependant, toutes les définitions de la santé tournent autour de l'idée d'harmonie, d'équilibre.

Le mot « santé » tient son origine du latin « saluto », « salutavi », « salutare » qui signifie garder sain et sauf, préserver.

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proposée en 1946 est la suivante : « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Elle englobe donc à la fois les pathologies somatiques (« physique »), les pathologies psychologiques et psychiatriques (« mental »), la scolarité, l'accès aux activités sportives et aux loisirs, l'éducation, et le comportement de l'enfant en société (« social »).

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), rejoint la définition de l'OMS et insiste sur la notion de bien-être de l'enfant. Elle reconnaît « *le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible* » dans l'article 24.

Selon le CNRTL 4Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales –, la santé est un « *état physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté.* »

D'après le dictionnaire Robert de la langue française, la santé correspond à un « *bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme.* »

On peut trouver également d'autres définitions, telles que « *La santé est la capacité de vaincre de façon autonome la souffrance, la maladie et la mort* » (I. Illich), ou encore « *La santé n'est pas l'absence de trouble, la santé est la force de vivre avec eux* » (D. Rössler).

La Charte d'Ottawa de 1986 aborde la notion de *promotion de la santé* dont le but est de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyen pour l'améliorer.* »

Il est important de souligner que la santé tient compte de paramètres objectifs, par exemple l'absence de dysfonction d'organe d'un point de vue médical, et de facteurs subjectifs

liés au patient (le mal-être par exemple) qui imposent une prise en compte du ressenti du patient dans toute décision thérapeutique.

Pour connaître l'état de santé d'une population, un certain nombre de variables reflètent les composantes de l'état de santé, ce sont les *indicateurs de santé*, utilisés en santé publique. Ils doivent être mesurables et quantifiables. Il s'agit par exemple de l'espérance de vie d'une population, du taux de mortalité, de la morbidité, etc.

L'OMS parle également des *déterminants sociaux de la santé*, ils correspondent aux circonstances dans lesquelles l'être humain naît, grandit, évolue, vieillit, ainsi qu'aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces facteurs n'ont que peu d'effets s'ils sont pris isolément, c'est leur combinaison qui influe sur l'état de santé.

Enfin, gardons à l'esprit que la santé est un droit fondamental reconnu aux enfants, tel qu'il est écrit dans la Déclaration des droits de l'enfant de Genève de 1924 « *l'enfant qui a faim a besoin d'être nourri, l'enfant malade doit être soigné, l'enfant arriéré doit être encouragé, [...], l'orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus* ». En 1948, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme complète la notion de droit à la santé pour tout enfant en stipulant que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants [...] jouissent de la même protection sociale* ».

2. Maltraitance

a) Définition

L'OMS propose en 1999 une définition de la maltraitance : « *elle désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »

On distingue quatre grands types de « violence » définies par l'OMS :

- Les violences physiques ;
- Les violences psychologiques ;
- Les violences sexuelles ;
- Les négligences lourdes.

La négligence est définie par une carence de soins dans l'un ou plusieurs des trois domaines suivants : carence affective, carence éducative, carence dans les besoins primaires de l'enfant (dormir, s'alimenter, soins d'hygiène, sécurité, etc.).

Plus récemment, on voit apparaître la notion de « violences conjugales », considérée comme un autre type de maltraitance envers les mineurs ⁽⁷⁾.

À cela, s'ajoutent deux autres critères de danger définis par l'ONPE, (Observatoire National de la Protection de l'Enfance), qui sont : les conditions d'éducation défailantes et la mise en danger de l'enfant lui-même sans que ses parents soient capables d'assurer sa sécurité.

b) Enfant en risque de danger / Enfant en danger

En France, dans les textes de loi, le terme de « maltraitance » n'est pas utilisé, on distingue plutôt deux notions, définies par la loi du 5 mars 2007 :

- L'enfant en risque de danger : enfant dont les conditions d'existence risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. Ce sont, en d'autres termes, les enfants susceptibles d'être victimes de maltraitance. Leur situation nécessite une intervention pluri professionnelle. En 2006, d'après le rapport d'élaboration de l'HAS en 2014 ⁽⁸⁾, on comptait 79000 enfants en risque de danger en France ;
- L'enfant en danger : enfant victime de violence physique / d'abus sexuel / de cruauté mentale / de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. En 2006, le nombre d'enfants victimes de violences recensé en France était de 19000 ⁽⁸⁾.

En 2006, 98000 enfants nécessitaient donc l'intervention de la protection de l'enfance sur le territoire français.

c) Quelques chiffres

Il est important de souligner que les concepts de « maltraitance » et d'« enfants maltraités » sont très larges. D'une part, le champ de la maltraitance est extrêmement difficile à délimiter ; d'autre part, les enfants maltraités restent souvent silencieux, les parents nient ou minimisent souvent les faits, les professionnels se trouvent en difficulté pour repérer les signes de maltraitance qui sont aspécifiques, et ils font part d'une certaine réticence à faire le signalement lorsque les faits sont découverts. C'est pourquoi il est extrêmement difficile de donner des données chiffrées concernant l'enfance en danger. La maltraitance est donc bien souvent sous-estimée.

D'après le rapport d'élaboration de l'HAS en 2014 ⁽⁸⁾, dont les chiffres sont issus des données de l'ODAS (Observatoire national d'Action Sociale Décentralisée), les principales difficultés soulignées par les médecins face à une situation de maltraitance sont le doute diagnostique, la limite entre la normalité et une situation de maltraitance, le sentiment de gêne lorsqu'il s'agit d'évoquer la notion de maltraitance en présence des parents, la crainte d'un signalement par excès, et la conduite à tenir qui n'est pas toujours bien maîtrisée.

Dans les pays développés, on estime à 10% le taux moyen d'enfants maltraités ou négligés selon les études publiées par le Lancet en 2009 ⁽⁴⁴⁾. La plupart d'entre eux sont souvent confrontés à plusieurs types de maltraitance (physique, psychologique, sexuelle ou négligence).

En 2006, 33% des enfants maltraités ont été victimes de violences physiques ; 23% d'entre eux ont subi des violences sexuelles ; pour 26% d'entre eux il s'agissait de négligences lourdes à leur égard ; les violences psychologiques concernaient 18% d'entre eux ⁽⁸⁾.

En 2017, une centaine de mineurs sont décédés des suites de maltraitance en France, dont 67 au sein de la cellule familiale ; 3 enfants sur 5 étaient âgés de moins de 5 ans ⁽¹⁰⁾.

D. La protection de l'enfance

Le nombre d'enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance en France est en constante augmentation. D'après les chiffres du rapport de l'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) ⁽³⁾, au 31 décembre 2012, 284000 enfants bénéficiaient d'une mesure de protection de l'enfance en France, contre 341000 enfants au 31 décembre 2017, soit une augmentation d'environ 20% en 5 ans du nombre d'enfants confiés ou bénéficiaires d'une mesure d'Aide Sociale à l'Enfance.

La protection de l'enfance s'exerce sur trois niveaux :

- À l'échelle internationale : la Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989 garantit les droits de l'enfant dans les 196 pays qui ont signé cette convention. Seuls les États-Unis n'ont pas souhaité partager les directives de ce traité ;
- À l'échelle nationale : le Conseil National de la Protection de l'enfance (CNPE), sous la responsabilité du ministère des solidarités et de la santé, veille à appliquer une stratégie nationale et s'occupe de la gestion des questions concernant la protection de l'enfance ;
- À l'échelle départementale : politique décentralisée localement, le conseil départemental est le chef de file de la protection de l'enfance, en lien avec la justice. Il confie aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance, en partenariat avec la PMI et le service départemental d'action sociale, la charge d'assurer la protection de l'enfance au niveau du département.

1. L'Aide Sociale à l'Enfance

L'ASE est un service du conseil départemental, qui s'adresse aux familles présentant des difficultés éducatives avec leurs enfants, ou aux jeunes dont les difficultés sociales risquent de compromettre l'équilibre.

a) Les missions de l'ASE

1) Les mesures d'aides lorsque l'enfant est à domicile

L'ASE a pour premier objectif de préserver l'unité familiale en vue de favoriser le maintien de l'enfant à son domicile. Ainsi, les aides préventives à domicile qui permettent aux familles en difficulté de parvenir à élever elles-mêmes leurs enfants sont privilégiées.

Différentes aides peuvent leur être apportées :

- Le versement d'aides financières sous forme d'allocations mensuelles ou de secours d'urgence ;
- L'intervention au domicile d'une travailleuse familiale, d'une aide-ménagère ou d'une conseillère en économie sociale et familiale ;
- L'intervention d'un service d'action éducative, à la demande des parents et sur décision judiciaire.

Ces aides interviennent simultanément ou séparément suivant les nécessités de la situation familiale.

2) Les différentes formes d'admission à l'Aide Sociale à l'Enfance

- Les pupilles de l'État :

En l'absence d'autorité parentale (abandon, orphelinage, mesure de déclaration judiciaire de délaissement parental ou retrait de l'autorité parentale) les enfants sont confiés à l'ASE, mais le préfet reste leur tuteur, et le conseil de famille a, parmi ses prérogatives, celle de consentir à leur adoption et de choisir une famille adoptive.

- Les enfants accueillis à la demande de leurs parents (mesures administratives) :

Ces accueils, négociés entre les parents et le service de l'ASE sur la base d'un projet, sont d'une durée limitée. Ils sont liés à des difficultés momentanées des parents, ceux-ci pouvant mettre fin à l'accueil à tout moment.

- Les enfants mineurs confiés au service suite à une décision judiciaire :

Ils relèvent de trois catégories juridiques :

- L'assistance éducative : mesure prononcée par le juge des enfants ;
- La délégation d'autorité parentale à l'Aide Sociale à l'Enfance : mesure prononcée par le juge aux affaires familiales ;
- La tutelle déferée à l'Aide Sociale à l'Enfance : mesure prononcée par le juge des tutelles.

- Les jeunes majeurs :

La prise en charge des jeunes majeurs âgés de 18 à 21 ans s'établit conformément à l'article L. 222-5 du CASF : « *Peuvent également être pris en charge, à titre temporaire, par le service chargé de l'Aide Sociale à l'Enfance, les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de 21 ans qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale, faute de ressources ou de soutien familial suffisants.* »

- L'accueil des mineurs non accompagnés (MNA) :

Un mineur non accompagné est un mineur sans représentant légal titulaire ou délégataire de l'autorité parentale sur le territoire.

3) Les missions de la CRIP

Il revient également à l'ASE de recueillir, analyser et traiter les informations préoccupantes (IP) concernant les mineurs identifiés en danger ou en risque de l'être, et de procéder soit à la mise en œuvre des mesures contractuelles qui visent à remédier à la situation de danger ou au risque de danger, soit à saisir le Procureur de la République aux fins de protection du mineur dans les cas strictement limités par l'article L. 226-4 du CASF.

b) Organisation de l'ASE en Vendée

En Vendée, l'ASE est organisée autour de neuf unités, dont 4 centralisées – comprenant la CRIP, le MRPE, l'unité MNA, la gestion centralisée des lieux d'accueils (établissements collectifs et assistants familiaux) – et 5 territorialisées en MDSF (Maison Départementale des

Solidarités et de la Famille), avec les inspecteurs ASE et les équipes de suivi, qui agissent sur les cinq territoires d'action sociale délimités géographiquement : Nord-Ouest, Nord-Est, Sud, Littoral et Centre (*Annexe n°6*).

Les équipes travaillant au sein de ces MDSF sont pluridisciplinaires et regroupent à la fois des professionnels de l'ASE (cadres, éducateurs, psychologues et neuropsychologue), des professionnels de la PMI (médecins, puéricultrices, sages-femmes) et du Service Insertion, Prévention et Accompagnement Social (assistantes sociales, conseillers en économie sociale et familiale, etc.). Ces MDSF répondent aux besoins d'accueil, d'information, d'orientation, d'accompagnement, de prévention, d'insertion professionnelle. Celles de proximité ont pour rôle de garantir facilement l'accès aux services proposés aux populations les plus démunies.

2. Différents lieux de placement

Lorsque la sécurité et l'éducation de l'enfant ne sont pas garanties, l'enfant est confié temporairement hors du domicile familial, à l'autre parent, à un tiers digne de confiance ou à un service départemental de l'ASE (famille d'accueil, MECS, lieu de vie ou foyer de l'enfance).

a) Famille d'accueil

En général, plus de la moitié des enfants confiés à l'ASE sont hébergés en famille d'accueil (FA), selon les informations de la DREES en 2012 ⁽¹¹⁾. L'assistant familial qui constitue avec les personnes résidant sous son toit une « famille d'accueil », héberge à son domicile 24h/24, contre rémunération, un ou plusieurs jeunes de 0 à 21 ans confiés au département.

L'assistant familial assure la sécurité de l'enfant et répond à ses besoins fondamentaux. L'éducation qu'il apporte à l'enfant doit respecter les principes éducatifs voulus par les parents. Il doit être titulaire d'un agrément délivré par les services du Département, après avoir rempli les conditions nécessaires, notamment la validation de 60 heures de formation initiale au métier d'assistant familial. Chaque assistant familial obtient un agrément pour accueillir un, deux ou trois enfants.

En Vendée, on comptait 920 enfants confiés à l'ASE en 2019 (hors MNA et jeunes majeurs, ces derniers étant souvent accueillis en milieu collectif ou en logement autonome). Parmi ces 920 enfants, 680 étaient accueillis au sein d'une famille d'accueil, soit 73%. En 2018, on dénombrait 420 assistants familiaux répartis sur l'ensemble de la Vendée, accueillant en moyenne 1.6 enfant chacun ⁽¹²⁾.

b) MECS

Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), anciennement connues sous le nom d'orphelinats, sont des établissements sociaux financés par le Conseil Départemental, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs ou de jeunes majeurs âgés de 6 à 21 ans, et qui peuvent également assurer un accueil d'urgence. Elles offrent à ces jeunes en difficulté un cadre de vie sécurisant, tout en les responsabilisant. Les MECS sont gérées soit par un organisme public, soit par une association privée.

On en compte actuellement six en Vendée, réparties sur l'ensemble du département, dont la capacité d'accueil en MECS s'étend de 8 à 25 jeunes, ce qui représente l'hébergement de plus d'une centaine de jeunes en Vendée.

c) Foyer de l'enfance

Les foyers de l'enfance sont des établissements sociaux d'accueil collectif temporaire, financés par le Conseil Départemental, qui ont pour fonction l'hébergement d'urgence à temps complet des enfants en danger de 0 à 21 ans confiés à l'ASE sur décision judiciaire ou par leur famille. Ces établissements ont pour mission d'observer le jeune afin d'évaluer son comportement et de l'orienter vers un lieu adapté (famille d'accueil, autre établissement, retour à domicile ou projet d'adoption). La saturation des modes d'accueil en aval du foyer, en milieu collectif ou en accueil familial, impacte malheureusement la conduite de ces missions. Les durées de prises en charge ayant tendance à augmenter, certains enfants restent au foyer de l'enfance bien trop longtemps. De même, le retard dans la mise en place des prises en charge nécessaires (médico-sociales, soins psychiques, etc.) complexifie la mise en œuvre d'une orientation adaptée.

On compte un foyer départemental de l'enfance en Vendée, réparti sur cinq sites dont quatre à La Roche sur Yon, pour une capacité totale d'accueil de 65 places.

d) Lieux de vie et d'accueil

Les lieux de vie et d'accueil sont des établissements sociaux de petite taille. À la différence des foyers de l'enfance, ils offrent une prise en charge personnalisée. Ils ont pour mission l'accompagnement éducatif, la protection et l'aide à l'insertion sociale. Il existe actuellement treize lieux de vie répartis sur le territoire vendéen, chacun ayant une capacité d'accueil de 6 à 8 places, soit une capacité d'accueil totale d'une cinquantaine de jeunes.

e) Placement à domicile

La décision d'un placement à domicile fait suite à une évaluation sociale et éducative de la situation familiale, et résulte d'une décision judiciaire. Il n'est envisageable que sous certaines conditions, nécessite une bonne coopération de la part des parents et s'attache à préserver le lien parents-enfants.

Un accompagnement régulier par l'équipe éducative et un suivi très rapproché permettent aux parents de se sentir soutenus dans leur pratique de la parentalité, l'objectif du placement à domicile étant d'éviter la séparation familiale. L'intervention des éducateurs, par la création d'une alliance avec les parents, les conforte dans leurs capacités éducatives. En cas de dégradation de la situation familiale, le droit de visite et d'hébergement quotidien à domicile peut être suspendu, afin d'assurer la protection de l'enfant.

Le placement à domicile vise donc à diminuer les effets négatifs d'une séparation de l'enfant et ses parents. À tout moment, l'enfant placé à domicile doit pouvoir être accueilli dans une famille d'accueil ou un établissement au sein duquel une place lui est réservée, s'il est confronté à un danger.

II. État de santé des enfants confiés

A. Suivi médical des enfants de la population générale

Au cours de leurs 16 premières années de vie, tous les enfants sont soumis à 20 examens de santé obligatoires, selon les articles L. 2132-1 à L. 2132-5 du CSP, réformés par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2019.

La majorité de ces examens concerne l'enfant de moins de 2 ans. En effet, 13 examens sont réalisés avant le 24^e mois, dont trois aboutissent à la rédaction d'un certificat de santé (au 8^e jour, au 9^e mois et au 24^e mois) puis un examen annuel est préconisé entre 3 et 6 ans, un examen entre 8 et 9 ans, un examen vers 11-13 ans et enfin un examen entre 15 et 16 ans.

Ces 20 examens médicaux ont pour objectif de surveiller la croissance staturo-pondérale et le développement psycho-affectif et neuro-développemental de l'enfant, réaliser les vaccinations obligatoires, dépister précocement les déficiences. Ils peuvent être réalisés par le médecin traitant de l'enfant ou par tout autre médecin choisi par les responsables de l'autorité parentale. Avant six ans, ces examens peuvent être réalisés par un médecin de PMI.

Le renforcement des examens médicaux obligatoires à l'adolescence permet de s'intéresser tout particulièrement à la santé psychique des jeunes. À cette période de la vie, les adolescents consultent rarement un médecin, la plupart des jeunes n'ayant pas de pathologie nécessitant un suivi médical régulier ; il n'y a alors que peu d'occasion de dépister d'éventuels problèmes psychologiques ou un mal-être. Les examens médicaux obligatoires à 9, 12 et 15 ans ont été instaurés dans le but d'avoir une vision plus globale de leur état de santé, ce qui est difficile à obtenir lors d'une consultation pour un épisode aigu (pathologie virale par exemple).

La loi prévoit une visite médicale pour tous les enfants de 3-4 ans, communément appelé « le bilan des 4 ans », réalisée principalement par un médecin de PMI en collaboration avec une puéricultrice de PMI, qui se déplacent dans les écoles. Outre le dépistage précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage (dépisté par le test de langage RTL4) et des troubles des apprentissages des enfants de moins de 6 ans, cette visite médicale obligatoire est aussi l'occasion de donner des conseils préventifs d'éducation à la santé, en matière de sommeil, d'hygiène bucco-dentaire, d'alimentation, etc.

Les résultats de l'ensemble de ces examens doivent être inscrits dans le carnet de santé de l'enfant par le médecin ayant réalisé l'examen, afin de garder une trace du suivi de l'enfant.

B. Suivi médical des enfants confiés à l'ASE

En général, les enfants confiés à l'ASE n'ont pas pu bénéficier de tous ces examens médicaux, du fait d'un contexte familial défaillant. Bien souvent, leur suivi médical avant le placement est assez pauvre, leur carnet de santé ayant parfois été égaré. Les mesures du placement en elles-mêmes ne sont pas sans effet sur la santé des enfants confiés.

De plus, au cours de leur prise en charge par l'ASE, les enfants peuvent être amenés à changer de lieu d'accueil et donc de médecin traitant, ce qui ne favorise pas un suivi optimal. Il semble indispensable que leur suivi médical soit codifié et adapté à leur parcours de vie, et ce dès leur entrée dans le service de l'ASE. En effet, malgré l'accès aux soins facilité par la

mesure de protection, le placement en dehors de la cellule familiale crée une certaine distance entre l'enfant et ses parents, ces derniers demeurant détenteurs des décisions concernant la santé de leur enfant.

1. Procédure santé des mineurs confiés à l'ASE

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance rend obligatoire l'élaboration d'un « Projet pour l'Enfant » (PPE) dès lors que l'enfant bénéficie d'une mesure de protection administrative ou judiciaire. La loi du 14 mars 2016 (article L. 223-1-1 du CASF) réaffirme cette obligation et précise le contenu de ce PPE.

Il s'agit d'un document unique d'accompagnement de l'enfant et de sa famille tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance, dans un souci de cohérence et de continuité, qui « *précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre* ». Ce projet met l'enfant au centre du dispositif, il cherche à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social, et il détermine les objectifs pour l'enfant au cours de son placement.

L'élaboration de ce projet pour l'enfant est réalisée en collaboration avec les parents, qui prennent part au projet, s'associent aux démarches proposées pour leur enfant. Elle nécessite dialogue, réflexion et concertation avec les parents et le mineur, leurs souhaits et avis devant être pris en compte dans la mesure du possible. Le document est signé à la fois par le président du conseil départemental et par les parents. Après signature, le projet est communiqué, comme document de référence, à l'ensemble des professionnels appelés à intervenir auprès de l'enfant, dans le respect du secret professionnel.

Le projet pour l'enfant est un document évolutif, dont les objectifs et le contenu sont amenés à être modifiés et réactualisés au moins annuellement selon l'évolution de la situation familiale.

Dans le domaine de la santé, le quatrième alinéa de l'article précédemment cité, précise que « *l'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document* ».

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié cet alinéa qui est ainsi rédigé : « *Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'Aide Sociale à l'Enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie.* »

2. Parcours de santé de l'enfant confié à l'ASE en Vendée

a) Accès à l'assurance maladie

En ce qui concerne la sécurité sociale, l'accès aux soins des enfants confiés est facilité par l'affiliation automatique à la couverture maladie universelle (CMU), couverture maladie

gratuite permettant d'éviter l'avance de frais médicaux. En Vendée, chaque enfant reçoit une carte vitale à son nom, qu'il s'agisse d'un placement administratif ou judiciaire. Un partenariat avec la sécurité sociale et la protection de l'enfance permet d'accélérer les démarches pour obtenir une carte vitale dans un délai optimal.

b) Suivi médical de l'enfant confié

L'enfant confié bénéficie, en plus des examens médicaux obligatoires cités précédemment, d'un suivi médical spécifique qui diffère selon son lieu de placement.

Lorsque l'enfant ou jeune majeur est placé en famille d'accueil, il bénéficie d'une visite médicale d'admission, dans le premier mois qui suit son entrée dans le service. Elle est réalisée par le médecin de PMI qui sera le référent de l'enfant tout au long de son placement, et ce quel que soit l'âge de l'enfant.

Est prévue ensuite une consultation médicale annuelle prenant en compte la santé globale de l'enfant :

- Jusqu'à 6 ans, ces visites sont réalisées au sein des MDSF par le médecin de PMI référent de l'enfant. Pour les enfants de moins de 2 ans, les bilans de santé sont plus rapprochés et suivent la réglementation en vigueur ;
- Au-delà de 6 ans, la consultation médicale annuelle peut être réalisée soit par le médecin de PMI, soit par un médecin généraliste (en général le médecin traitant de l'enfant, qui est habituellement celui de la famille d'accueil), soit par un pédiatre.

En ce qui concerne les enfants placés au foyer de l'enfance, une consultation médicale d'entrée est effectuée par un médecin généraliste intervenant au sein de l'établissement, en présence d'une infirmière diplômée d'état (IDE) ou d'un éducateur. Les soins aigus sont assurés par un médecin généraliste de proximité.

En MECS, les enfants devraient théoriquement bénéficier d'une visite d'entrée et d'une consultation annuelle, mais en pratique, celles-ci ne sont pas toujours réalisées.

Quel que soit le lieu de placement, un médecin de PMI référent est désigné pour chaque enfant confié, en fonction du territoire dont dépend ce dernier. La désignation d'un médecin référent pour chaque enfant confié permet une certaine coordination dans le suivi médical. Il reçoit les fiches de consultation annuelle de chaque enfant dont il est référent et conserve leur dossier médical papier au sein des MDSF principales de chaque territoire.

Dans le département de la Vendée, les renseignements médicaux sont conservés dans le dossier médical de l'enfant. Pour les enfants suivis par la PMI, un logiciel informatique (Horus) est utilisé pour les consultations médicales. À l'issue de la consultation, les documents sont imprimés et classés dans le dossier papier de l'enfant, consultable par les parents s'ils le souhaitent, ou par le jeune à sa majorité.

Les médecins de PMI ont essentiellement un rôle de suivi et de prévention auprès de l'enfant confié, mais n'ont pas le rôle d'un médecin traitant. En cas de pathologie aigue (virose,

traumatisme, etc.), l'enfant confié doit donc être examiné par son médecin traitant qui traitera le problème aigu.

Cependant, malgré l'ensemble des mesures prises par le service de protection de l'enfance, tous les enfants confiés ne bénéficient pas de la consultation médicale annuelle, et ce, malgré plusieurs relances effectuées par courrier auprès des établissements ou des assistants familiaux. Certains bilans de santé réalisés par le médecin traitant ne sont pas toujours renvoyés au médecin de PMI. C'est pourquoi les dossiers des enfants confiés peuvent être incomplets.

c) Implication des parents dans le suivi de leur enfant

Les parents sont informés des dates des visites médicales programmées, ils y sont systématiquement conviés ; mais en pratique ils n'y assistent que très rarement.

Chaque enfant confié est rattaché à un territoire, défini en fonction du lieu du domicile parental pour faciliter la présence des parents aux rendez-vous médicaux de leur enfant. Ainsi, en cas de changement du lieu de placement de l'enfant, le territoire dont il dépend reste inchangé afin de préserver la participation des parents aux rendez-vous de suivi médical de leur enfant.

L'investissement des parents dans le suivi sanitaire de leur enfant est primordial, s'ils ne peuvent être présents lors de la visite médicale, un compte-rendu de consultation leur est transmis à leur demande.

Que la mesure de protection soit administrative ou judiciaire, les parents conservent, dans la majorité des cas, leur autorité parentale. Leur accord doit donc être obtenu pour toute décision médicale, en dehors de l'urgence. Cependant, pour les soins usuels, (vaccinations obligatoires, soins réalisés au cours d'une consultation, etc.) l'accord des parents est systématiquement recherché mais n'est pas nécessaire ; cela simplifie la prise en charge de l'enfant, surtout lorsque la communication avec les parents est difficile voire inexistante.

Les services de protection de l'enfance s'efforcent d'entretenir de bonnes relations avec les parents, pour qu'ils restent impliqués dans le suivi sanitaire de leur enfant tout au long de la mesure de placement. En cas de refus parental pour des soins non-usuels, hors urgence vitale pour l'enfant, aucune intervention ne peut être programmée. Si nécessaire, le juge des enfants peut être saisi pour déléguer le domaine de la santé au service de l'ASE.

C. Santé des enfants placés : un domaine peu exploré

1. État actuel des connaissances sur la santé des enfants confiés

La revue de la littérature internationale révèle que peu de travaux de recherche ont été réalisés dans le domaine de la santé des enfants confiés en protection de l'enfance, du fait de la difficulté d'accès aux données médicales. On retrouve principalement des études européennes, notamment en Suède, Norvège, Belgique, France, Danemark, quelques études aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande. Plus de la moitié de ces études internationales s'intéressent à la santé mentale des jeunes en protection de l'enfance ; à peine un tiers des études aborde la santé globale ; une étude concerne la santé physique et une étude s'intéresse à l'éducation à la santé.

Parmi les études réalisées en France, la santé globale des enfants en protection de l'enfance a fait l'objet de 4 études ; les autres études pointent essentiellement la santé mentale. Par ailleurs, aucune étude n'a été réalisée au niveau national ; l'ampleur d'un tel travail serait presque irréalisable. L'ensemble des recherches ont jusqu'à présent été menées par département, en comparant les résultats obtenus à ceux de la population générale dans ce même département, ce qui apporte déjà quelques informations pertinentes.

Il ressort toutefois de ces études quelques remarques intéressantes, qui objectivent la difficulté d'accès à une vision globale de l'état de santé des enfants confiés.

Citons quelques constats tirés des conclusions de ces études ⁽¹³⁾.

- D'une part, les connaissances de l'histoire médicale de l'enfant sont bien souvent insuffisantes. Les données relatives aux antécédents médicaux de l'enfant sont cruellement manquantes, soit par la perte du carnet de santé de l'enfant, soit par un carnet de santé très peu rempli par les médecins, voire vierge ;
- D'autre part, les antécédents familiaux sont bien souvent inconnus. Lorsqu'ils sont renseignés, on note une prévalence significative d'antécédents parentaux peu sécurisants pour l'enfant (addictions multiples, pathologies psychiatriques telles que syndrome dépressif, bipolarité, troubles de la personnalité, etc.) ;
- Enfin, peu d'informations sur les antécédents pré et postnataux de l'enfant et ses facteurs de risque (prématurité, retard de croissance intra-utérin, pathologies gravidiques, prise en charge en néonatalité, etc.) sont disponibles.

A contrario, le suivi médical des enfants confiés est en voie d'amélioration. Force est de constater que la couverture vaccinale des enfants confiés est en général meilleure que celle de la population générale. De plus, les visites médicales annuelles, lorsqu'elles sont réalisées, permettent non seulement un suivi régulier des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance mais offrent également des occasions de dépistage de pathologies (troubles sensoriels, caries, scoliose, etc.) qui ne sont pas toujours recherchées lors d'une consultation médicale pour une pathologie aiguë. Par ailleurs, les maladies chroniques telles que l'asthme semblent mieux suivies que pour la population générale. Les soins bucco-dentaires sont encore insuffisants mais paraissent mieux détectés et pris en charge.

2. Des thématiques spécifiques à la santé des enfants confiés

Au vu des éléments cités précédemment, il apparaît évident que les conséquences liées à la maltraitance sont nombreuses ; les traumatismes ne sont pas seulement physiques (cicatrices, douleurs, etc.) mais aussi psychiques et comportementaux. Les souffrances provoquées par la maltraitance engendrent un certain stress associé à une perturbation du développement cérébral précoce. Les enfants victimes de maltraitance sont donc plus à risque de développer certaines pathologies (syndrome dépressif, obésité) ou certains comportements à risque : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, comportements sexuels à risque (IST, grossesse non désirée), suicide, etc.

D'après S. Euillet, dans son rapport de mars 2016 sur l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance ⁽¹⁴⁾, 31 à 48% des affections observées chez ces jeunes concernent les acquisitions, le langage ou le développement psychomoteur.

Le taux de handicap chez ces enfants est nettement supérieur à celui de la population générale ; nombreux sont les enfants confiés qui bénéficient d'une notification suite à une décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées – MDPH – (près d'un enfant sur quatre d'après l'étude CREAMI en Rhône-Alpes ⁽¹⁷⁾). Ils sont en effet plus nombreux que les enfants de la population générale à fréquenter des établissements tels que les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP), Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire, (ULIS), Services d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) ou Instituts Médico Éducatif (IME).

En ce qui concerne la santé psychique, on constate une grande fragilité chez ces enfants. En effet, plus d'un enfant confié sur deux bénéficie d'un suivi psychologique et près d'un tiers ont un suivi psychiatrique, contre 2.6% dans la population générale ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁷⁾. Parallèlement, un nombre significatif de jeunes confiés prennent régulièrement un traitement antidépresseur (12.2%) contre environ 1% dans la population générale ; ou un traitement neuroleptique (11.1%), contre 0.3% des jeunes de la population générale.

Les troubles des apprentissages et l'échec scolaire sont prépondérants chez les enfants confiés. Leur parcours scolaire est bien souvent marqué par de multiples ruptures et de nombreuses difficultés d'apprentissages. L'étude DREES réalisée en 2013 ⁽¹³⁾ qui s'est focalisée sur l'échec et le retard scolaire des enfants confiés à l'ASE évoque 15.8% des jeunes qui ne seraient plus scolarisés à l'âge de 16 ans. Les données de l'étude CREAMI en Rhône-Alpes ⁽¹⁷⁾ sont similaires : 14.9% des jeunes placés en établissement sont en situation de déscolarisation. L'étude de la Loire Atlantique évoque quant à elle 24% des enfants en retard scolaire dès l'âge de 3-5 ans ⁽¹⁵⁾.

De même, les troubles de l'IMC sont évoqués dans la plupart des études. Cependant, les résultats ne sont pas toujours concordants, les insuffisances pondérales sont parfois soulignées ; à l'inverse, une surcharge pondérale est aussi fréquemment décrite. Ces enfants semblent donc particulièrement touchés par des troubles des conduites alimentaires.

Toutes ces études concernant la santé des enfants confiés se rejoignent sur la prévalence de la carie dentaire chez les enfants placés. La carie dentaire est de loin la pathologie la plus fréquente dans cette population d'enfants. Plus d'un enfant sur deux a un suivi régulier chez le dentiste ⁽¹⁷⁾ ⁽²⁰⁾.

Enfin, les traumatismes bénins sont fréquents chez ces enfants ⁽¹⁷⁾. La plupart des études indiquent que les enfants confiés sont victimes d'affections peu graves mais fréquentes, qui aboutissent souvent à des hospitalisations courtes mais répétées. Les traumatismes bénins tels que les chutes, brûlures, traumatismes orthopédiques, plaies, font partie intégrante des accidents de la vie courante ; les enfants confiés y sont plus exposés, du fait d'un défaut de surveillance et d'une prise de risque plus importante que les enfants de la population générale.

3. Des conséquences à long terme

L'impact de la maltraitance sur la santé physique et psychique se prolonge bien au-delà de l'enfance. Les conséquences à long terme sont nombreuses, et sont présentes en général à vie. Le retentissement de la maltraitance à l'âge adulte touche à la fois la santé physique, psychique, l'éducation, l'emploi et les conduites sociales ⁽¹⁸⁾.

En 1988, V. Felitti ⁽⁹⁾ a étudié les effets cumulatifs à long terme des traumatismes dans l'enfance et des dysfonctionnements dans la famille sur la santé et la qualité de vie à l'âge adulte. L'étude met en évidence une forte corrélation entre les traumatismes subis dans l'enfance et les problèmes sociaux ou de santé à l'âge adulte. La violence subie dans l'enfance serait la cause principale de mortalité précoce et de morbidité à l'âge adulte. Elle peut donc être la cause d'une plus faible espérance de vie ⁽¹⁹⁾.

L'OMS, dans son rapport en 2014 sur la prévention de la violence dans le monde ⁽²¹⁾, souligne qu'un adulte sur cinq déclare avoir subi des violences dans l'enfance ; une femme sur cinq et un homme sur treize a été victime de violences sexuelles dans l'enfance. Il est d'ailleurs mentionné que « *nombre des principales causes de décès (par exemple les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et le VIH) sont étroitement liées à des expériences de violence par l'intermédiaire de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, ainsi que [...] l'adoption de comportements sexuels à risque. La violence pèse lourdement sur les systèmes de santé, la justice pénale, les services sociaux, la protection sociale et le tissu économique* ».

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il paraît important de se pencher sur l'état de santé de cette population.

D. Problématique

Notre objectif principal était d'étudier l'état de santé global des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance en Vendée, afin de faire ressortir des pistes pour améliorer leur suivi médical.

Pour certains paramètres, nous avons étudié les différences entre les enfants accueillis en lieux de vie collectifs et ceux accueillis en famille d'accueil, ainsi que l'influence de l'âge et du sexe.

Partie II : Enquête : étude quantitative par analyse de fiches médicales

Introduction

Cette partie traite d'une étude quantitative réalisée dans le département de la Vendée (85), par l'analyse de données médicales d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Elle est présentée selon les standards des études scientifiques de type IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultats, Discussion).

I. Matériel et méthode

A. Type d'étude et choix de la méthode

L'étude réalisée pour ce travail est une étude quantitative, épidémiologique, descriptive, transversale, rétrospective sur l'année 2019. Elle portait sur l'ensemble des enfants confiés au département de Vendée, au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Le recueil du consentement des détenteurs de l'autorité parentale n'était pas nécessaire, étant donné que l'étude était rétrospective ; les dossiers médicaux des enfants ayant été consultés sur place au Pôle Social, dans les semaines qui ont suivi la consultation médicale annuelle.

Les données ont été anonymisées lors du recueil de données.

B. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé global des enfants confiés à l'ASE dans le département de la Vendée (85) à partir de l'analyse de la fiche de consultation médicale annuelle de chaque enfant, afin de mettre en évidence leurs besoins de santé en matière de soins et de suivi.

C. Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude devaient être âgés de 0 à 18 ans (jusqu'à la veille de leur majorité), confiés au département de Vendée au titre de la protection de l'enfance, sans délai de prise en charge minimal, et avoir bénéficié d'une consultation médicale annuelle par un médecin de PMI ou un médecin généraliste entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019. Les enfants hébergés hors département mais dont les détenteurs de l'autorité parentale étaient domiciliés en Vendée étaient également inclus, puisqu'ils étaient sous la responsabilité du département de Vendée.

Tous les enfants inclus bénéficiaient d'une mesure de placement en dehors du domicile familial. Ils étaient hébergés au sein d'une famille d'accueil, en MECS, au foyer de l'enfance ou au sein de tout autre lieu de vie collectif.

Nous avons tenu à inclure l'ensemble des enfants accueillis sur le département de la Vendée afin d'être le plus exhaustif possible et le plus représentatif de la population confiée à l'ASE en Vendée.

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion regroupaient :

- Les enfants ayant le statut de MNA, soit 311 enfants sur le territoire vendéen, étant donné qu'ils bénéficient d'une prise en charge spécifique, bien qu'ils soient sous la responsabilité du service de l'Aide Sociale à l'Enfance ;
- Les enfants dont l'hébergement principal était au domicile des parents (placement à domicile) ;
- Les jeunes majeurs, soit 94 jeunes en Vendée ;
- Les enfants dont la fiche de consultation médicale était inexploitable, soit parce qu'il y avait trop de données manquantes, soit parce que la fiche remplie par le médecin correspondait à l'ancienne version et n'était donc pas interprétable.

D. Déroulement de l'étude

1. Réactualisation de la fiche de visite médicale annuelle

Chaque enfant confié à l'ASE de Vendée doit bénéficier d'une consultation médicale annuelle. Nous avons souhaité réactualiser la fiche de visite médicale annuelle (*Annexe n° 1*) afin de clarifier certains items pour avoir une idée plus précise de l'état de santé des enfants confiés.

Pour cela, nous nous sommes entretenus début janvier 2019 avec le Dr A. Hardy, médecin référent protection de l'enfance en Vendée, et le Dr E. Verdon, chef de service de la PMI en Vendée. Certains items ont été reformulés, d'autres supprimés ou ajoutés. Nous nous sommes inspirées d'exemples de fiches médicales utilisées dans d'autres départements, notamment celle de la Loire Atlantique, afin d'aboutir à un document complet, clair et précis. La plupart des fiches consultées dans d'autres départements reprenaient les mêmes items, seule la formulation différait.

Dans la mesure du possible, chaque question de l'interrogatoire a été formulée sous forme de question fermée, afin de faciliter le recueil des données et l'analyse statistique. Cependant, les questions fermées n'étaient pas applicables pour l'ensemble des grands thèmes abordés, en particulier pour la partie concernant l'état de santé psychique de l'enfant. Nous avons gardé volontairement quelques questions ouvertes, pour laisser au médecin la possibilité de préciser ce qui lui semblait important, notamment en ce qui concerne les antécédents, les troubles du comportement et les conduites à risque.

Dans un second temps, cette nouvelle fiche a été présentée, au cours d'une réunion de service, à l'ensemble des médecins de PMI de Vendée, qui sont amenés à voir les enfants pour leur consultation annuelle. Chacun a pu émettre des remarques ou des objections ; la nouvelle version a ainsi été validée par les sept médecins de PMI de Vendée.

Il aurait pu être judicieux de prévoir un entretien similaire avec quelques médecins généralistes exerçant en Vendée afin de leur présenter la fiche mise à jour et de recueillir leurs avis. Nous n'avons finalement pas retenu cette option, les médecins de PMI ayant déjà apporté de nombreuses modifications.

La fiche médicale mise à jour (*Annexe n° 2*) comporte deux grandes parties :

- Une partie administrative, à remplir par l'assistant familial ou le responsable de l'établissement, précisant le nom et prénom de l'enfant, les coordonnées des parents, le lieu de placement avec les coordonnées de la famille d'accueil ou de l'établissement, la scolarité, les activités extra-scolaires, les professionnels médicaux et para-médicaux participant à la prise en charge de l'enfant. Le motif du placement n'est pas spécifié ;
- Une partie médicale, à remplir par le médecin effectuant la consultation, comprenant quatorze sous parties, à savoir : les antécédents familiaux et personnels, les vaccinations, les informations importantes (Affection de Longue Durée (ALD), traitement, notification MDPH), le sommeil, l'alimentation, la santé psychique, la prévention et conduites à risque, la croissance, l'examen somatique, la vision, l'audition, le langage écrit et oral, l'état bucco-dentaire, les conseils donnés ou propositions d'orientation. Enfin, le médecin examinateur devait préciser si le carnet de santé était disponible au moment du bilan, et quel accompagnateur était présent lors de la consultation.

En juin 2019, des courriers (*Annexes n°3 et n°4*) avaient été adressés par voie postale à l'ensemble des lieux d'accueil (assistants familiaux, MECS, lieux de vie et foyer de l'enfance), les invitant à programmer une consultation médicale avant la fin de l'année en cours, soit avant fin décembre 2019, et ce pour chaque enfant confié. Le courrier était accompagné d'une version vierge de la fiche de consultation médicale annuelle mise à jour, leur notifiant de remplir uniquement cette nouvelle fiche lors de la consultation prévue à cet effet. Ils étaient informés de la nécessité de programmer une nouvelle consultation si l'ancienne version était complétée.

Les détenteurs de l'autorité parentale pouvaient être présents lors de la consultation, selon les modalités habituelles de prise en charge de leur enfant.

Un rendez-vous médical était donc pris par l'assistant familial ou le personnel de la structure d'accueil :

- Avec le médecin de PMI (le plus souvent) si l'enfant était âgé de moins de 6 ans ;
- Avec un médecin généraliste (médecin traitant de l'enfant) ou le médecin de PMI (médecin salarié ou interne en stage en PMI) si l'enfant était âgé de plus de 6 ans ;
- Avec le médecin référent protection de l'enfance, pour les prises en charges lourdes essentiellement.

En règle générale, une heure de rendez-vous était prévue pour les enfants dont la consultation médicale annuelle est réalisée à la PMI, contre quinze à vingt minutes en moyenne chez un médecin généraliste.

La fiche de consultation médicale annuelle était complétée manuellement par le médecin au cours de la consultation. Pour le bon déroulement de l'étude, toutes les fiches devaient être renvoyées par voie postale au médecin référent protection de l'enfance afin de les centraliser. Les médecins de PMI, les lieux d'accueil et les médecins généralistes en étaient informés par les courriers cités précédemment (*Annexes n°3, n°4 et n°5*).

Une relance auprès des lieux d'accueil avait été effectuée par courrier en octobre 2019 pour chaque enfant confié n'ayant pas encore bénéficié de sa consultation médicale annuelle, en rappelant l'obligation de la réaliser.

L'étude s'est basée sur l'utilisation des données recueillies au moment des consultations médicales annuelles ou des consultations d'entrée dans le service de l'ASE (dans les semaines qui suivent le placement).

2. Recueil des données

Les données ont été recueillies au sein d'un tableur Microsoft Excel. Chaque fiche était classée par territoire (Centre, Nord-Est, Nord-Ouest, Littoral, Sud) et relue intégralement par le Dr Hardy.

Chaque fiche a ensuite été numérotée de 1 à 651 au fur et à mesure de leur réception au Pôle Social, dans le but d'obtenir des données anonymisées et irréversibles. Aucune identité n'a été rentrée dans le tableur Excel. Les fiches étaient conservées dans le bureau de Dr Hardy, dans un placard sous clef, elles ont été consultées uniquement sur place, au sein du Pôle Social, pour le respect de la confidentialité des données sur mineurs.

La saisie des données était effectuée manuellement dans un tableau Excel. Chaque ligne de la grille de recueil correspondait à un enfant confié, soit 651 lignes au total. Chaque colonne correspondait aux items de la fiche médicale annuelle, soit 109 colonnes. Pour faciliter l'analyse des données, chaque question dont la réponse pouvait être donnée par « OUI » ou « NON » était rentrée à l'aide de 0 ou de 1, 0 correspondant à « NON » et 1 à « OUI ». Au total, 100 colonnes ont pu être remplies de cette manière. Les colonnes telles que l'âge, l'IMC ou la durée de placement ont été remplies à l'aide de chiffres. Seules trois colonnes ont été complétées par du texte : l'indication d'hospitalisation, la classe fréquentée et les vaccinations prévues.

Lorsque l'information était manquante (cases non remplies par le médecin ou renseignements non connus), la case du tableur Excel était laissée vide. Si l'enfant n'était pas concerné par une question (par exemple, conduites à risque chez un nourrisson), il était noté « NC » dans la case correspondante.

En cas de changement de lieu de vie de l'enfant au cours de l'année (par exemple, un enfant placé en MECS ou au foyer de l'enfance qui était accueilli en FA quelques mois plus tard, et était donc tenu de refaire une consultation médicale), les données prises en compte étaient celles correspondant à l'état de l'enfant lors de la première consultation, et les données de la seconde consultation permettaient seulement de compléter des données éventuellement manquantes lors du premier recueil. Le lieu de vie n'était donc pas modifié dans la grille de recueil. Ces enfants étaient ainsi comptabilisés une seule fois dans la liste du tableur Excel.

E. Traitement des données statistiques

Nous avons utilisé principalement des formules Excel pour calculer les fréquences et les moyennes pour chacun des items. Afin de tester la significativité de nos résultats, pour obtenir les « p value », nous avons réalisé des régressions linéaires à l'aide du logiciel R studio. La significativité statistique était atteinte si $p < 0.05$.

F. Éthique

Pour cette enquête, il n'a pas été nécessaire de contacter le CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé). En effet, l'étude ayant été réalisée rétrospectivement sur analyse de données, elle entre dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, la consultation médicale annuelle ou la consultation d'admission dans le service de l'ASE s'inscrivait dans le parcours de soin habituel des enfants confiés. Il n'y a pas eu de consultation spécifique pour l'enquête.

II. Résultats

Au total, 651 enfants ont été inclus dans l'étude sur 920 enfants confiés à l'ASE (hors mineurs non accompagnés et jeunes majeurs) au 31 décembre 2019 d'après les chiffres de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance, soit un taux de retour de 71%.

En effet, on comptait 1325 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE en Vendée au 31 décembre 2019. Cependant, 311 mineurs non accompagnés et 94 jeunes majeurs ont été exclus d'emblée de notre étude puisqu'ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Dix-huit enfants ont été exclus de l'analyse du fait de l'utilisation de l'ancienne fiche de consultation médicale annuelle. Au cours de la période de recueil des données, nous avons reçu vingt-sept fiches de consultation médicale concernant des enfants déjà enregistrés dans notre base de données, certaines données manquantes ont ainsi pu être complétées.

Rappelons qu'en Vendée en 2019, 73% des enfants confiés à l'ASE étaient accueillis en famille d'accueil et 27% en lieu de vie collectif.

Dans les tableaux ci-après, le « n » correspond au nombre de réponses pour un item donné. En effet, certains items n'ont pas été complétés, soit parce que l'examineur n'avait pas l'information, soit parce que l'item ne concernait pas l'enfant. Ainsi, l'effectif total « n » pour chaque question est donc variable, puisqu'il ne prend pas en compte les non-réponses.

A. Caractéristiques de la population incluse

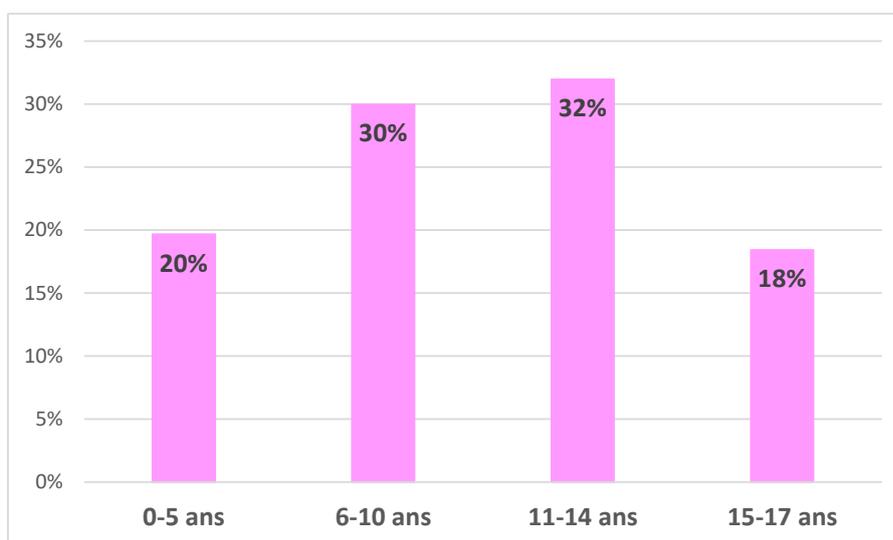
310 filles (48%) et 341 garçons (52%) ont été inclus dans l'étude (Tableau 1). La grande majorité des enfants, tous sexes confondus, était placée en famille d'accueil (84%). 16% des enfants de la population étudiée étaient accueillis en lieu de vie collectif, dont 6% en MECS, 4% en lieu de vie et 6% au foyer de l'enfance.

L'âge moyen des enfants confiés était de 10 ans (± 4.6), les enfants accueillis chez les assistants familiaux étaient en moyenne plus jeunes que ceux accueillis en lieu de vie collectif (9.6 en famille d'accueil versus 11.9 en lieu de vie collectif). La classe d'âge la plus représentée était les 11-14 ans (32%), suivis de près par les 6-10 ans (30%), puis les 0-5 ans (20%) dont 45 enfants de 0 à 2 ans (soit 7%) et les 15-17 ans (18%). (Graphique 1)

La durée moyenne de placement était de 3.7 ans (± 3.9).

Caractéristiques générales	Effectif	%
Sexe (n=651)		
Fille	310	48%
Garçon	341	52%
Lieu de placement (n=651)		
FA	545	84%
MECS	39	6%
Lieu de vie	28	4%
Foyer de l'enfance	39	6%
Classe d'âge (n=651)		
0-5 ans	128	20%
6-10 ans	195	30%
11-14 ans	208	32%
15-17 ans	120	18%
Âge moyen (en années)	10	$\pm 4,6$
Durée moyenne du placement (en années)	3,7	$\pm 3,9$

Tableau 1 : description des enfants inclus dans l'étude



Graphique 1 : répartition des enfants par tranches d'âge

Le taux de retour pour les enfants hébergés en famille d'accueil était de 80%, suivi de près par ceux accueillis au foyer de l'enfance (76%) alors que nous avons eu 56% de retours pour les enfants en Lieu de vie et 28% pour ceux accueillis en MECS (Tableau 2).

Lieu de placement	Effectif inclus dans l'étude	Effectif total en Vendée	Taux de retour
FA	545	680	80%
MECS	39	137	28%
Lieu de vie	28	50	56%
Foyer de l'enfance	39	51	76%

Tableau 2 : répartition des enfants par lieu de placement et taux de retour par lieu de placement

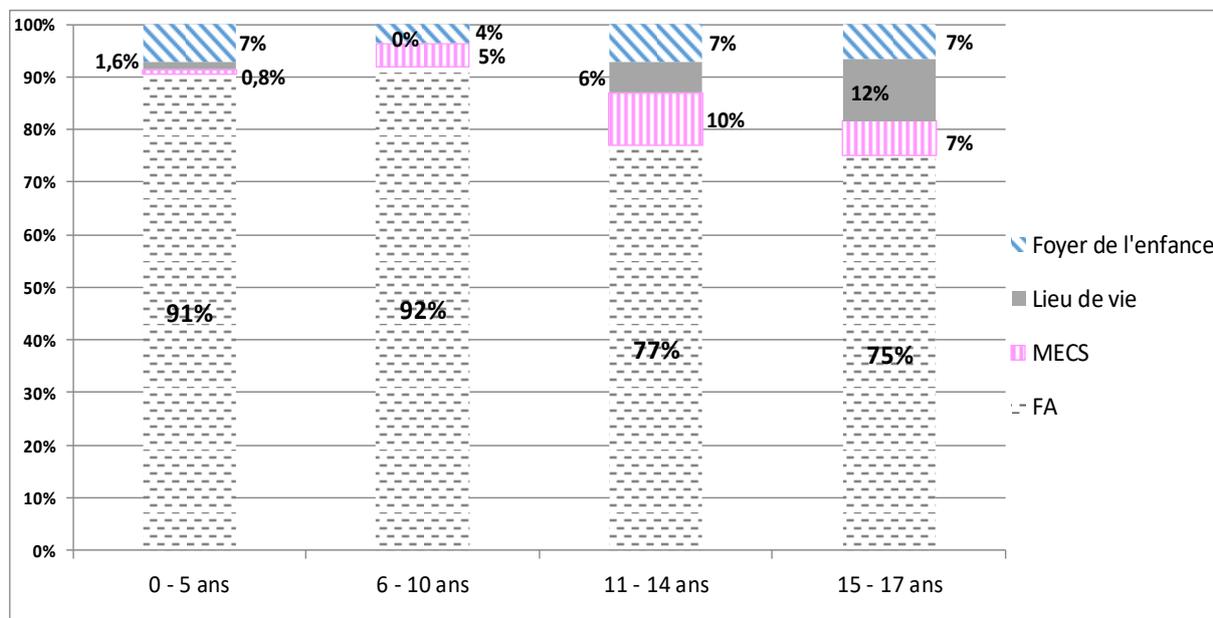
Concernant la répartition des enfants selon les territoires de Vendée, 35% des enfants examinés dépendaient du territoire Centre, 28% du territoire Sud, 17% du Nord-Est, 12% du Nord-Ouest et seulement 8% du Littoral (Tableau 1 et Tableau 3)

Le meilleur taux de réponse est attribué au territoire Sud et s'élevait à 91% alors que pour le territoire Nord-Ouest, le taux de réponse obtenu était de 61%.

Territoires	Effectif par territoire	%	Effectif total	Taux de retour
Centre	228	35%	309	74%
Sud	181	28%	200	91%
Nord-Est	110	17%	161	68%
Nord-Ouest	77	12%	126	61%
Littoral	55	8%	71	77%

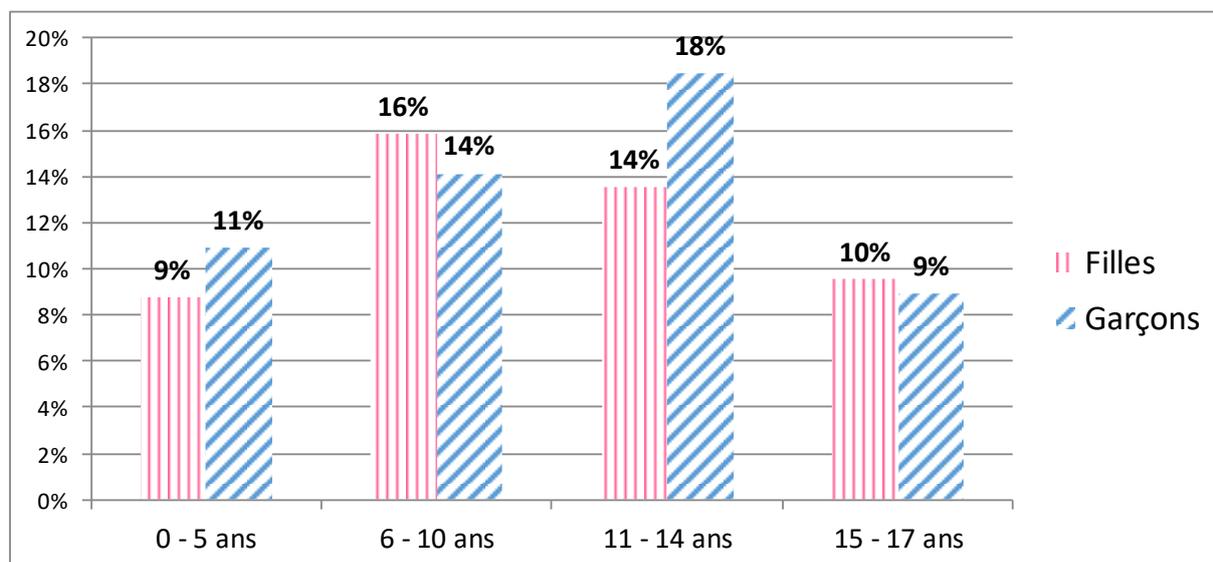
Tableau 3 : répartition des enfants par territoire (Centre, Sud, Nord-Est, Nord-Ouest, Littoral) et taux de réponse par territoire

À propos des lieux de placement, plus de 90% des enfants de moins de 10 ans étaient placés en famille d'accueil et à peine un enfant sur dix de moins de 10 ans vivait en lieu de vie collectif. Les enfants en bas âge (< 5 ans) étaient très peu représentés en lieu de vie ou en MECS (Graphique 2). Plus de 75% des enfants de 11 à 17 ans étaient placés en famille d'accueil. Les enfants accueillis au foyer de l'enfance représentaient entre 4 et 7% des enfants de chaque classe d'âge. Les MECS et Lieu de vie accueillait principalement des enfants à partir de l'adolescence (11 ans et plus), seulement 5% des 6-10 ans étaient accueillis en MECS.



Graphique 2 : répartition des enfants selon le lieu de placement par classe d'âge

Dans notre population étudiée, il n'y avait pas de différence liée au sexe pour chacune des tranches d'âge (Graphique 3). Les filles et les garçons étaient presque toujours représentés de façon équitable pour chaque classe d'âge, sauf dans la tranche d'âge 11-14 ans où les garçons étaient plus nombreux que les filles (18% vs 14%).



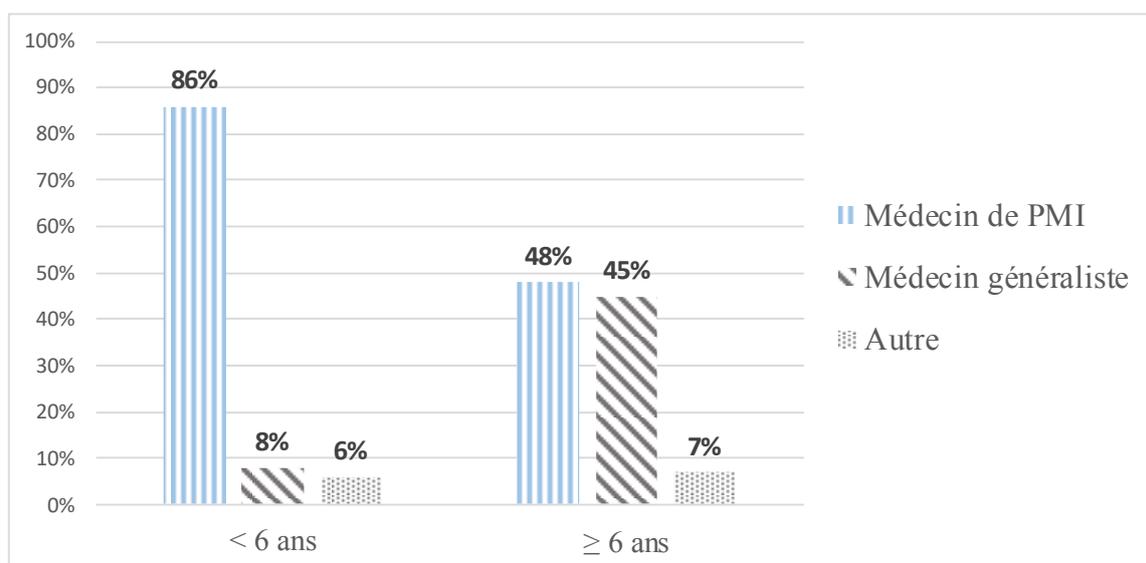
Graphique 3 : répartition des enfants par sexe et par tranche d'âge

Les médecins de PMI ont assuré 56% des consultations médicales des enfants inclus, tous âges confondus (Tableau 4). Au total, 38% des enfants ont été vus par des médecins généralistes. 6% des enfants ont été examinés par un médecin de l'établissement, principalement ceux accueillis au foyer de l'enfance. Sur l'ensemble des enfants examinés, seul un enfant a été examiné par un médecin hospitalier (0.2%).

En comparant en fonction de l'âge (Graphique 4), 86% des enfants de 0 à 5 ans ont été vus par un médecin de PMI et 8% par un médecin généraliste. Au-delà de 6 ans, l'équilibre se faisait plus ressentir entre médecin généraliste et médecin de PMI : 48% des enfants de plus de 6 ans ont été examinés par un médecin de PMI, et 45% par un médecin généraliste.

Médecin ayant effectué la consultation (n=651)	Effectif	%
Médecin généraliste	246	38%
Médecin de PMI	365	56%
Médecin de l'établissement	39	6%
Médecin hospitalier	1	0,2%

Tableau 4 : répartition des enfants par médecin ayant effectué la consultation médicale

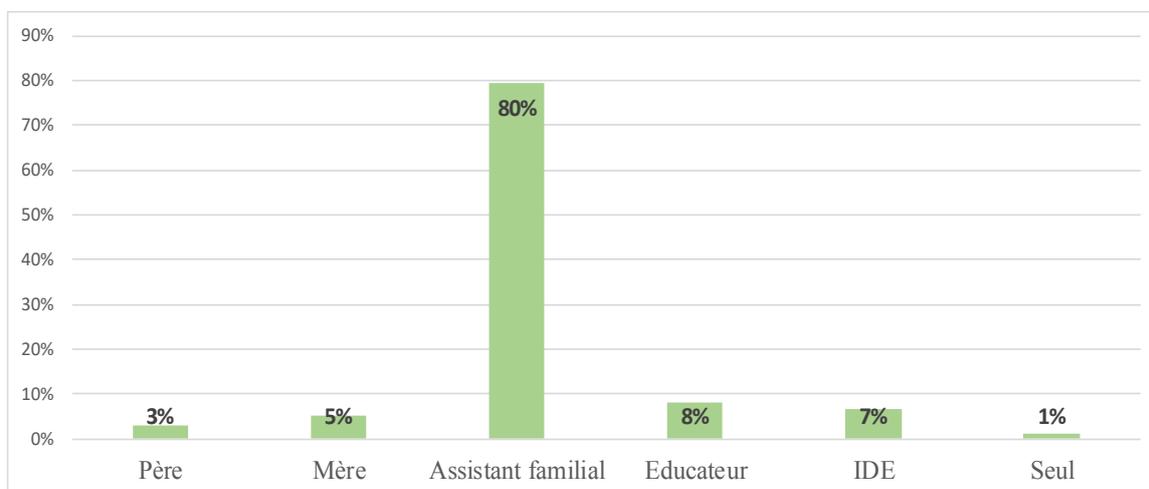


Graphique 4 : répartition des enfants par médecin ayant effectué la consultation selon l'âge

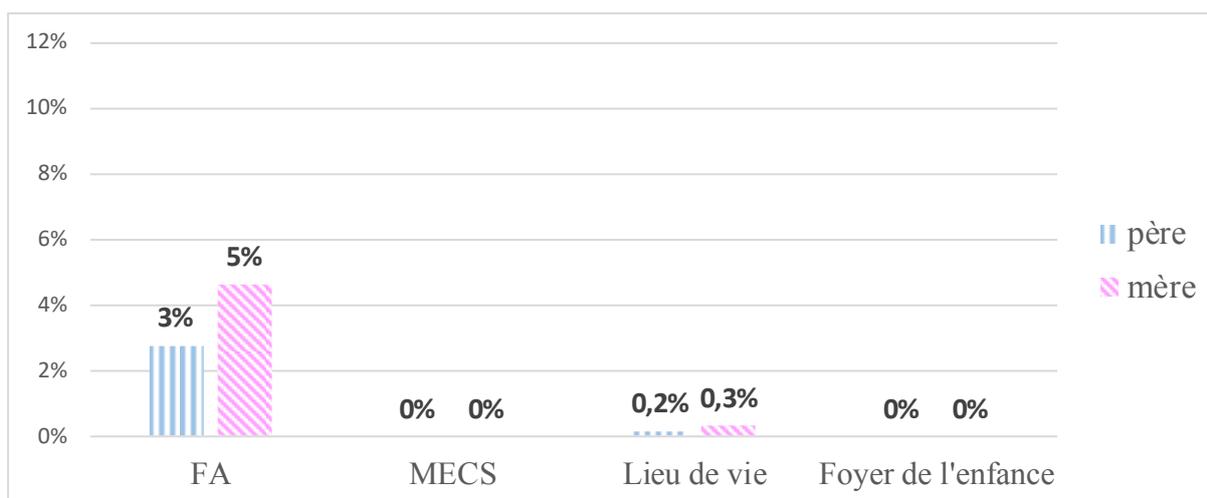
À propos de l'accompagnateur de l'enfant lors de la consultation médicale, 91 % des enfants étaient accompagnés d'une tierce personne lors de la consultation médicale. L'item n'a pas été renseigné pour 30 enfants. Huit enfants sur dix étaient accompagnés par leur assistant familial (Graphique 5).

Les parents n'étaient que très peu présents lors de la consultation, 3% des enfants étaient accompagnés par leur père et 5% par leur mère. Plus rarement, les 2 parents étaient présents (2%). 3 à 5% des enfants en famille d'accueil étaient accompagnés d'un des deux parents. Aucun parent n'a accompagné son enfant lorsqu'il était placé en MECS ou au foyer de l'enfance, un enfant en lieu de vie a été accompagné par son père et deux enfants par leur mère (Graphique 6). Lorsque la mère était présente, l'enfant avait moins de 6 ans dans plus de 75% des cas alors que lorsque le père était présent à la consultation, l'enfant avait moins de 6 ans dans deux tiers des cas.

Les enfants accueillis en MECS ou en lieu de vie étaient pour la plupart accompagnés de leur éducateur, ceux du foyer de l'enfance étaient accompagnés d'un infirmier de l'établissement. 6 adolescents de 12 à 16 ans sont venus seuls en consultation, 3 étaient en FA et 3 en MECS.



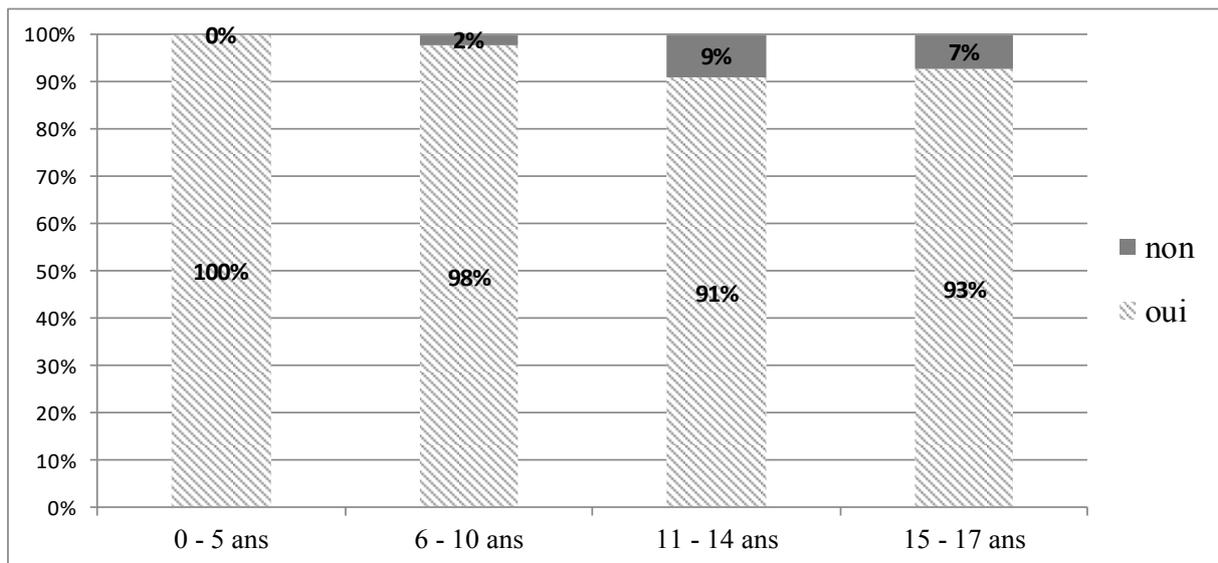
Graphique 5 : répartition des enfants selon l'accompagnateur de l'enfant



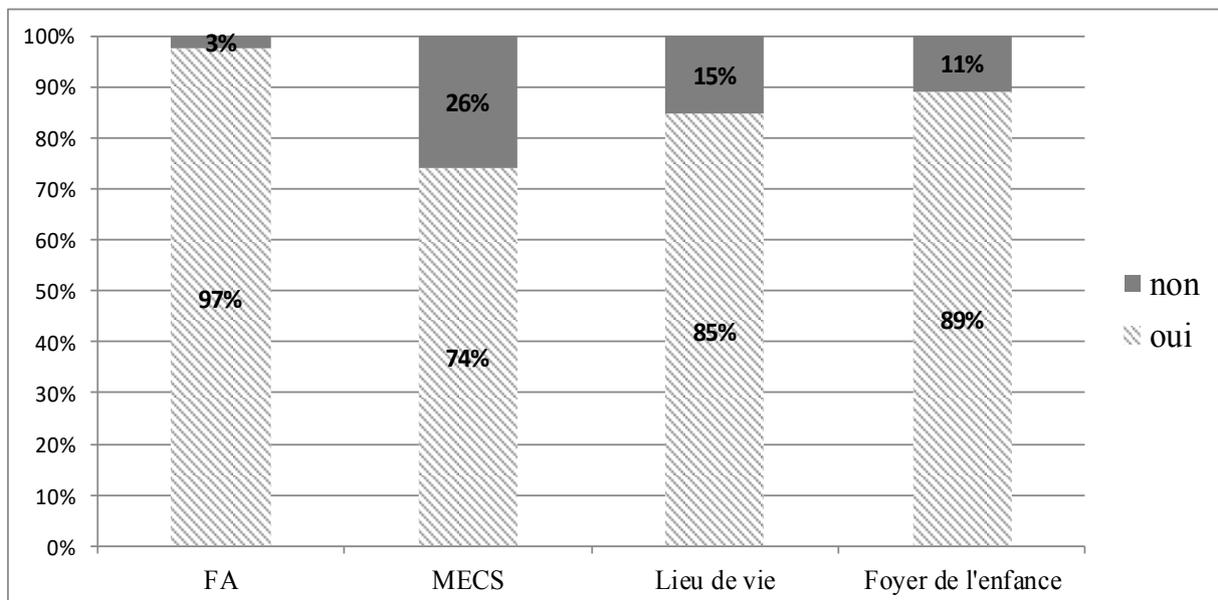
Graphique 6 : présence du père ou de la mère de l'enfant à la consultation médicale en fonction du lieu de placement

Au sujet de l'item sur le carnet de santé, il y a eu 84 non-réponses, soit 13%. Parmi ceux qui ont répondu à cette question, 95% des enfants possédaient leur carnet de santé lors de la consultation. Tous les enfants de 0 à 5 ans et 98% des enfants de 6 à 10 ans étaient en possession de leur carnet lors de la consultation (Graphique 7). Au-delà de 11 ans, 9 enfants sur 10 avaient leur carnet de santé le jour de la consultation. Il était plus souvent disponible pour les enfants confiés à un assistant familial (97%) que pour les enfants accueillis en lieu de vie collectif (83%) (Graphique 8) : 3 enfants sur 4 en MECS avaient leur carnet de santé, 85% en lieu de vie et 89% au foyer de l'enfance.

La plupart du temps, lorsque le carnet n'était pas disponible, il était précisé sur la fiche de consultation qu'il avait été perdu.



Graphique 7 : carnet de santé vu lors de la consultation selon l'âge



Graphique 8 : carnet de santé vu lors de la consultation selon le lieu de vie

B. Pathologies somatiques

1. Antécédents / traitements / ALD / MDPH

Concernant les antécédents familiaux, les données étaient manquantes pour 56% des enfants, soit parce que l'item n'avait pas été complété, soit parce que le médecin n'avait pas pu obtenir de réponse. Parmi les 44% ayant répondu à la question des antécédents familiaux, il ressort que 48% des enfants confiés avaient des antécédents familiaux, soit près d'un enfant sur deux (Tableau 5). Les principaux antécédents familiaux sont, en termes de fréquence décroissante, de l'ordre des pathologies psychiatriques (syndrome dépressif, schizophrénie),

des addictions (alcool, cannabis, toxicomanie), des maladies chroniques (obésité, pathologies endocriniennes, asthme, pathologies cardio-vasculaires), des déficiences intellectuelles ou encore des maladies génétiques.

Le taux de non-réponse pour les antécédents personnels de l'enfant était bien plus faible (9%, antécédents médicaux et chirurgicaux confondus). Parmi ceux ayant des antécédents médicaux (41%), on retrouvait principalement un terrain atopique pour 12% des enfants (antécédent d'asthme, eczéma ou bronchiolite), un retard psychomoteur global pour 15 enfants, des troubles envahissants du développement pour 13 d'entre eux (8 enfants diagnostiqués TDAH et 5 enfants autistes), 11% présentaient au moins une allergie (médicamenteuse, alimentaire ou acariens). 3 enfants avaient été victimes d'un syndrome du bébé secoué. Les antécédents chirurgicaux étaient représentés en grande majorité par la chirurgie ORL (adénoïdectomie pour 34 enfants, pose d'aérateurs trans tympaniques pour 22 enfants, amygdalectomie pour 18 d'entre eux), puis la chirurgie urologique (ectopie testiculaire pour 7 enfants) et la chirurgie dentaire (5 enfants).

À propos des traitements médicamenteux, 123 enfants sur 634 prenaient un traitement régulier, soit près d'un enfant sur cinq. Il s'agissait majoritairement de traitements à visée psychiatrique (57%) :

- Neuroleptiques : 34 enfants prenaient de la Risperidone (Risperdal®), soit 28%, 13 enfants étaient sous Cyamémazine (Tercian®), soit 11% et certains avaient jusqu'à 3 ou 4 neuroleptiques associés
- Antidépresseurs / anxiolytiques : 13 enfants prenaient un traitement antidépresseur ou anxiolytique (soit 11%)

22 enfants prenaient un traitement de fond pour l'asthme ou un antihistaminique (soit 18%).

Au total, 8% des enfants de la population étudiée avaient une prise en charge en Affection de Longue Durée, pour des maladies telles que le diabète, l'autisme, le Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH), l'épilepsie, des maladies génétiques ou encore des maladies chroniques plus rares (mucoviscidose, maladie de Hirschsprung).

Enfin, 28% des enfants avaient une notification MDPH.

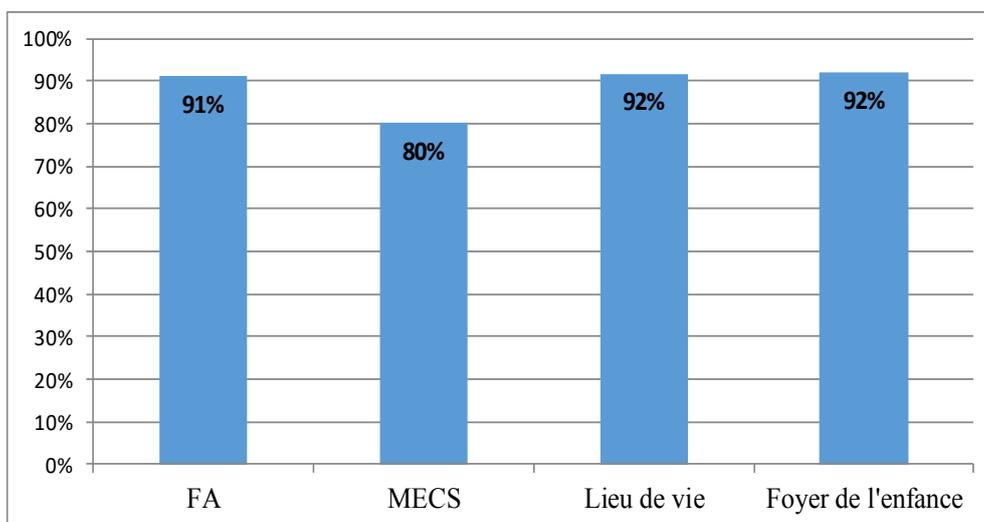
Antécédents	n	Effectif	%
ATCD familiaux	286	137	48%
ATCD personnels			
- médicaux	603	245	41%
- chirurgicaux	614	162	26%
- Asthme/eczéma/bronchiolite	622	76	12%
- Allergies	594	63	11%
Traitement au long cours	634	123	19%
ALD	643	54	8%
Notification MDPH	606	177	29%

Tableau 5 : antécédents personnels et familiaux

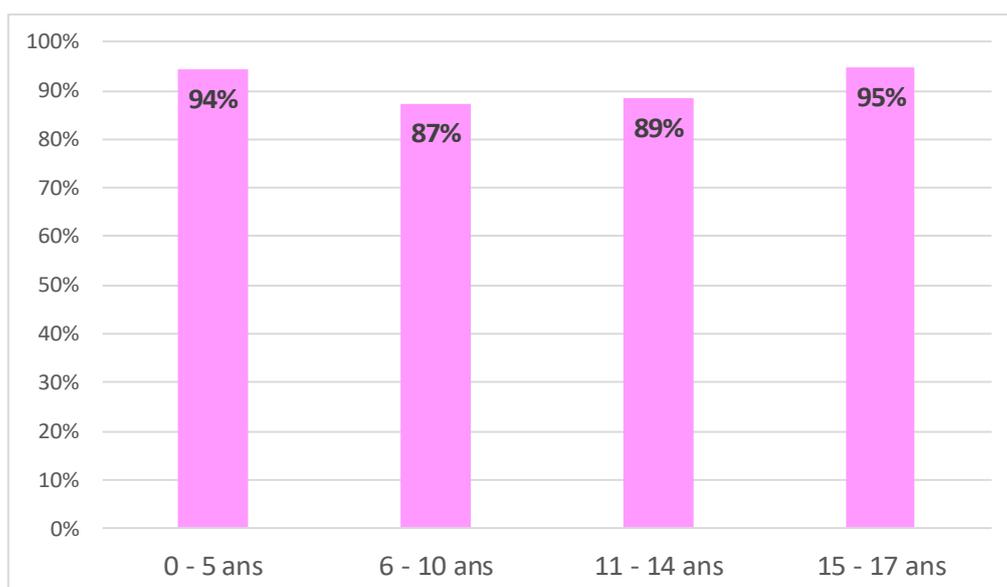
2. Vaccinations

La couverture vaccinale est représentée par les graphiques 9 et 10. Les données étaient manquantes pour 18 enfants. Parmi les enfants dont l'item était renseigné, 91% d'entre eux étaient à jour dans leurs vaccinations. Il n'y avait pas de différence entre les enfants accueillis en famille d'accueil, ceux en lieux de vie et ceux au foyer de l'enfance (91 à 92%). On observe une plus faible proportion de vaccinations à jour en MECS, cependant la couverture vaccinale reste à jour pour 8 enfants sur 10 (Graphique 9). Les taux de vaccination les plus faibles correspondaient aux classes d'âge 6-10 ans (87%) et 11-14 ans (89%) (Graphique 10).

Pour les enfants concernés par les 11 vaccins obligatoires (enfants nés à partir de janvier 2018), les vaccinations étaient en général à jour, il manquait pour onze enfants le vaccin anti-méningocoque ou le ROR mais l'hexavalent était presque toujours à jour.



Graphique 9 : taux de vaccination en fonction du lieu de vie



Graphique 10 : taux de vaccination en fonction de l'âge

3. Hospitalisations récentes / Accidents

77 enfants, soit 12% de la population étudiée, avaient été hospitalisés dans l'année précédant la consultation médicale (Tableau 6). 49 enfants, soit 8%, avaient été victimes d'accidents domestiques ou traumatiques.

	Effectif	%
hospitalisations <12 mois (n=635)	77	12%
accidents (n=625)	49	8%

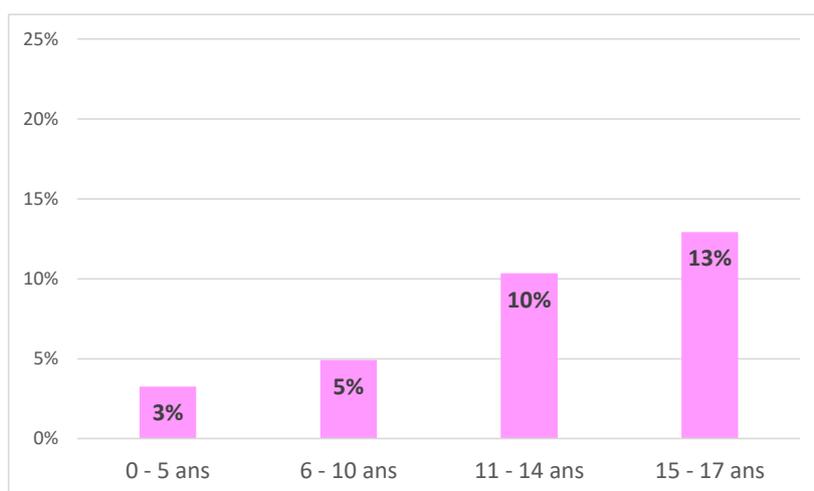
Tableau 6 : proportion d'enfants ayant été hospitalisés dans les 12 derniers mois et ceux ayant été victimes d'accident

Parmi les enfants ayant été hospitalisés dans les 12 derniers mois, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient psychiatriques (43%) : agitation, idées suicidaires, tentatives de suicide, etc. (Tableau 7). Un quart des enfants avaient été hospitalisés pour des problèmes médicaux (crise d'asthme, malaise, déshydratation sur gastro entérite, fièvre notamment), et un enfant sur cinq pour des prises en charge chirurgicales, programmées ou urgentes. Deux enfants avaient été hospitalisés pour suspicion de syndrome du bébé secoué dont un enfant avec hématome sous dural pour lequel le diagnostic a été confirmé. La suspicion de syndrome de bébé secoué est la cause ayant entraîné le placement, ces enfants n'étaient pas encore placés au moment de l'hospitalisation. 18% des 15-17 ans avaient été hospitalisés dans les douze derniers mois, contre 13% des 0-5 ans, 12% des 6-10 ans et 8% des 11-14 ans.

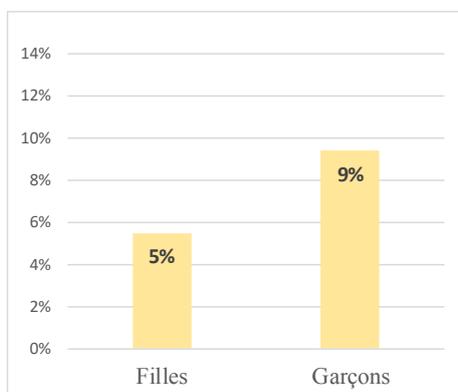
Les accidents étaient représentés en grande majorité par des traumatismes bénins (notamment entorses, contusions, plaies, traumatismes crâniens sans perte de connaissance). À noter quelques fractures et un traumatisme crânien grave avec fracture du rocher. Les enfants les plus touchés par les accidents étaient les 15-17 ans (13%) suivis des 11-14 ans (10%). Seulement 3% des enfants de moins de 5 ans avaient été victimes d'accidents (Graphique 11). Les garçons étaient presque deux fois plus accidentés que les filles, mais la différence est non significative (9% versus 5%, $p=0.07$) (Graphique 12).

Motifs d'hospitalisation dans l'année (n=77)	Effectif	%	% total
Psychiatriques	33	43%	5%
- agitation / crise clastique	17	22%	
- souffrance psychologique / idées suicidaires	7	9%	
- fugue	2	3%	
- anxiété	2	3%	
- tentative de suicide	5	6%	
Médicaux	21	27%	3,2%
- bronchiolite/ crise d'asthme	4	5%	
- malaise	3	4%	
- déshydratation / perte de poids	6	8%	
- douleurs diverses	3	4%	
- suspicion de syndrome du bébé secoué (avant placement)	2	3%	
- syndrome de Silverman	1	1%	
- convulsions	1	1%	
- fièvre	1	1%	
Chirurgicaux (chirurgie programmée ou non)	16	21%	2,5%
Non précisé ou autres	7	9%	1,1%

Tableau 7 : motifs d'hospitalisation chez les enfants ayant été hospitalisés dans les 12 derniers mois



Graphique 11 : proportion des accidents dans les 12 derniers mois par tranche d'âge



Graphique 12 : répartition des accidents dans les 12 derniers mois selon le sexe ($p=0.07$)

4. Examen somatique

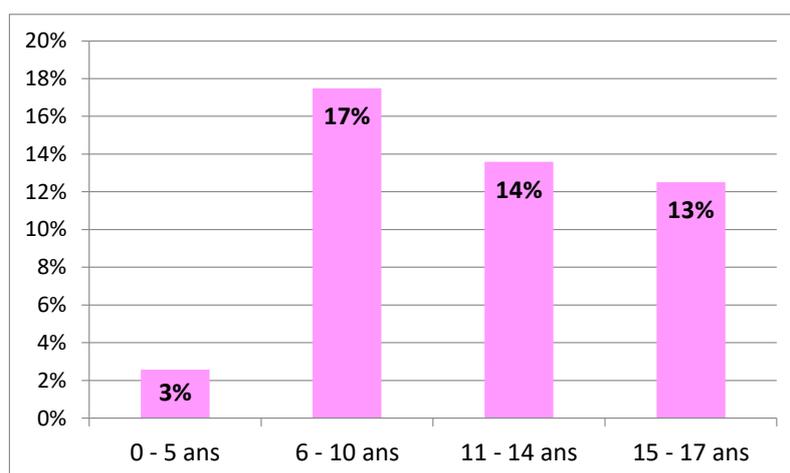
Pour 578 enfants sur 651, soit 89% des enfants, l'examen somatique était considéré comme normal lors de la consultation médicale. Ceux dont l'examen était anormal présentaient essentiellement des problèmes cutanés (poussée d'eczéma, xérose cutanée, etc.) et des troubles orthopédiques (attitude scoliotique, pieds plats, genu varum, etc.). Certains médecins ont considéré l'examen anormal lorsque l'enfant était en surpoids ou obèse, lorsqu'il y avait une gynécomastie ou un phymosis.

5. État bucco- dentaire

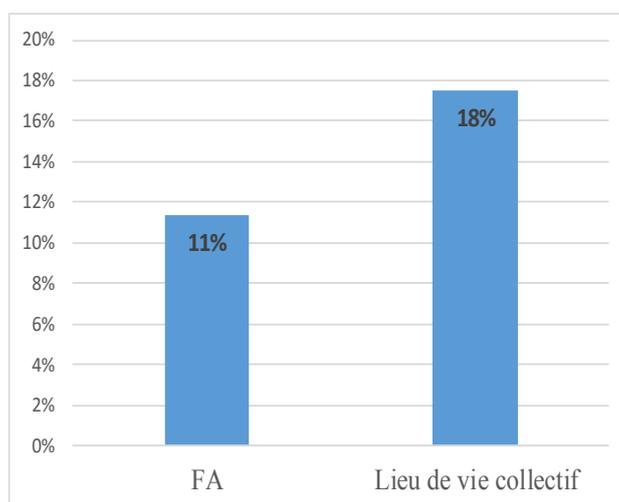
a) Caries

Le taux de non-réponse pour cet item était de 10%. Parmi les enfants pour lesquels cet item était complété, 12% d'entre eux présentaient au moins une carie lors de la consultation, soit 73 enfants sur 588. Les enfants de 6 à 10 ans étaient les plus touchés par la carie dentaire (17%) (Graphique 13). 14% des 11-14 ans et 13% des 15-17 ans présentaient au moins une carie. 3% des 0-5 ans présentaient une carie.

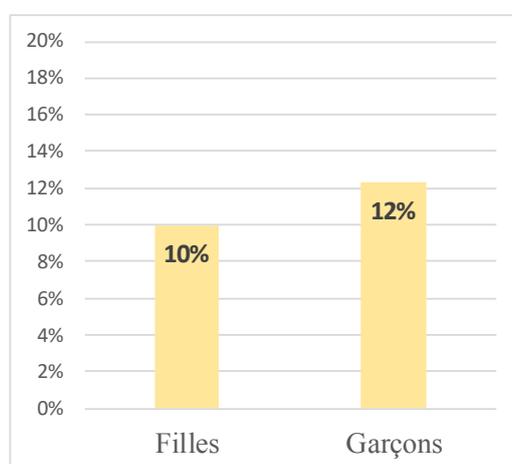
On retrouvait davantage de caries chez les enfants accueillis en lieux de vie collectifs qu'en famille d'accueil sans que la différence soit statistiquement significative (18% vs 11%, $p=0.09$) (Graphique 14). Les caries étaient en effet plus fréquentes en MECS où elles concernaient 19% des enfants, et au foyer de l'enfance où elles concernaient 18% des enfants. Dans notre étude, les garçons étaient légèrement plus touchés que les filles sans réelle différence significative (respectivement 12% et 10%, $p=0.36$) (Graphique 15).



Graphique 13: répartition des enfants atteints de caries par tranche d'âge



Graphique 14 : répartition des enfants atteints de caries en famille d'accueil versus en milieu collectif ($p=0.09$)



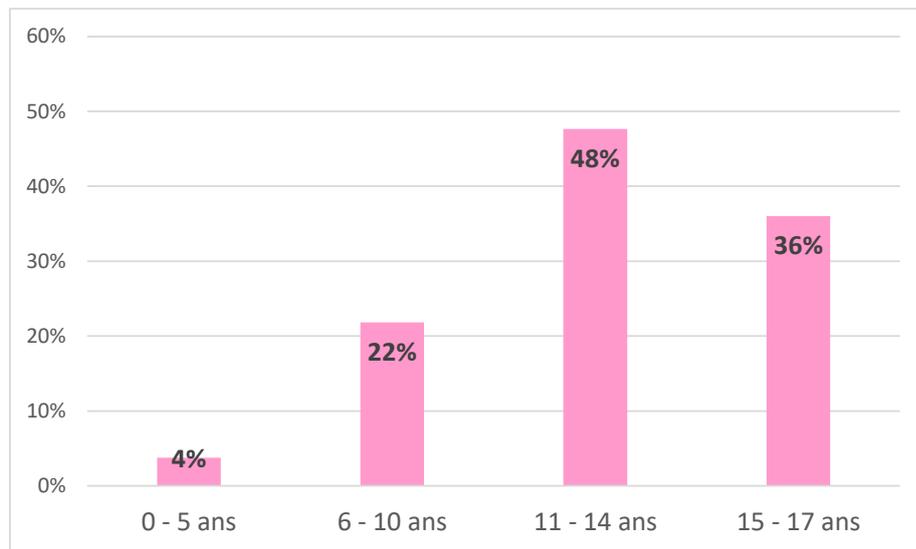
Graphique 15 : répartition des enfants atteints de caries selon le sexe ($p=0.36$)

b) Troubles orthodontiques

Cet item n'a pas été renseigné pour 68 enfants. Parmi les 583 enfants ayant répondu à la question, 173 présentaient un trouble orthodontique, soit 30% des enfants placés (Tableau 8). Dans la tranche d'âge 11-14 ans, près d'un enfant sur deux (48%) était atteint de troubles orthodontiques (Graphique 16).

Troubles orthodontiques (n=583)	Effectif	%
oui	173	30%
non	410	70%

Tableau 8 : proportion d'enfants ayant des troubles orthodontiques



Graphique 16 : proportion d'enfants ayant des troubles orthodontiques par âge

6. IMC

Pour des raisons pratiques, il n'a pas été envisagé de calculer l'IMC des enfants de 0 à 2 ans, les courbes d'IMC étant trop variables pour les premiers mois de vie. Nous avons donc pris en compte uniquement les enfants de plus de 2 ans pour les calculs des troubles de l'IMC. Le poids et/ou la taille n'avaient pas été quantifiés pour 11 enfants lors de la consultation médicale (refus de l'enfant ou impossibilité de prendre l'une des deux mesures), il n'a donc pas été possible de calculer leur IMC. Nous avons considéré quatre catégories d'IMC, à savoir « maigreur » pour un $IMC \leq 18.5$, IMC « normal » entre 18.5 et 25, « surpoids » pour $25 \leq IMC < 30$, et « obésité » pour $IMC \geq 30$. Les normes d'IMC ont été réajustées en fonction de l'âge et du sexe d'après les tableaux de l'IOTF (International Obesity Task Force) selon les valeurs seuils de l'IMC à 18 ans (*Annexes n°7 et 8*).

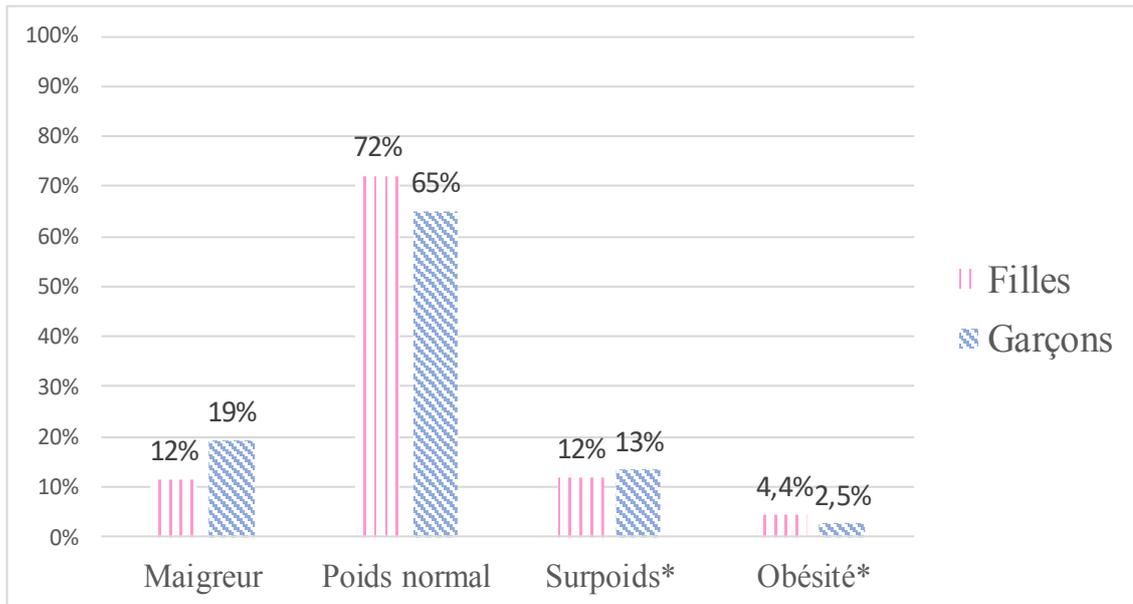
Dans la population étudiée, 68% des enfants, tous âges et sexes confondus, avaient un IMC normal pour l'âge, 16% des enfants se situaient en dessous de $< -2DS$ (maigreur), et 16% présentaient une surcharge pondérale*, dont 3% en situation d'obésité (Tableau 9).

Catégorie d'IMC (n=610)	Effectif	%
Maigreur	95	16%
Poids normal	417	68%
Surpoids*	77	13%
Obésité*	21	3%

* : surcharge pondérale : ensemble des situations de surpoids et obésité

Tableau 9 : différentes catégories d'IMC sans distinction d'âge ou de sexe

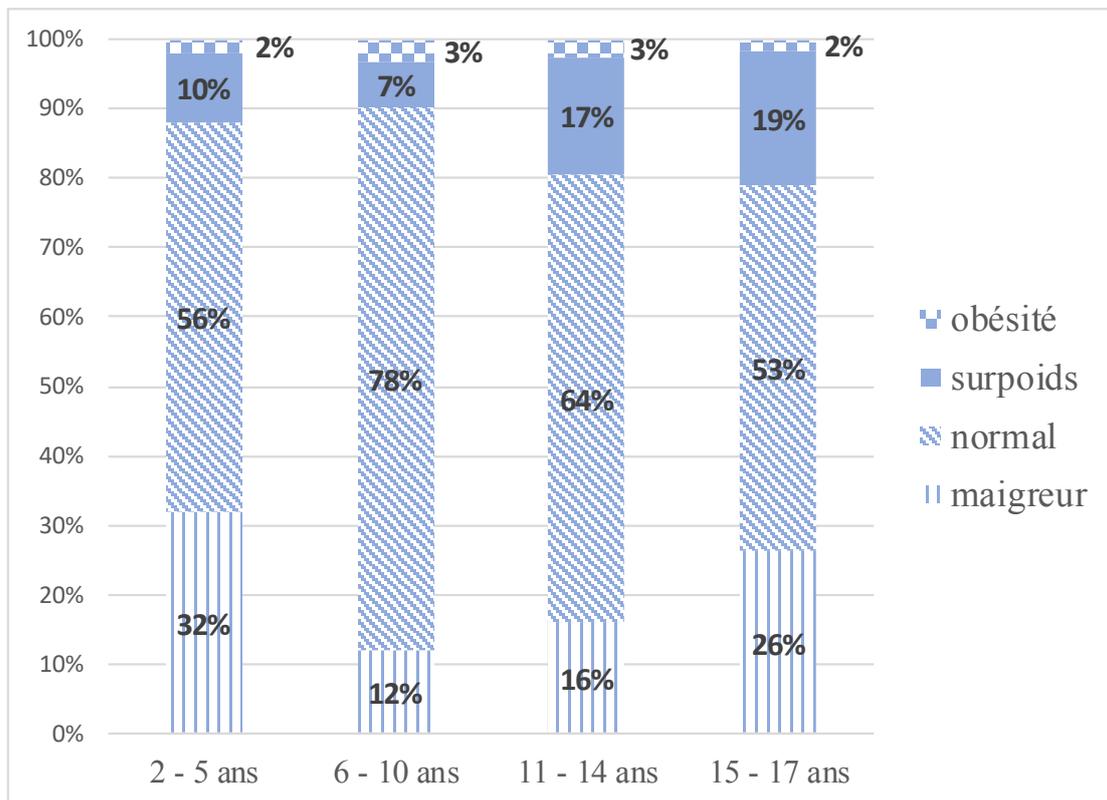
D'après le graphique 17, on observait moins de maigreur chez les filles que chez les garçons, respectivement 12% contre 19%. Il n'y avait pas de différence en fonction du sexe pour le taux de surpoids, alors qu'on observait légèrement plus d'obésité chez les filles (4.5%) que chez les garçons (2.5%).



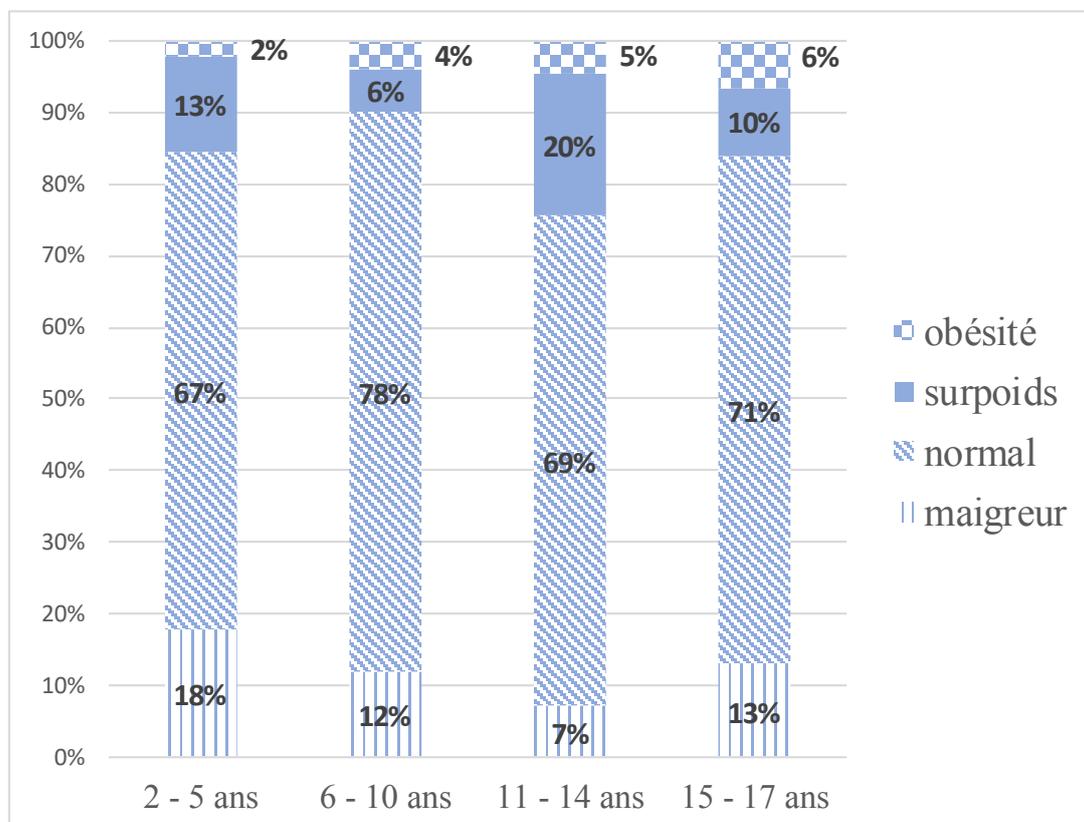
Graphique 17 : répartition des différentes catégories d'IMC selon le sexe

Concernant les garçons (n=316), les 6-10 ans avaient le taux d'IMC normal le plus élevé et le plus faible taux de maigreur et de surcharge pondérale (Graphique 18). On observe plus de maigreur dans la catégorie 2-5 ans et 15-17 ans (respectivement 32% et 26%) que chez les 6-10 ans et 11-14 ans (respectivement 12% et 16%). Le surpoids était plus représenté au-delà de 11 ans. On comptait deux fois plus de surpoids chez les 15-17 ans que chez les 2-5 ans. Il n'y avait pas de différence du taux d'obésité (IMC \geq 30kg/m²) selon la classe d'âge (2 à 3% pour chaque tranche d'âge).

En ce qui concerne les filles (n=294), le taux de maigreur était plus important dans la tranche d'âge 2-5 ans (18%). Dans la catégorie 11-14 ans, 20% des filles soit une fille sur cinq était en surpoids. Contrairement aux garçons, le taux d'obésité augmentait avec l'âge pour atteindre 6% chez les 15-17 ans (Graphique 19).



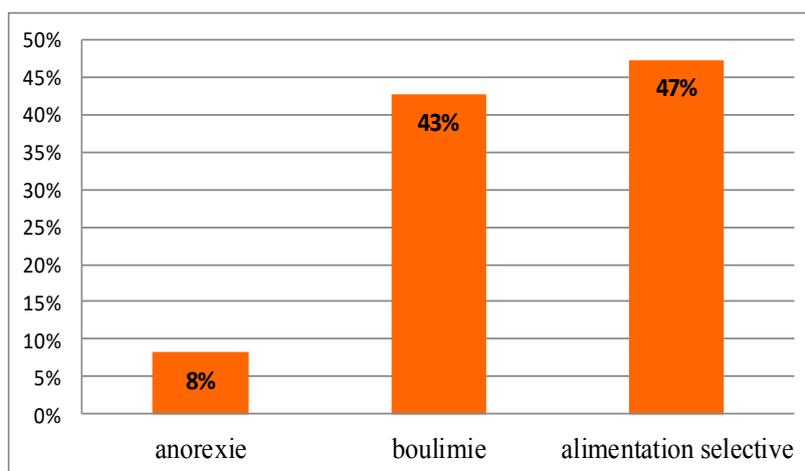
Graphique 18 : répartition des troubles de l'IMC chez les garçons de plus de 2 ans par tranche d'âge



Graphique 19 : répartition des troubles de l'IMC chez les filles de plus de 2 ans par tranche d'âge

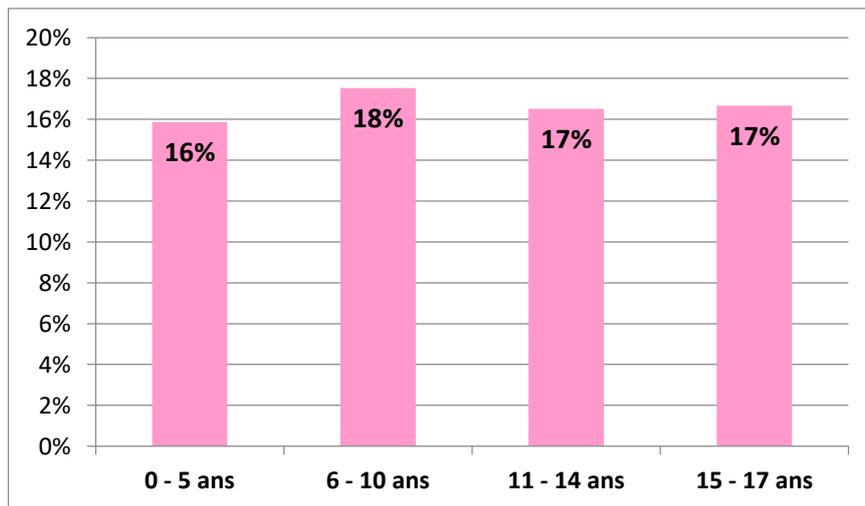
7. Troubles alimentaires

On observait des troubles alimentaires chez 108 enfants (n=646), soit 17% de notre population étudiée. Parmi ces 108 enfants, les troubles des conduites alimentaires se répartissaient ainsi (Graphique 20) : le trouble le plus fréquemment retrouvé était l'alimentation sélective qui représentait 47% des troubles alimentaires, suivi du trouble de type « boulimie » avec 43%, et de 8% d' « anorexie ». Sur l'ensemble des enfants placés en Vendée, 1% des enfants avaient une tendance anorexique sans différence liée au sexe (4 filles et 5 garçons), le taux de boulimie atteignait 7% avec une prédominance chez les garçons (27 garçons et 19 filles) et enfin 8% des enfants placés étaient touchés par un trouble des conduites alimentaires de type « alimentation sélective », de façon plus fréquente chez les filles (30 filles et 21 garçons).

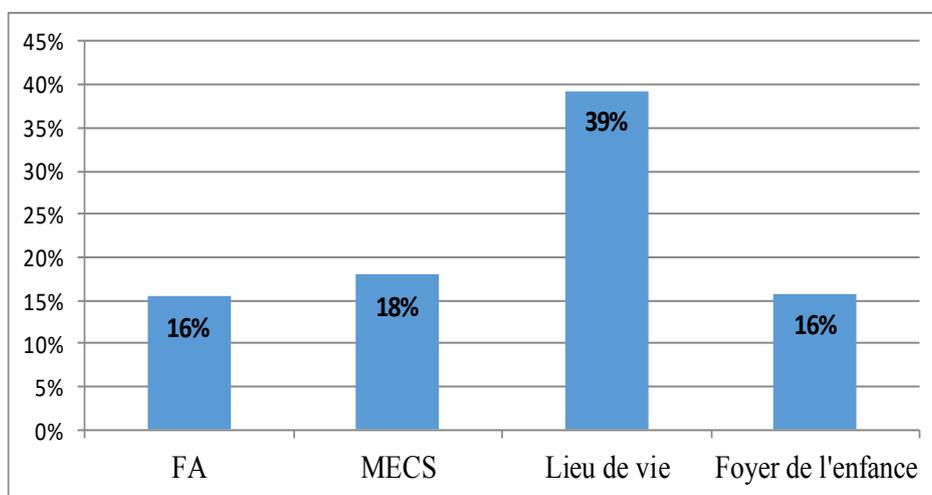


Graphique 20 : répartition des troubles alimentaires : anorexie, boulimie, alimentation sélective, parmi les 108 enfants concernés par les troubles alimentaires

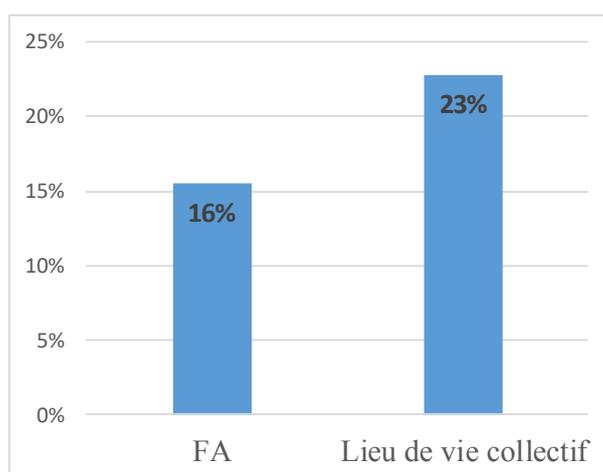
Dans notre population, aucune différence selon les classes d'âge n'a été constatée au sujet des troubles alimentaires. Dans chaque classe d'âge, 16 à 18% des enfants présentaient des troubles alimentaires ($p=0.68$) (Graphique 21). En revanche, on remarque une sur-représentation des troubles alimentaires dans les lieux de vie (39%) alors qu'il n'y a pas de différence que l'enfant soit accueilli en famille d'accueil (16%), en MECS (18%) ou au foyer de l'enfance (16%) (Graphique 22). En accueil collectif, les enfants placés présentaient donc davantage de troubles alimentaires qu'en famille d'accueil (23% contre 16%, $p=0.06$) (Graphique 23).



Graphique 21 : proportion des troubles alimentaires en fonction de l'âge ($p=0.68$)



Graphique 22 : proportion des troubles alimentaires en fonction du lieu de vie



Graphique 23 : proportion des troubles alimentaires en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif ($p=0.06$)

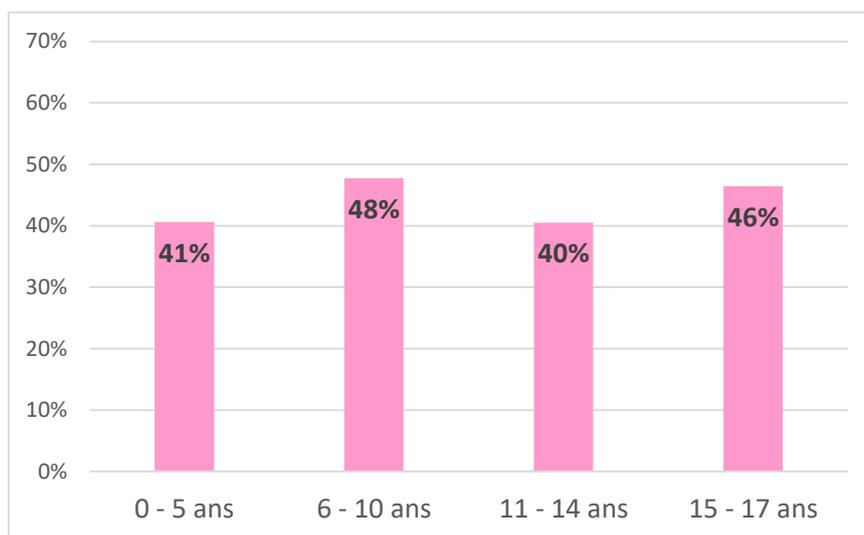
8. Vision

Dans notre étude, 150 enfants n'avaient pas bénéficié d'un dépistage de troubles de la vision au cours de la consultation, soit près d'un quart des enfants. La vision n'avait pas été testée pour 18% des enfants de moins de 6 ans et pour 25% des plus de 6 ans.

Parmi ceux ayant été testés, soit 501, 44% des enfants avaient des troubles de la vision. Par ailleurs, 62% des enfants pour lesquels l'item a été renseigné avaient un suivi ophtalmologique régulier, dont 14% des moins de 6 ans et 48% des plus de 6 ans (Tableau 10). Il n'y avait pas de différence significative concernant les troubles de la vision selon les différentes classes d'âge (40% à 48%, $p=0.65$) (Graphique 24).

Vision	Effectif	%
Troubles de la vision (n=501)	219	44%
Suivi ophtalmo (n=635)	392	62%
dont suivi \leq 6 ans	86	14%
dont suivi $>$ 6 ans	306	48%
Non testée (n=651)	150	23%
dont non testée \leq 6 ans	33	18%
dont non testée $>$ 6 ans	117	25%

Tableau 10 : proportion d'enfants ayant des troubles de la vision et ceux suivis en ophtalmologie



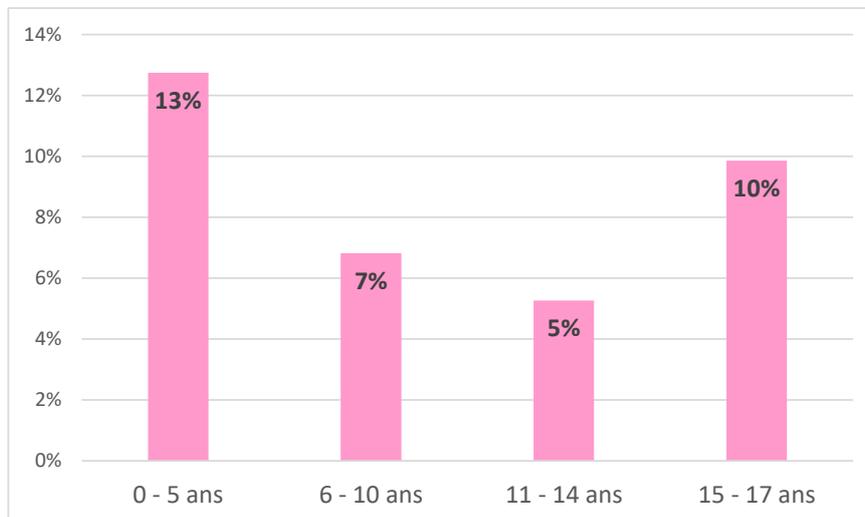
Graphique 24 : proportion d'enfants ayant des troubles de la vision en fonction de l'âge ($p=0.65$)

9. Audition

232 enfants n'avaient pas eu de test auditif au cours de la consultation. Parmi ceux testés, soit 419 enfants, 8% présentaient des troubles de l'audition. Par ailleurs, parmi ceux dont l'item a été rempli, 8% étaient suivis par un ORL (Tableau 11). Or, ceux pour lesquels l'audition était anormale n'étaient pas forcément ceux suivis en ORL (seulement la moitié de ces enfants étaient suivis). Les enfants de 0 à 5 ans étaient les plus affectés par des problèmes d'audition (13%) alors que dans les autres catégories d'âge, moins d'un enfant sur dix était concerné par des troubles auditifs (Graphique 25). Cependant, la différence de troubles auditifs observée selon les différentes classes d'âge n'était pas significative ($p=0.22$).

Audition	Effectif	%
Troubles de l'audition (n=419)	35	8%
Suivi ORL (n=598)	50	8%
dont suivi \leq 6 ans	23	4%
dont suivi $>$ 6 ans	27	5%
Non testée (n=651)	232	36%
dont non testée \leq 6 ans	36	20%
dont non testée $>$ 6 ans	196	42%

Tableau 11 : proportion d'enfants ayant des troubles de l'audition et ceux suivi en ORL



Graphique 25 : proportion d'enfants ayant des troubles de l'audition en fonction de l'âge ($p=0.22$)

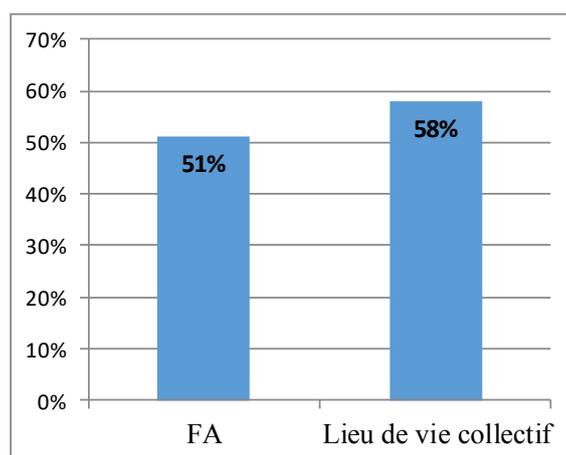
C. Santé psychique

1. Troubles du comportement ou difficultés psychologiques

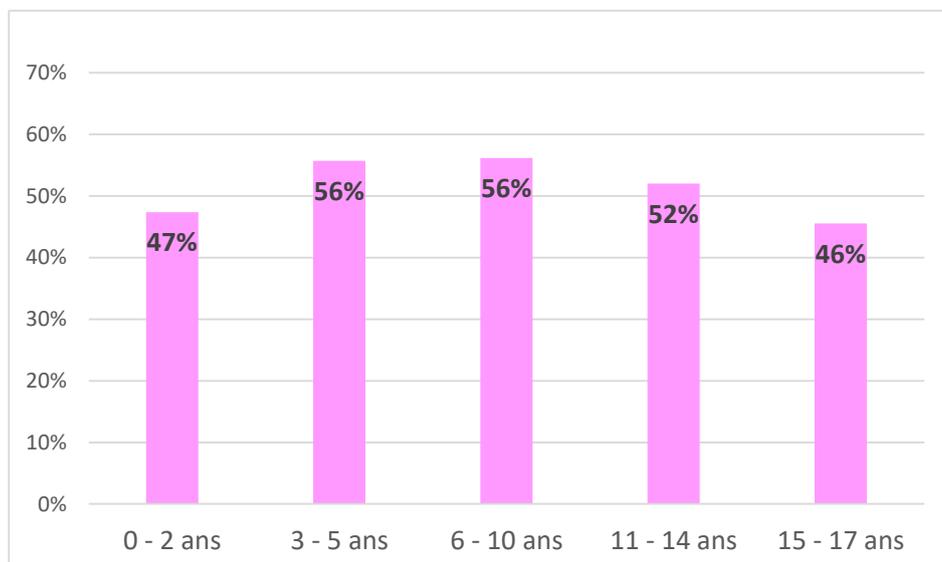
Plus d'un enfant sur deux (51%) était concerné par des troubles du comportement ou des difficultés psychologiques. Ils étaient plus touchés lorsqu'ils étaient accueillis en lieu de vie collectif qu'en famille d'accueil, mais de manière non significative (58% versus 51%, $p=0.21$) (Graphique 26).

Les troubles du comportement les plus fréquemment décrits étaient principalement des problèmes d'intolérance à la frustration, de colères, des phénomènes d'auto et hétéro-agressivité (par exemple, il était mentionné qu'un enfant de 3 ans « a menacé son assistante familiale avec un couteau »), d'impulsivité ou de violence envers les autres enfants ou les adultes, des troubles de l'attachement (une enfant exprimait qu'elle avait « peur qu'on la perde ou qu'on l'oublie quelque part »), des difficultés dans la gestion des émotions. Il était évoqué pour certains enfants des phénomènes de régression notamment pour la propreté, des phénomènes d'énurésie ou encoprésie en lien avec la frustration voire des plaintes somatiques répétées liées à des manifestations d'angoisses. Certains adolescents se mettaient également en danger par leurs conduites compulsives ou sexuelles à risque.

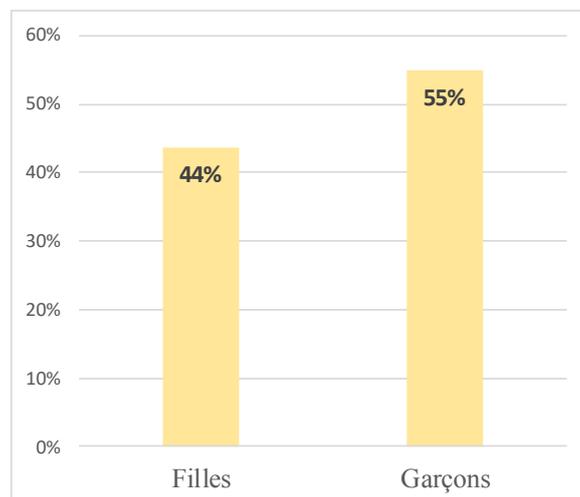
On retrouvait peu de différence selon l'âge ($p=0.31$), les enfants de 3 à 14 ans étaient un peu plus sujets aux troubles du comportement ou aux difficultés psychologiques (52 à 56%) contre 46% à 47% pour les enfants en bas âge et les 15-17 ans (Graphique 27). En revanche, les garçons étaient significativement plus sujets aux troubles du comportement et/ou aux difficultés psychologiques que les filles (respectivement 55% contre 44%, $p=0.005$) (Graphique 28).



Graphique 26 : proportion d'enfants ayant des troubles du comportement en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif ($p=0.21$)



Graphique 27 : proportion d'enfants ayant des troubles du comportement ou des difficultés psychologiques en fonction de l'âge ($p=0.31$)



Graphique 28 : proportion d'enfants ayant des troubles du comportement ou des difficultés psychologiques selon le sexe ($p=0.005$)

2. Suivi psychologique, pédopsychiatrique, psychomotricité

Au total, 54% des enfants avaient un suivi sur le plan psychique, qu'il soit psychologique, pédopsychiatrique ou psychomoteur ou associant plusieurs modalités de suivi. 46% des enfants de notre population ne bénéficiaient d'aucun suivi sur le plan psychique.

D'après la figure 1 :

- 46% des enfants placés bénéficiaient d'un suivi psychologique : 24% en suivi psychologique seul, 12% associaient un suivi psychologique et pédopsychiatrique, et 5% avaient un suivi psychologique et psychomoteur
- 22% de la population étudiée bénéficiaient d'un suivi pédopsychiatrique dont 4% en suivi pédopsychiatrique seul, et 1% en suivi pédopsychiatrique et psychomoteur

- 14% des enfants placés bénéficiaient d'un suivi en psychomotricité
- En tout, 5% de l'ensemble de la population étudiée bénéficiaient d'un suivi triple : psychologique, pédopsychiatrique et psychomoteur.

Autrement dit, parmi les enfants ayant un suivi psychique, 31% étaient suivis par un seul professionnel (psychologue, pédopsychiatre ou psychomotricien), 18% avaient un double suivi et 5% avaient un triple suivi.

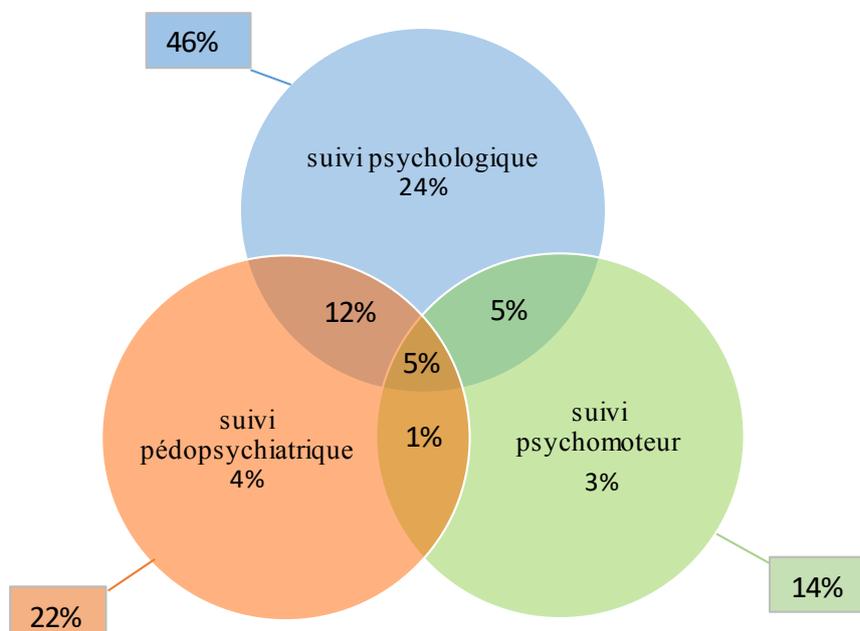


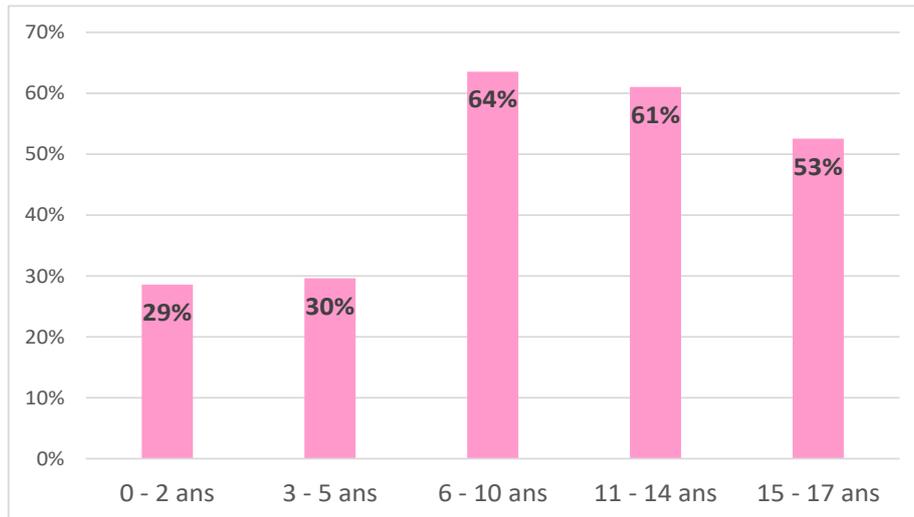
Figure 1 : proportion d'enfants ayant un suivi sur le plan psychique : psychologique et/ou pédopsychiatrique et/ou psychomoteur

On constate que l'âge influençait le suivi psychique de façon significative ($p=0.0002$). En effet, les enfants de plus de 6 ans étaient dans l'ensemble deux fois plus suivis sur le plan psychique que les enfants en bas âge (Graphique 29). Il n'y avait en revanche pas de différence en termes de suivi psychique selon le lieu de vie (54% en FA versus 57% en lieu de vie collectif, $p=0.56$) (Graphique 30).

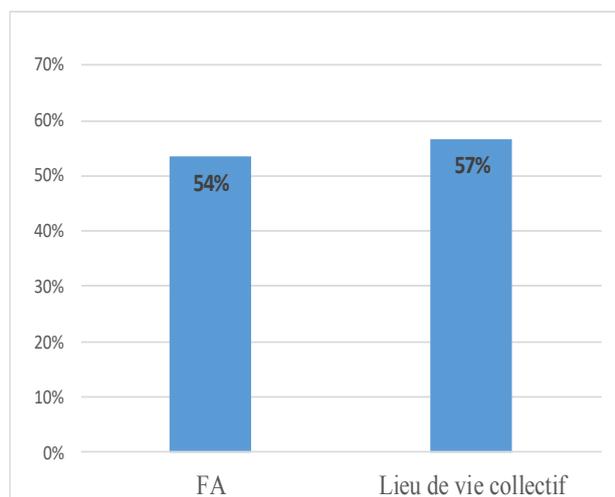
En ce qui concerne le suivi psychologique selon les différentes catégories d'âge, 55% des enfants de 6 à 14 ans bénéficiaient d'une prise en charge par un psychologue ; 42% des enfants de 15-17 ans et 21% des enfants de 3 à 5 ans. 12% des enfants de 0 à 2 ans étaient suivis par un psychologue. On observait donc une différence significative du suivi psychologique selon l'âge ($p<0.0001$).

On retrouve une similitude pour le suivi pédopsychiatrique selon l'âge. Les enfants de plus de 6 ans étaient davantage suivis que les moins de 6 ans, mais la différence était moins importante que pour le suivi psychologique. 26% des enfants de 6-10 ans et 25% des 15-17 ans étaient suivis en pédopsychiatrie contre 12% des 3-5 ans et 17% des 0-2 ans. La différence de suivi pédopsychiatrique observée selon l'âge n'était cependant pas significative ($p=0.11$).

Quant au suivi psychomoteur, il concernait principalement les 0-2 ans et les 6-10 ans (19% pour chacune de ces deux catégories d'âge). À l'inverse du suivi psychologique et pédopsychiatrique, très peu d'enfants de plus de 11 ans bénéficiaient d'une prise en charge en psychomotricité. L'âge avait une influence proche de la significativité sur le suivi psychomoteur ($p=0.07$).



Graphique 29 : proportion d'enfants ayant un suivi sur le plan psychique : psychologique ou pédopsychiatrique ou psychomoteur selon l'âge (p=0.0002)



Graphique 30 : proportion d'enfants suivis par un psychologue et/ou un pédopsychiatre et/ou un psychomotricien, en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif (p=0.56)

Tous ces suivis psychologiques, pédopsychiatriques et psychomoteurs s'effectuaient dans différents centres dédiés, à savoir les CAMPS, SESSAD, CMP, CMPP, hôpitaux de jour ou parfois en cabinet libéral. La plupart des enfants ayant des difficultés psychologiques étaient suivis en CMP (33%), 9% étaient suivis au SESSAD, et 4% au CAMPS et 3% en CMPP (Tableau 12). Les enfants non suivis au sein de ces structures mais bénéficiant d'un suivi sur le plan psychique étaient en général suivis soit par la psychologue de l'ASE (les détails se trouvent dans le paragraphe suivant), soit en hôpital de jour.

Suivi (n=357)	Effectif	%
CAMPS	15	4%
SESSAD	32	9%
CMP	118	33%
CMPP	11	3%
Autre (psy ASE, hôpital de jour, etc)	181	51%

Tableau 12 : nombre d'enfants suivis au CAMPS, SESSAD, CMP ou CMPP

3. Consultation avec la psychologue de l'ASE

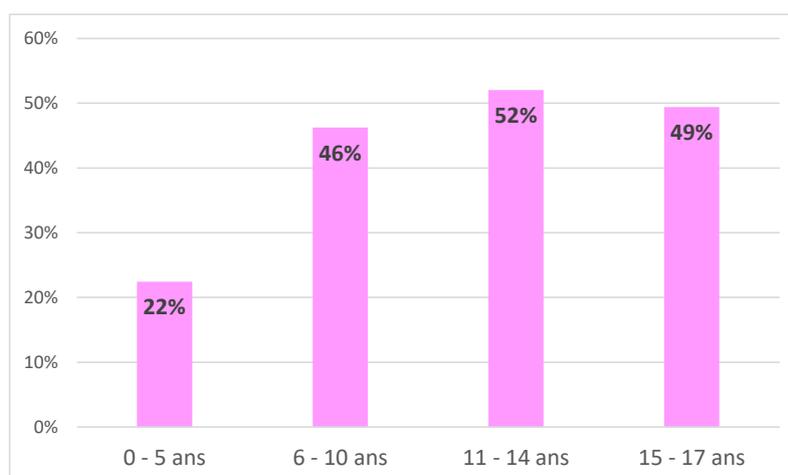
236 enfants sur 538, soit 44% des enfants confiés à l'ASE avaient été vus en consultation par la psychologue de l'ASE dans les douze mois précédents (Tableau 13). L'information n'avait pas été renseignée pour 113 enfants.

22% des enfants en bas âge avaient bénéficié d'au moins une consultation par la psychologue de l'ASE dans l'année précédente alors que 49% des plus de 6 ans avaient été vus par la psychologue de l'ASE. On observait ainsi une différence significative selon l'âge ($p < 0.0001$) (Graphique 31).

Par ailleurs, parmi les enfants n'ayant aucun suivi sur le plan psychique ($n=294$), 75 d'entre eux avaient été vus au moins une fois en consultation par la psychologue de l'ASE. Finalement, 66% des enfants placés avaient bénéficié d'une évaluation de leur santé psychique dans les douze derniers mois, que ce soit un suivi régulier (357 enfants) ou une consultation ponctuelle par la psychologue de l'ASE (75 enfants).

Consultation psychologue ASE (n=538)	Effectif	%
oui	236	44%
non	302	56%

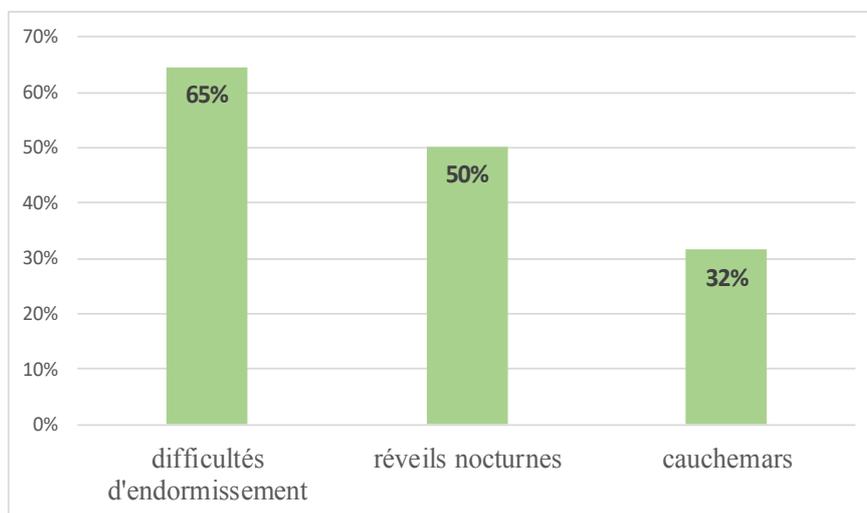
Tableau 13 : proportion d'enfants ayant bénéficié d'une consultation avec la psychologue de l'ASE dans les 12 derniers mois



Graphique 31 : proportion d'enfants ayant bénéficié d'une consultation avec la psychologue de l'ASE dans les 12 derniers mois en fonction de l'âge ($p < 0.0001$)

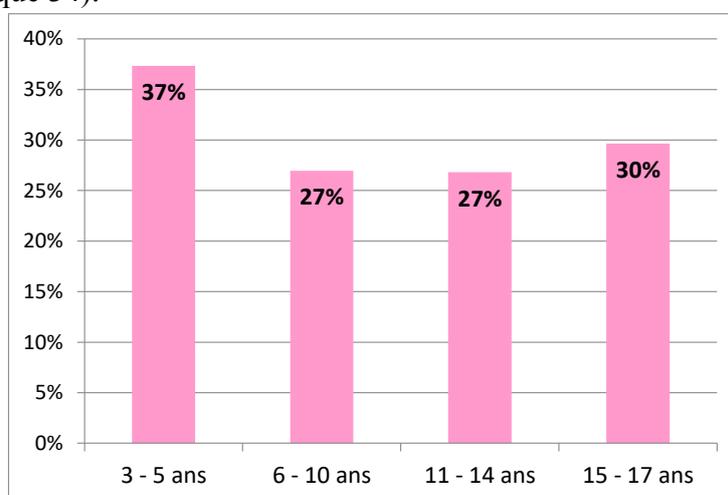
4. Troubles du sommeil

On observait des troubles du sommeil chez 187 enfants (n=644), soit 29% de la population étudiée. Parmi ces 187 enfants, 65% avaient des difficultés d'endormissement, 50% se réveillaient la nuit, et 32% faisaient des cauchemars (Graphique 32). Certains enfants cumulaient plusieurs types de troubles du sommeil.

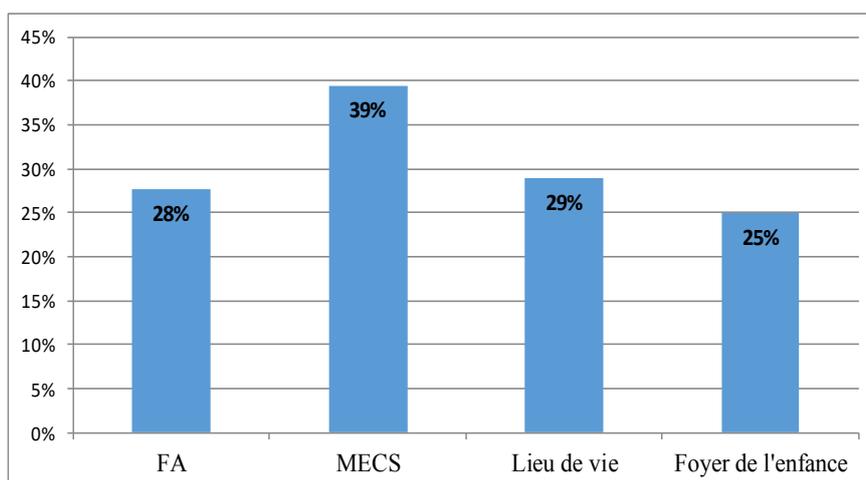


Graphique 32 : répartition des troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars

Les enfants de 0 à 2 ans ont été exclus de l'analyse des troubles du sommeil, les troubles du sommeil à cet âge-là étant considérés comme physiologiques donc non interprétables. Les troubles du sommeil concernaient le plus souvent les enfants en bas âge (37%) alors que dans les autres catégories d'âge, 27 à 30% des enfants étaient touchés (Graphique 33). Cette différence des troubles du sommeil observée selon l'âge n'était cependant pas significative ($p=0.28$). On observait peu de différence en fonction du lieu de vie (28% en FA contre 31% en milieu collectif, $p=0.22$), sauf en MECS où près de 40% des enfants avaient un sommeil perturbé alors que 25 à 29% des enfants étaient concernés par ce trouble dans les autres lieux d'accueil (Graphique 34).



Graphique 33 : proportion d'enfants de plus de 3 ans ayant des troubles du sommeil selon l'âge ($p=0.28$)



Graphique 34 : proportion d'enfants de plus de 3 ans ayant des troubles du sommeil selon le lieu de vie ($p=0.22$)

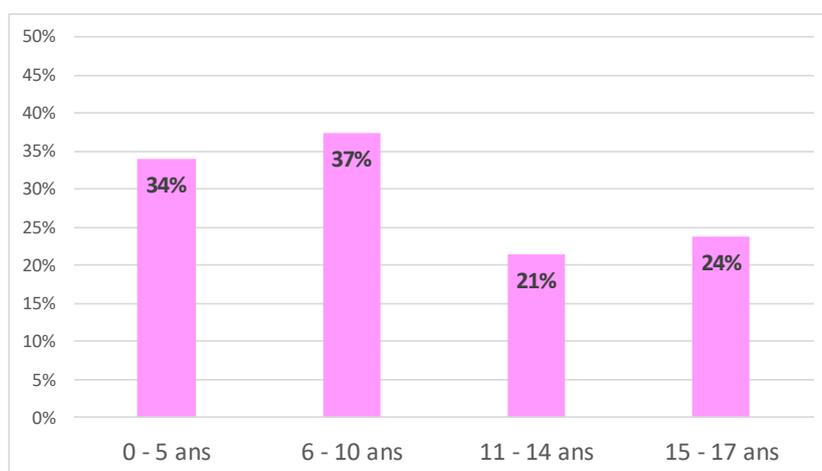
D. Retard des acquisitions / Handicap

1. Troubles du langage écrit/oral

185 enfants sur 638 présentaient un trouble du langage écrit ou oral, soit 29% de la population étudiée (Tableau 14). Il n'était pas précisé dans la fiche de consultation s'il s'agissait d'un trouble oral ou écrit, ni de quel type de trouble il s'agissait. On constate une différence significative selon l'âge ($p=0.01$), les enfants de moins de 10 ans étaient les plus sujets aux troubles du langage (37% des 6-10 ans et 34% des 0-5 ans) alors qu'au-delà de 10 ans, 21% des 11-14 ans et 24% des 15-17 ans étaient concernés (Graphique 35).

Troubles du langage (n=638)	Effectif	%
oui	185	29%
non	453	71%

Tableau 14 : proportion d'enfants ayant des troubles du langage écrit ou oral



Graphique 35 : proportion d'enfants ayant des troubles du langage écrit ou oral en fonction de l'âge

2. Troubles « dys »

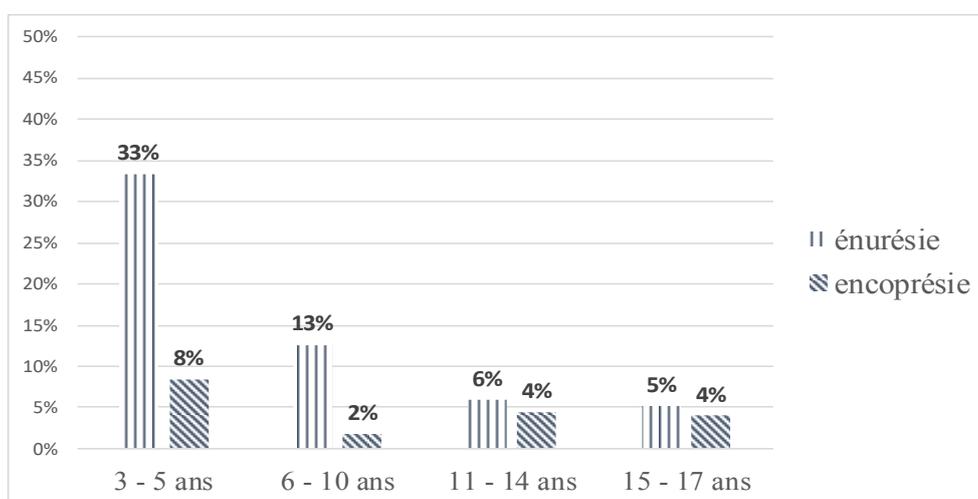
Pour ce qui est des troubles « dys » (tous troubles « dys » confondus), 33 enfants étaient étiquetés « dys », soit 6% de la population étudiée. Cet item n'a pas été rempli pour 141 d'entre eux. La question posée était globale, il n'est donc pas possible de préciser de quel trouble « dys » chaque enfant souffrait (dyslexie, dysgraphie, dyspraxie, dysorthographe, dyscalculie, etc.).

3. Troubles de l'apprentissage de la propreté

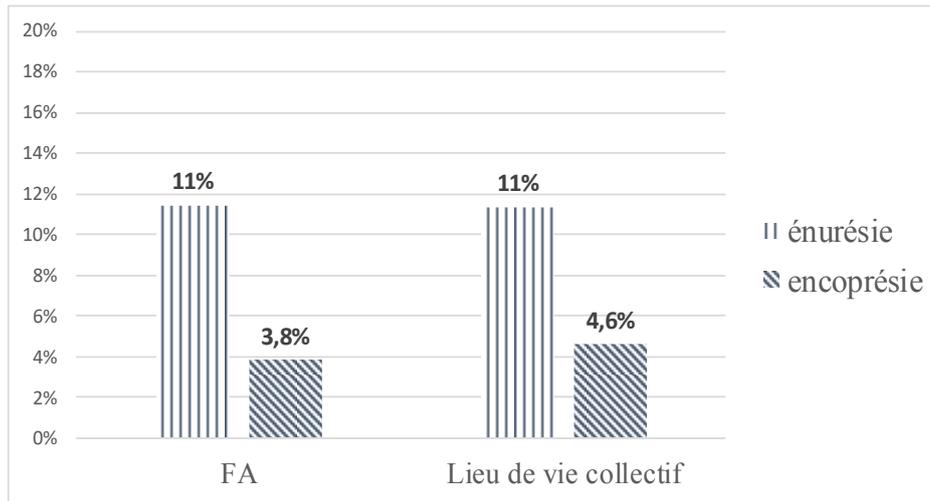
Seuls les enfants à partir de 3 ans ont été pris en compte dans l'analyse des questions à propos de l'énurésie et de l'encoprésie, étant donné que la propreté n'est en général pas acquise ou en cours d'acquisition chez les 0-2 ans. Il n'était pas précisé dans notre question s'il agissait d'un trouble diurne ou nocturne.

11% des enfants de plus de 3 ans dans notre étude étaient concernés par des problèmes d'énurésie, toutes classes d'âges confondues. Cet item n'avait pas été renseigné pour 19 enfants. On constate que le taux d'énurésie diminuait significativement avec l'âge ($p < 0.0001$) (Graphique 36). 33% des enfants de 3 à 5 ans présentaient des problèmes d'énurésie, contre 13% des enfants de 6 à 10 ans et 5 à 6% des enfants de plus de 11 ans. Il n'y avait aucune différence du taux d'énurésie selon le lieu de vie ($p = 0.98$) (Graphique 37). Les garçons étaient davantage concernés par l'énurésie que les filles sans différence significative (respectivement 12% et 9%, $p = 0.16$) (Graphique 38).

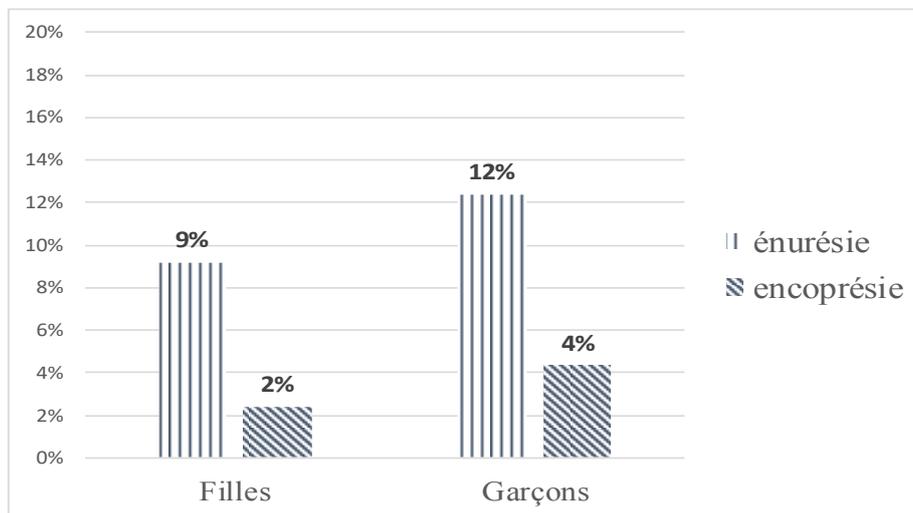
Quant à l'encoprésie, 4% des enfants de 3 ans ou plus en souffraient, toutes tranches d'âges confondues. Cet item n'avait pas été complété pour 77 enfants. 8% des enfants de 3 à 5 ans étaient concernés, contre 2% des 6-10 ans. Pour chaque tranche d'âge au-delà de 11 ans, 4% des jeunes étaient concernés. (Graphique 36). La différence retrouvée selon les différentes classes d'âge n'était pas statistiquement significative ($p = 0.63$). Il n'y avait pas d'influence du lieu de vie sur le taux d'encoprésie (respectivement 3.8% en famille d'accueil et 4.6% en lieu de vie collectif, $p = 0.73$) (Graphique 37). Dans notre population, les garçons étaient deux fois plus touchés que les filles mais la différence n'était pas significative ($p = 0.15$) (Graphique 38).



Graphique 36 : proportion d'énurésie et d'encoprésie chez les enfants de plus de 3 ans en fonction de l'âge (énurésie : $p < 0.0001$; encoprésie : $p = 0.63$)



Graphique 37 : proportion d'énurésie et d'encoprésie chez les enfants de plus de 3 ans selon le lieu de placement (énurésie : $p=0.98$; encoprésie : $p=0.73$)



Graphique 38 : proportion d'énurésie et d'encoprésie chez les enfants de plus de 3 ans selon le sexe (énurésie : $p=0.16$; encoprésie : $p=0.15$)

4. Prise en charge rééducative

Parmi les 651 enfants de l'étude, 16% des enfants avaient une prise en charge orthophonique régulière, 3% étaient en cours de rééducation orthoptique et 2% avaient une prise en charge par un kinésithérapeute (Tableau 15).

Prise en charge rééducative (n=651)	Effectif	%
orthophonie	104	16%
orthoptiste	19	3%
kinésithérapie	13	2%

Tableau 15 : nombre d'enfants ayant une prise en charge rééducative : orthophonie, orthoptiste, kinésithérapie

E. Mode de vie

1. Scolarisation

Pour l’item concernant la scolarisation, les enfants de 0 à 2 ans ont été exclus de l’analyse, n’étant pas scolarisés à cet âge. Dans notre population, 606 enfants étaient en âge d’être scolarisés.

Le RASED (Réseau d’Aides Spécialisées aux Élèves en Difficultés), constitué d’un psychologue scolaire, d’enseignants spécialisés et de rééducateurs, est un dispositif d’accompagnement des élèves en difficultés scolarisés en maternelle ou en primaire, il s’adresse donc à des élèves de 3 à 12 ans (n=384 dans notre population).

a) En milieu ordinaire

D’après le tableau 16, 1% des enfants en âge d’être scolarisés bénéficiaient d’un PAI – Projet d’Accueil Individualisé – (pour la plupart d’entre eux, il s’agissait de problèmes de santé type asthme ou allergie alimentaire). Cependant, les données recueillies étaient insuffisantes pour apprécier le nombre réel d’enfants bénéficiant d’un PAI ; cela ne signifie donc pas qu’ils n’existaient pas en pratique. Par ailleurs, 1% des enfants scolarisés en pré élémentaire ou en élémentaire étaient pris en charge par le RASED. 29 enfants en âge d’être scolarisés au collège (29 enfants sur 252 enfants de 11 à 15 ans) avaient une orientation SEGPA (Section d’Enseignement Général et Professionnel Adapté), soit 12% des collégiens.

Scolarisation	Effectif	%
PAI (n=606)	7	1%
RASED (n=384)	4	1%
SEGPA (n=252)	29	12%

Tableau 16 : proportion d’enfants en âge d’être scolarisés bénéficiant d’un PAI, d’une prise en charge par le RASED ou d’une orientation SEGPA

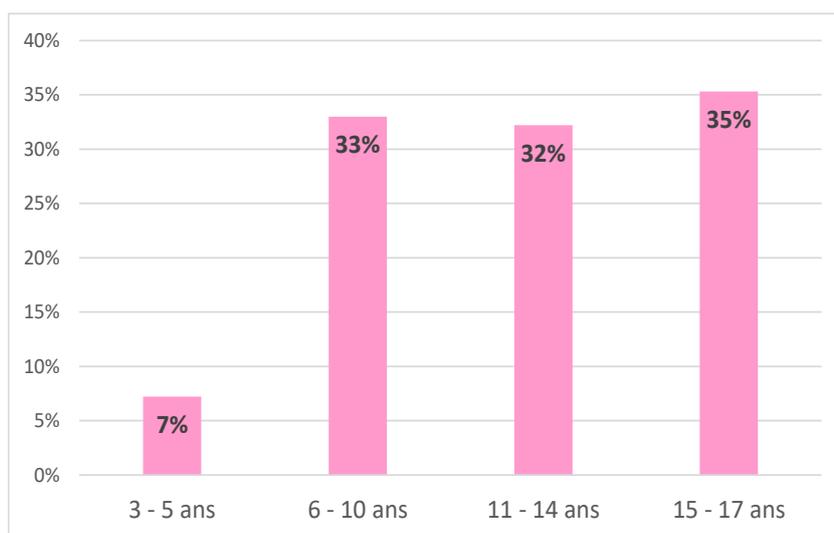
b) En milieu spécialisé

177 enfants sur 606 en âge d’être scolarisés bénéficiaient d’une notification MDPH, soit 29% d’entre eux (Tableau 17). Les différents types de notification MDPH sont indiqués dans le tableau 16.

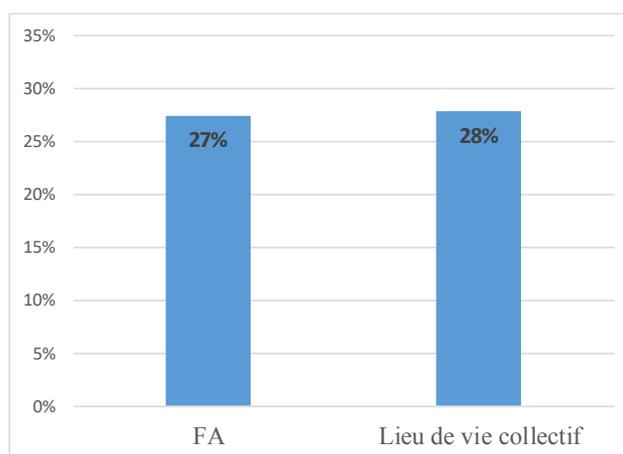
Les enfants scolarisés en maternelle ne bénéficiaient que très peu d’une notification MDPH (7%) alors qu’au-delà de 6 ans, 32% à 35% des enfants de chaque tranche d’âge bénéficiaient d’une notification MDPH (Graphique 39). L’âge avait donc une influence significative sur le taux de notification MDPH ($p < 0.001$). On n’observait pas de différence du taux de notification MDPH selon le lieu de placement de l’enfant (27% en FA contre 28% en lieu de vie collectif, $p = 0.92$) (Graphique 40). En revanche, il existait une différence significative du taux de notification MDPH selon le sexe : 21% des filles bénéficiaient d’une notification MDPH contre 36% des garçons ($p < 0.001$) (Graphique 41).

Notification MDPH (n=606)	Effectif	%
Notification MDPH	177	29%
AVS	35	6%
- AVS-i	17	3%
- AVS-m	18	3%
SESSAD	32	5%
ITEP	20	3%
ULIS	45	7%
IME	47	8%

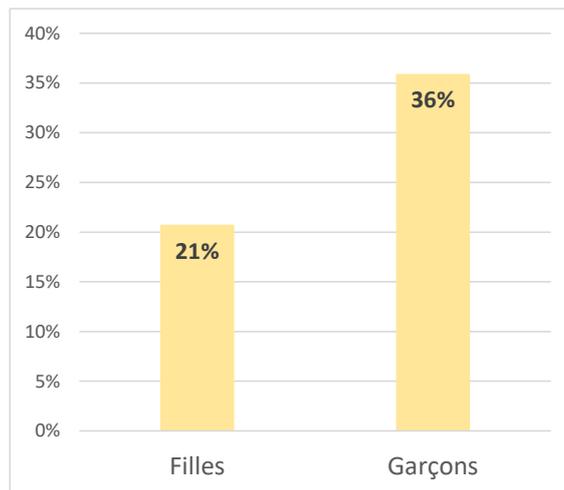
Tableau 17 : proportion d'enfants en âge d'être scolarisés bénéficiant d'une notification MDPH par type : ITEP, ULIS, IME, AVS, SESSAD



Graphique 39 : proportion d'enfants de plus de 2 ans ayant une notification MDPH selon l'âge ($p < 0.001$)



Graphique 40 : proportion d'enfants ayant une notification MDPH en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif ($p = 0.92$)

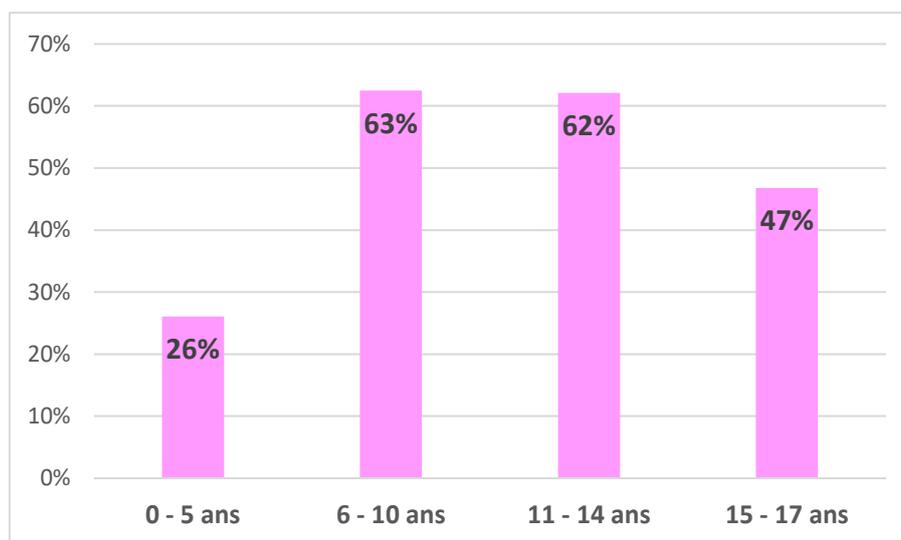


Graphique 41 : proportion d'enfants ayant une notification MDPH selon le sexe ($p < 0.001$)

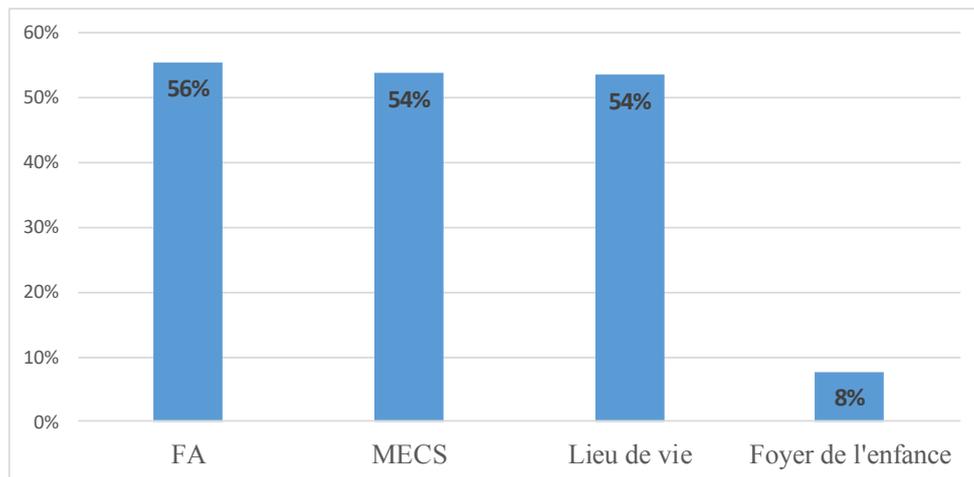
2. Activités extra-scolaires

Dans la population étudiée ($n=602$), 52% des enfants pratiquaient une activité extra-scolaire, qu'elle soit sportive ou de loisir. Les enfants de 6 à 14 ans étaient ceux qui pratiquaient le plus souvent une activité extra-scolaire, cela concernait 63% d'entre eux, contre 26% des 0-5 ans (principalement bébé nageurs ou multisport) et 47% des 15-17 ans (Graphique 42).

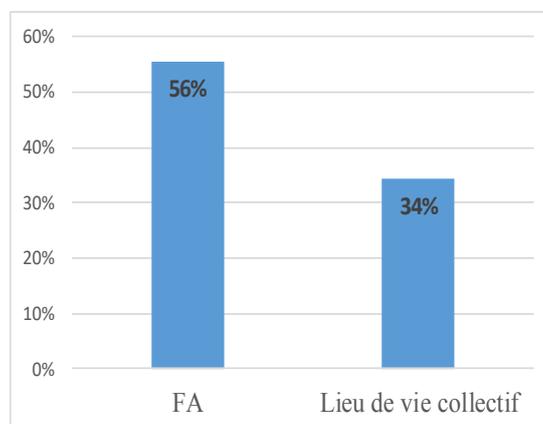
Il n'y avait pas de différence si l'enfant était accueilli en famille d'accueil, en MECS ou en lieu de vie (54 à 56%), alors qu'au foyer de l'enfance, 8% des enfants accueillis pratiquaient une activité extra-scolaire (Graphique 43). D'après le graphique 44, les enfants en famille d'accueil pratiquaient significativement plus d'activité extra-scolaire que les enfants en lieu de vie collectif (respectivement 56% contre 34%, $p < 0.001$)



Graphique 42 : proportion d'enfants pratiquant une activité extra-scolaire en fonction de l'âge



Graphique 43 : proportion d'enfants pratiquant une activité extra-scolaire (loisir ou sportive) en fonction du lieu de vie



Graphique 44 : proportion d'enfants pratiquant une activité extra-scolaire en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif ($p < 0.001$)

F. Conduites à risque

1. Addictions

La consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et de boissons énergisantes a été étudiée chez tous les jeunes de 12 ans ou plus ($n=268$), étant donné que le plus jeune qui présentait l'une de ces addictions avait 12 ans. En ce qui concerne l'addiction aux écrans ou aux jeux vidéo, les enfants de 0-2 ans ont été exclus de l'analyse, le plus jeune enfant ayant une addiction aux écrans avait 3 ans ($n=568$).

a) Tabac, alcool, cannabis, boissons énergisantes

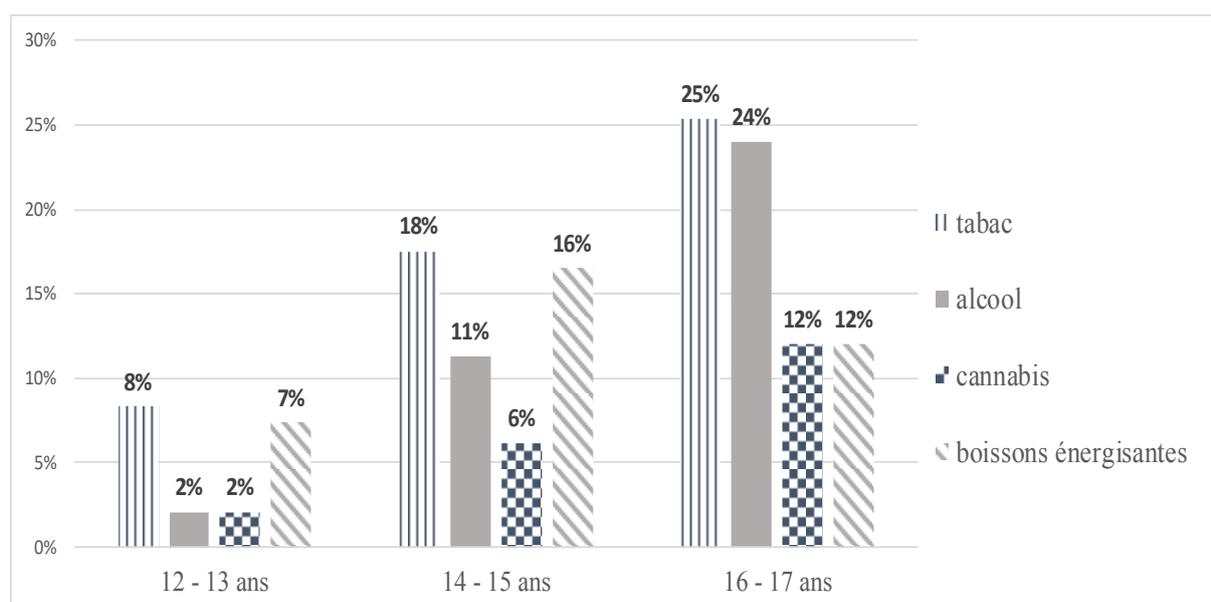
En ce qui concerne l'addiction au tabac, 45 jeunes de plus de 12 ans ont avoué une consommation régulière de tabac, soit 17% des plus de 12 ans. Il y avait 22 non-réponses à cette question. Parmi les jeunes qui fumaient, l'âge moyen de la première cigarette était de 11 ans

(±5), et d'entre eux avaient commencé à fumer à l'âge de 8 ans. La plupart fumaient en moyenne entre 5 et 10 cigarettes par jour. On retrouvait une différence statistiquement significative selon l'âge : 8% des jeunes de 12-13 ans avaient une consommation régulière de tabac contre 25% des jeunes de 16-17 ans ($p < 0.001$) (Graphique 45).

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, 31 jeunes de plus de 12 ans ont avoué une consommation régulière d'alcool, soit 12% des plus de 12 ans. Cet item n'a pas été renseigné pour 27 d'entre eux. Tout comme le tabac, l'âge avait une influence significative sur la consommation régulière d'alcool ($p < 0.0001$) : 2% des 12-13 ans ont avoué une consommation régulière d'alcool, 11% des 14-15 ans et près d'un quart (24%) des 16-17 ans (Graphique 45).

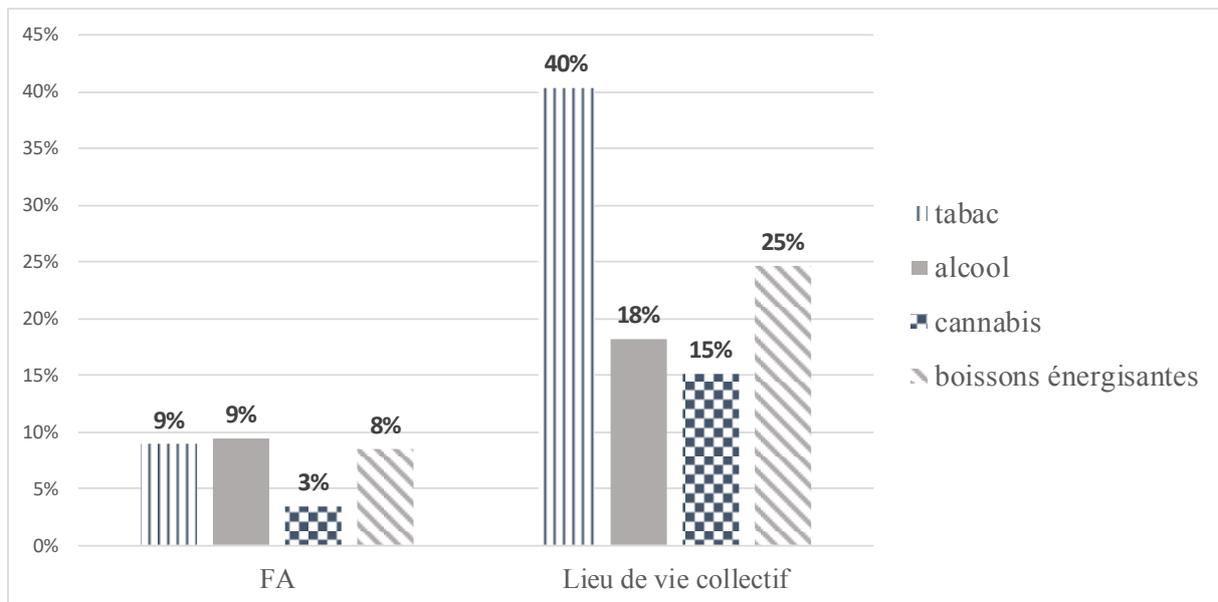
Concernant l'addiction au cannabis, 17 jeunes de plus de 12 ans ont avoué une consommation régulière de cannabis, soit 6% des plus de 12 ans. La consommation de cannabis augmentait significativement avec l'âge ($p = 0.01$) : 6% des 14-15 ans fumaient du cannabis et le double (12%) à 16-17 ans (Graphique 45).

Enfin, l'addiction aux boissons énergisantes (ex : « Red Bull ») concernait 33 jeunes de plus de 12 ans, soit 12% des plus de 12 ans. Les adolescents qui consommaient le plus de boissons énergisantes étaient les 14-15 ans : 16% d'entre eux en consommaient régulièrement, contre 12% des 16-17 ans et 7% des 12-13 ans. La différence retrouvée selon les classes d'âge n'était pas significative ($p = 0.11$) (Graphique 45).



Graphique 45 : proportion d'enfants de plus de 12 ans ayant une addiction au tabac, à l'alcool, au cannabis, ou aux boissons énergisantes en fonction de l'âge (tabac : $p < 0.001$; alcool : $p < 0.0001$; cannabis : $p = 0.01$; boissons énergisantes : $p = 0.11$)

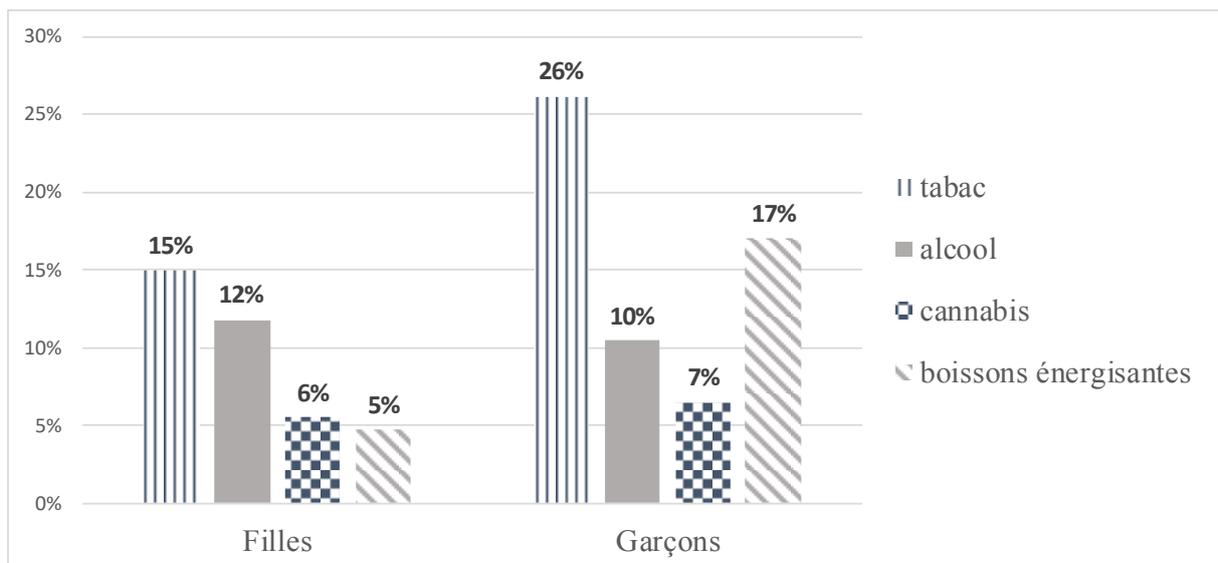
Pour l'addiction au tabac, cannabis et aux boissons énergisantes, on remarque une différence statistiquement significative selon le lieu de placement. Par rapport aux jeunes accueillis en famille d'accueil, on note chez les jeunes en lieu de vie collectif quatre fois plus d'addiction au tabac (40% contre 9%, $p < 0.0001$), cinq fois plus d'addiction au cannabis (15% contre 3%, $p < 0.001$), trois fois plus d'addiction aux boissons énergisantes (25% contre 8%, $p < 0.001$). Il y a deux fois plus d'addiction à l'alcool en lieu de vie collectif, mais la différence n'est que proche de la significativité (18% contre 9%, $p = 0.05$) (Graphique 46).



Graphique 46 : répartition des enfants de plus de 12 ans ayant une addiction (tabac, alcool, cannabis, boissons énergisantes) selon le lieu de placement (tabac : $p < 0.0001$; alcool : $p = 0.05$; cannabis : $p < 0.001$; boissons énergisantes : $p < 0.001$)

Pour ce qui est de l'influence du sexe sur la consommation de tabac, on constate une différence non significative ($p = 0.47$) : 26% des garçons de plus de 12 ans fumaient régulièrement contre 15% des filles de plus de 12 ans (Graphique 47). Nous retrouvons la même tendance, mais statistiquement significative, pour la consommation de boissons énergisantes (17% des garçons sont concernés contre 5% des filles, $p < 0.001$).

Inversement, les filles avaient plus d'addiction à l'alcool que les garçons mais la différence était non significative (respectivement 12% et 10%, $p = 0.75$). À propos de l'addiction au cannabis, le sexe n'avait pas d'influence significative sur sa consommation (6% des filles et 7% des garçons, $p = 0.69$) (Graphique 47).



Graphique 47 : proportion d'enfants de plus de 12 ans ayant une addiction (tabac, alcool, cannabis, boissons énergisantes) selon le sexe (tabac : $p = 0.47$; alcool : $p = 0.75$; cannabis : $p = 0.69$; boissons énergisantes : $p < 0.001$)

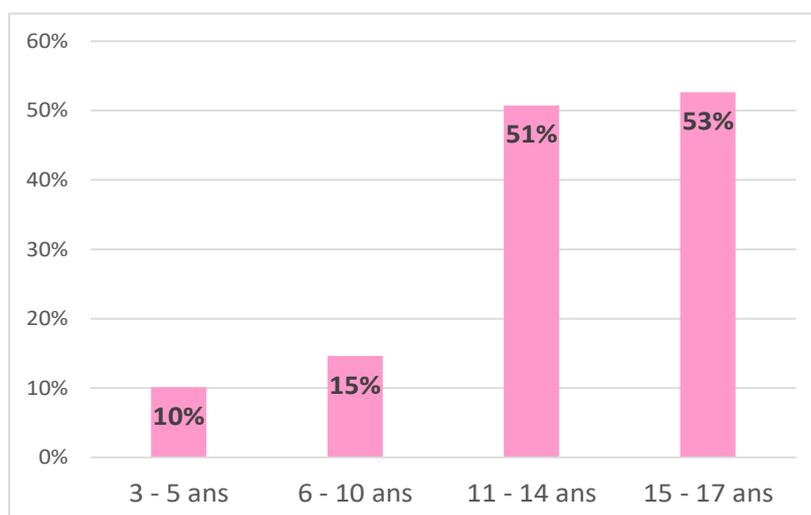
b) Jeux vidéo/écrans

194 enfants sur 606 de plus de 3 ans présentaient une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans, soit 32% des enfants de plus de 3 ans. En moyenne, il était déclaré une dépendance aux écrans d'environ une heure par jour. Néanmoins, certains adolescents avouaient passer plus de 5-6 heures par jour sur leur téléphone ou devant l'ordinateur, voire parfois 12 heures par jour pendant les vacances (cela concernait un adolescent de 15 ans).

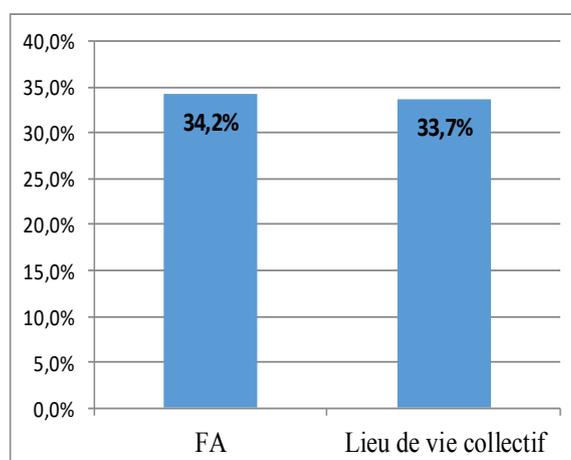
52% des enfants de plus de 11 ans étaient concernés par l'addiction aux jeux vidéo ou aux écrans, et un enfant sur dix parmi les 3-5 ans. L'addiction aux jeux vidéo ou aux écrans augmentait significativement avec l'âge ($p < 0.001$) (Graphique 48).

Le lieu de vie n'avait pas d'influence sur l'addiction aux écrans, les enfants en famille d'accueil étaient autant concernés que ceux en lieu de vie collectif ($p = 0.91$) (Graphique 49).

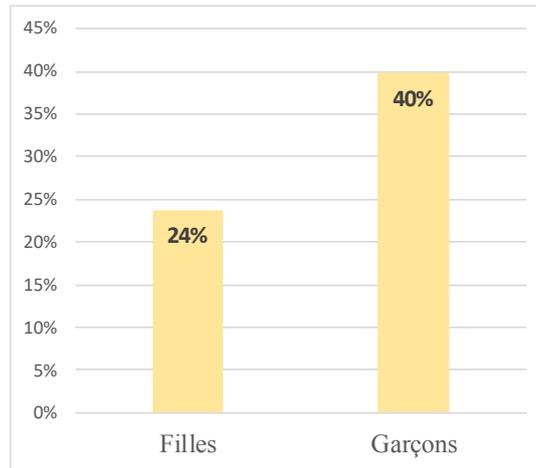
Les garçons étaient plus dépendants que les filles aux jeux vidéo ou aux écrans, et ce de façon significative (40% des garçons contre 24% des filles, $p < 0.001$) (Graphique 50).



Graphique 48 : proportion d'enfants ayant une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans en fonction de l'âge ($p < 0.001$)



Graphique 49 : proportion d'enfants ayant une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif ($p = 0.91$)



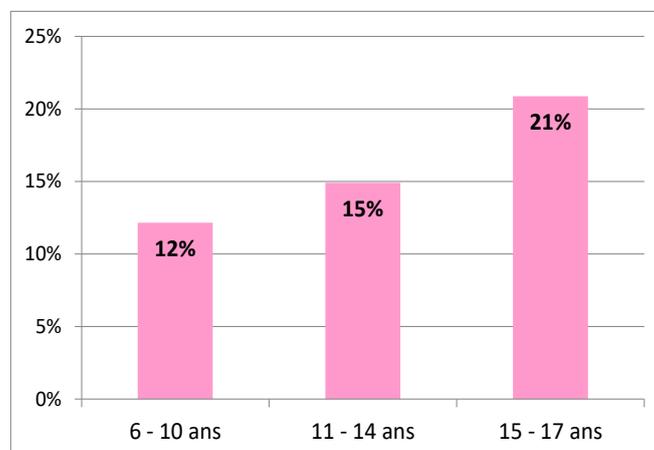
Graphique 50 : proportion d'enfants ayant une addiction aux jeux vidéo ou aux écrans selon le sexe ($p < 0.001$)

c) Fugues ou conduites à risques

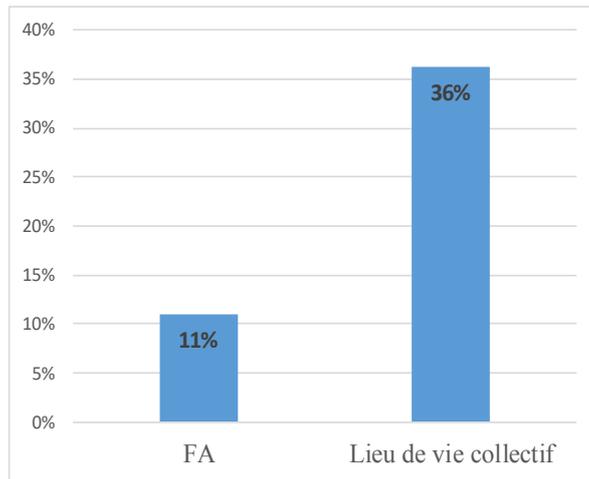
61 enfants sur 370 âgés de 6 ans ou plus avaient déjà fugué ou s'étaient déjà mis en danger, soit 16% des enfants de plus de 6 ans. Le plus jeune ayant déjà fugué de son lieu d'accueil avait 6 ans.

Les principales conduites à risque ou mises en danger rapportées lors de la consultation médicale comprenaient les rapports sexuels non protégés, les photos à caractères sexuels postées sur les réseaux sociaux, les actes délictueux, les addictions multiples avec perte du contrôle de soi, les actes dangereux en voiture (enfant qui se détachait systématiquement lors des trajets en voiture).

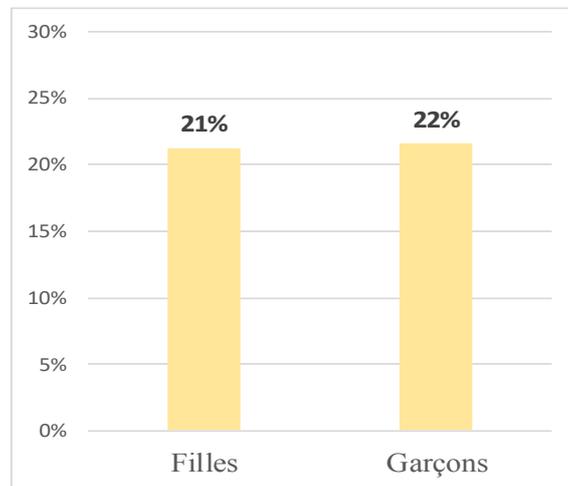
Le risque de fugue ou de conduites à risque augmentait de façon croissante mais non significative avec l'âge : 12% des 6-10 ans contre 21% chez les 15-17 ans ($p=0.09$) (Graphique 51). En lieu de vie collectif, les jeunes fuguèrent ou adoptaient des conduites à risque trois fois plus souvent qu'en famille d'accueil (36% contre 11%, $p < 0.001$) (Graphique 52). En revanche, il n'y avait pas de différence selon le sexe, les filles se mettaient autant en danger que les garçons (respectivement 21% et 22%, $p=0.78$) (Graphique 53).



Graphique 51 : proportion des enfants de plus de 6 ans ayant déjà fugué ou ayant des conduites à risque selon l'âge ($p=0.09$)



Graphique 52 : proportion d'enfants de plus de 6 ans ayant déjà fugué ou ayant des conduites à risque en famille d'accueil versus en lieu de vie collectif ($p < 0.001$)



Graphique 53 : proportion des enfants de plus de 6 ans ayant déjà fugué ou ayant des conduites à risque selon le sexe ($p = 0.78$)

2. Sexualité

Il était question dans la fiche de consultation médicale d'un item sur la sexualité, notamment le type de contraception ($n=246$), le risque d'infection sexuellement transmissible ($n=228$) ou une orientation vers le CPEF ($n=83$). Il n'a pas été possible d'exploiter ces données du fait d'un trop faible nombre de réponses.

3. Prévention faite au cours de la consultation

Un item sur la prévention réalisée au cours de la consultation était notifié, mais trop peu souvent renseigné. Devant le faible nombre de réponses disponible, il n'a pas été possible d'exposer des résultats.

G. Orientations / conseils

À l'issue de la consultation, un certain nombre de conseils avaient été proposés selon les anomalies repérées au cours des différents dépistages, afin d'optimiser le suivi des enfants ; ils sont représentés dans le tableau 18. Au total, 18% des enfants avaient été adressés vers un dentiste ou un orthodontiste, 10% vers un psychologue et 6% vers une orthophoniste.

Orientations / conseils (n=651)	Effectif	%
Dentiste/Orthodontiste	114	18%
ORL	21	3%
Ophthalmologue	92	14%
Orthophoniste	37	6%
Psychologue/CMP	66	10%

Tableau 18 : prises en charge proposées à l'issue de l'examen médical

III. Discussion

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces et limites liées à la méthodologie

La méthode choisie est celle d'une étude quantitative rétrospective par analyse de données issues d'une fiche de consultation médicale. Il s'agit d'une étude transversale réalisée sur huit mois, dont le taux de retour de 71% est suffisamment élevé pour pouvoir extrapoler les résultats à l'ensemble des enfants confiés à l'ASE en Vendée. En effet, notre étude s'est voulue la plus exhaustive possible par inclusion de tous les mineurs confiés à l'ASE en Vendée et non uniquement d'un échantillon parmi la liste des enfants confiés. La taille de la population incluse (plus de 650 enfants) nous permet donc de dire que notre étude a une forte puissance statistique. Bien qu'il y ait eu un certain nombre de données manquantes pour quelques items (notamment pour la partie concernant les addictions ou les dépistages visuels ou auditifs), nous avons récolté un nombre suffisant de réponses pour la plupart des paramètres. Les résultats obtenus sont ainsi représentatifs de la population cible étudiée.

Par ailleurs, le questionnaire utilisé comme support de la consultation médicale annuelle a été réévalué en 2019 et validé par l'ensemble des médecins de PMI qui suivent régulièrement les enfants confiés. Certains items ont été reformulés, d'autres supprimés, pour une meilleure précision des questions abordées, dans le but de réaliser un questionnaire fiable et reproductible.

Enfin, il s'agit de la première étude dans le département de la Vendée qui s'intéresse à la santé des mineurs confiés à l'ASE. Elle est, de plus, complète puisqu'elle s'est voulue globale : on y retrouve tous les aspects de la santé, à la fois physique, psychique et sociale. Une étude similaire au niveau régional a été réalisée en Loire Atlantique en 2012-2013, qui a permis de comparer nos résultats respectifs.

Cependant, on repère également un certain nombre de points faibles dans cette étude.

D'une part, le biais de non-réponse, qui fait partie des biais de sélection, était inévitable. En effet le questionnaire, d'une centaine d'items, est long et fastidieux à compléter. Nous avons donc constaté qu'un certain nombre de paramètres n'ont pas été renseignés ou que les questionnaires ont été remplis de façon partielle par l'examineur. Malgré notre volonté de simplifier au maximum le questionnaire, lors de sa réactualisation, par l'utilisation de questions fermées ou de cases à cocher, certaines réponses sont restées incomplètes. Cela s'explique sans doute principalement par le manque de temps, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, dont la durée moyenne de consultation est de 17 minutes, ou par un intérêt peu marqué quant à l'importance du suivi de la santé des enfants placés. Par conséquent, l'absence de réponse pour certains items sur ou sous-estime l'effet obtenu, du fait d'un échantillon plus faible.

D'autre part, parmi les biais d'information, notre étude a été confrontée au biais de mémorisation. Effectivement, dans les enquêtes rétrospectives, la qualité de certaines des données disponibles est médiocre ; cela se vérifie par exemple pour les antécédents familiaux qui étaient inconnus pour plus d'un enfant sur deux. En outre, les parents, qui auraient pu apporter des éléments de réponse précis, étaient rarement présents lors de la consultation, les

antécédents familiaux n'étaient que très peu renseignés dans le carnet de santé de l'enfant ou dans son dossier médical.

Enfin, le taux de retour incomplet constitue une faille dans l'analyse des données. Un quart des enfants confiés à l'ASE n'ont pas été vus en consultation, bien qu'ils soient en principe soumis à une consultation médicale annuelle, sans exception. Les enfants qui ont pu bénéficier d'une consultation médicale annuelle, au sein de la PMI ou en consultation de médecine générale, sont certainement les mieux suivis. On peut penser que les enfants ayant « échappé » à la consultation annuelle, malgré les relances effectuées auprès des assistants familiaux et du personnel des établissements, sont hébergés dans des lieux d'accueil insuffisamment sensibilisés à l'importance de leur suivi médical annuel. Les données non comptabilisées de ces enfants auraient peut-être modifié en partie nos résultats.

2. Forces et limites liées à la population et à l'enquêteur

La variation de l'« interlocuteur » dégage de notre étude un autre type de biais d'information, lié à l'enquêteur. Même si la plupart du temps le médecin examinateur remplissait lui-même la fiche, certains items ont été complétés par l'assistant familial avant la consultation. Or, bien qu'un certain nombre d'items soient tout à fait objectifs car quantifiables (poids, taille, IMC, nombre d'hospitalisations, etc.), l'évaluation de l'état de santé est bien souvent subjective. Cela dépend véritablement de la représentation que chacun se fait de la « normalité ». On peut s'interroger sur la définition d'un « trouble », qu'il soit alimentaire, relatif au sommeil, comportemental, etc. À partir de quel seuil doit-on parler de « trouble du sommeil » par exemple ? Pour certains, il s'agira d'une variance de la normale, sans considération pathologique, pour d'autres une même réponse sera comptabilisée comme un « trouble ».

Dans notre questionnaire, certains termes dont la définition médicale se base sur des critères précis, ont parfois été utilisés à tort (la case « anorexie » par exemple a été cochée lorsque l'enfant avait tendance à trier la nourriture). Cependant, on peut considérer que le nombre de médecins ayant effectué les consultations médicales était suffisamment important pour permettre d'homogénéiser les réponses, si subjectives soient-elles.

3. Difficultés liées au recueil de données

Les données recueillies pour chaque enfant ont été recopiées manuellement par l'investigateur au sein d'un logiciel informatique Excel. Chaque demi-journée de retranscription permettait de saisir les données de trente enfants en moyenne. Il s'agissait donc d'un travail fastidieux, ce qui n'exclut pas quelques erreurs de saisie malgré un « codage » simplifié (0 ou 1). De plus, pour chaque donnée saisie, il n'y a pas eu de relecture ni de vérification, qui auraient nécessité trop de temps.

B. Discussion des résultats

Afin de rendre nos résultats pertinents, nous les avons comparés aux études préexistantes concernant les enfants confiés à l'ASE à l'échelle départementale, notamment en Loire Atlantique ⁽¹⁵⁾ en Haute Savoie et Rhône Alpes ⁽¹⁷⁾, dans le département de l'Hérault ⁽²⁰⁾ et dans celui des Bouches-du-Rhône ⁽¹⁶⁾. Seules les études réalisées à Montpellier et dans les Bouches-du-Rhône portaient sur un grand nombre de mineurs confiés à l'ASE (respectivement 1200 et 1092 enfants inclus), les autres études concernaient environ 500 enfants (celle de Loire Atlantique) ou moins. Dans la mesure du possible, nous avons également comparé nos résultats aux données des enfants de la population générale au niveau national.

1. Caractéristiques globales

Nous avons inclus légèrement plus de garçons que de filles dans l'étude (respectivement 52% et 48%). Or, cette différence apparente n'est pas liée au fait que davantage de garçons soient confiés à l'ASE mais plutôt au sexe ratio à la naissance. D'après les chiffres de l'INED (Institut National d'Études Démographiques) en 2018 ⁽²²⁾, pour 100 filles, il naissait 105.3 garçons en France, soit un ratio garçons/filles de 51.3% contre 48.7%. Nos chiffres sont donc concordants avec le sexe ratio national.

Le mode d'accueil le plus représenté dans notre population était la famille d'accueil (plus de huit enfants sur dix). Ceci rejoint la répartition selon les lieux de placement en Vendée, à savoir qu'un quart des enfants pris en charge par l'ASE est accueilli en lieu de vie collectif contre trois quarts en famille d'accueil. On dénombrait dans notre étude plus de 90% des enfants de moins de 10 ans accueillis en famille d'accueil, ce qui n'est pas surprenant puisque la famille d'accueil est le mode de garde privilégié chez les enfants en bas âge au moment du placement.

Néanmoins, pour l'ensemble des accueils collectifs, nous n'avons eu que 44% de retours et à peine un tiers de consultations annuelles effectuées parmi les enfants placés en MECS. Il semble impératif d'envisager un travail de sensibilisation auprès des MECS pour impliquer davantage les professionnels exerçant dans ces établissements dans le suivi rigoureux de la santé des enfants placés.

La très grande majorité des enfants était accompagnée d'une tierce personne lors de la consultation, soit plus de neuf enfants sur dix. Cependant, un constat s'impose de lui-même : l'absence des parents dans la plupart des cas, lors des consultations de suivi médical de leur enfant. Bien que les lieux de visites médicales aient été définis en fonction du lieu du domicile parental afin qu'ils puissent y assister, la présence des parents n'était que très rarement honorée. Seulement 6% des enfants confiés étaient accompagnés d'au moins un des deux parents. Ces derniers semblaient investis uniquement lorsque leur enfant était accueilli en famille d'accueil, ce qui pose question pour les enfants en lieu de vie collectif. On retrouve exactement les mêmes chiffres dans l'étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône.

Pourquoi un tel manque d'implication de la part des parents ressort-il ? Sont-ils sollicités et prévenus suffisamment tôt des horaires et lieux de consultation ? L'information auprès des parents est-elle bien relayée lorsque l'enfant est accueilli en lieu de vie collectif ? De plus, la mère semblait plus impliquée dans l'accompagnement des enfants en bas âge alors que le père

accompagnait plutôt les enfants de 6 à 14 ans. Les mêmes remarques à propos de l'absence des parents avaient été faites dans les autres départements, notamment dans l'Hérault. On peut s'interroger sur l'impact potentiel de la durée du placement sur l'investissement parental dans la santé de l'enfant ; il semblerait en effet que plus la durée du placement augmente, moins les parents paraissent investis dans le parcours de soin de l'enfant.

Il est en outre intéressant de tourner notre regard vers le carnet de santé, outil précieux dans le suivi de l'enfant lorsqu'il est complété régulièrement et à bon escient. Pour la très grande majorité des enfants, le carnet de santé a été apporté lors de la consultation (95%). En grandissant, le carnet de santé était moins souvent disponible. Pour 5% des enfants, il avait été oublié ou perdu. Nos résultats sont nettement supérieurs aux données des études réalisées dans les Bouches-du Rhône (79%) et dans l'Hérault (70%). On remarque néanmoins qu'un quart des enfants accueillis en MECS n'étaient pas en possession de leur carnet de santé, ce qui était constaté également par l'étude Essper ASE 13 dans les Bouches-du-Rhône ⁽¹⁶⁾.

On peut s'interroger sur l'implication à ce sujet des professionnels en charge des enfants accueillis en MECS. L'absence du carnet de santé lors d'une consultation médicale constitue-t-elle une perte de chance pour un suivi optimal de ces enfants accueillis en MECS ? La présence d'un personnel médical au sein des établissements tels que les MECS pourrait éventuellement pallier ce problème.

2. Pathologies somatiques

L'examen somatique était normal pour près de 9 enfants sur 10 étant donné que la consultation médicale avait lieu en l'absence de toute pathologie aiguë (il s'agissait d'une consultation programmée de suivi des enfants confiés).

Cependant, comparés à la population générale, nombreux sont les enfants placés atteints de pathologies chroniques nécessitant des soins lourds et donc une prise en charge en ALD. Dans notre étude, 8% des enfants étaient déclarés en ALD. Il en était de même chez les enfants placés dans le département des Bouches-du-Rhône, soit trois à quatre fois plus que dans la population générale (2 à 3%), d'après les chiffres de l'Observatoire Régional de la Santé et d'une étude sur la santé des enfants de 1 à 17 ans en Loire Atlantique en 2017 ⁽²³⁾. En revanche, l'étude de la santé des enfants placés en Loire Atlantique retrouve un taux d'enfants en ALD superposable à la moyenne nationale (3%).

On peut s'interroger sur le fait qu'être en ALD, c'est-à-dire être atteint d'une maladie chronique nécessitant des soins ou traitements lourds, pourrait avoir un impact sur un éventuel placement, au même titre que le handicap d'un enfant favorise certains placements.

En ce qui concerne les antécédents personnels et familiaux, quelques remarques peuvent être faites. Les antécédents familiaux étaient inconnus pour plus d'un enfant sur deux, ce qui fut également constaté dans l'étude de Montpellier. Ceci pourrait perturber fortement la prise en charge médicale ultérieure de l'enfant, ne permettant pas la prise en compte d'éléments parfois indispensables. Lorsque les antécédents étaient connus, on constatait que des problèmes d'ordre psychologiques ou psychiatriques étaient prépondérants chez certains parents, de même pour les addictions qui étaient parfois multiples. Ces problématiques ont-elles d'ailleurs été, pour certains enfants confiés, à l'origine de leur placement ?

Les antécédents personnels médicaux chez les enfants confiés étaient superposables aux antécédents dans la population générale. En effet, les pathologies infantiles les plus fréquemment rencontrées dans la population générale sont les pathologies respiratoires dont l'asthme, les pathologies infectieuses et les allergies. L'asthme est la première maladie chronique de l'enfant ; elle atteint 8 à 11% des enfants, soit environ un enfant sur dix, selon les données du collège national des pédiatres universitaires ⁽²⁴⁾ et une étude française réalisée en 2013 ⁽²⁵⁾. Nos résultats étaient concordants, puisque 12% des enfants confiés déclaraient des antécédents d'asthme ou de bronchiolite, et 13.7% dans l'étude réalisée à Montpellier.

Pour ce qui est des antécédents personnels chirurgicaux, ils étaient comparables aux données de la moyenne nationale, la chirurgie ORL étant l'une des chirurgies les plus fréquentes chez l'enfant (12%). Dans notre étude, les enfants confiés étaient autant concernés par la chirurgie ORL que ceux de la population générale, ce qui concorde avec l'étude réalisée à Montpellier (10.7%).

Un enfant sur cinq avait un traitement au long cours dans notre population, et plus de la moitié d'entre eux prenaient un traitement à visée psychiatrique. Cela signifie que 10% des enfants placés dans notre étude étaient concernés par la prise d'au moins un traitement neuropsychiatrique, ce qui est à peu près équivalent aux résultats retrouvés chez les enfants placés dans l'Hérault (9%) alors que dans la population générale, 0.2% des enfants prennent un traitement à visée psychiatrique. Ceci ne semble pas surprenant, étant donnée la forte proportion d'enfants ayant un suivi psychique dans notre population. Il faut rappeler que les enfants placés présentent bien souvent des troubles de l'attachement psycho-traumatique, à la suite des différentes ruptures qu'ils subissent (familiale, liées au lieu de placement, etc.).

L'analyse du taux de couverture vaccinale est extrêmement complexe, du fait de l'évolution récente des recommandations vaccinales en France. Jusqu'au 31 décembre 2017, l'obligation vaccinale chez les enfants s'appliquait uniquement à la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Depuis 2018, la réforme a rendu onze vaccins obligatoires pour l'ensemble des nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018 (*Annexe n°9*). Dans notre étude, les enfants concernés par ce nouveau calendrier vaccinal étaient seulement les enfants de moins de 2 ans. Le calendrier vaccinal obligatoire et recommandé étant différent selon l'âge de l'enfant, il aurait fallu pouvoir analyser les vaccinations par tranche d'âge et par vaccin, ce qui n'a pas été réalisable pour notre population ; la formulation utilisée dans notre questionnaire n'était pas suffisamment précise (« *vaccinations à jour : oui/non, précisez* »), il n'était pas notifié si la question portait sur les vaccins obligatoires ou recommandés. La photocopie du calendrier vaccinal n'était pas toujours transmise, bien que demandée. Nous pouvons en déduire que lorsque les vaccinations étaient considérées à jour, les enfants étaient au moins vaccinés contre le DTPc.

Il est donc difficile de tirer des conclusions sur la couverture vaccinale des enfants placés à partir de nos résultats. Certes, le taux de couverture vaccinal global est supérieur à 90%, quel que soit l'âge de l'enfant. Cependant, si l'on compare aux données de la population générale en France pour le DTP, d'après les données de santé publique recueillies par la DREES ou l'INVS ⁽⁴⁵⁾ : le taux de couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans est aux alentours de 98% contre 94% chez les 0-5 ans dans notre population, et diminue progressivement avec l'âge (95% à 6 ans contre 87% chez les 6-10 ans dans notre étude ; 90% à 11 ans, similaire dans notre étude,

et 85% à 15 ans contre 95% dans notre étude). Dans notre population, lorsque les vaccinations n'étaient pas à jour, il manquait le plus souvent le rappel DTPc des 6 ans ou le rappel DTPc des 11 ans, c'est pourquoi on retrouvait un taux vaccinal plus faible pour ces deux classes d'âge.

En matière de prévention vaccinale, les enfants confiés à l'ASE en Vendée présentent donc des taux de couverture vaccinale légèrement inférieurs aux taux nationaux mais s'en rapprochent fortement. Nos résultats concordent avec ceux des autres études (87% des vaccinations des enfants placés sont à jour de leurs vaccinations dans l'Hérault et 89% en famille d'accueil en Haute Savoie).

À propos des accidents et hospitalisations dans les douze derniers mois, bien qu'il soit difficile de comparer avec des données chiffrées dans la population générale, on remarque que les accidents les plus fréquents étaient des traumatismes bénins (chutes, coups ou contusions, entorses, fractures, plaies, etc.). Ils surviennent, par ordre de fréquence, à la maison, à l'école, en sport ou au sein d'aires de jeux, tout comme dans la population générale où les accidents de sport ou de loisirs sont fréquents mais souvent peu graves.

Le nombre d'accidents domestiques ou traumatiques augmentait progressivement avec l'âge. La tranche d'âge la plus touchée chez les enfants placés était celle des 15-17 ans (13% des 15-17 ans avaient été victimes d'accidents dans l'année passée), alors que dans la population générale, ce sont les 11-14 ans qui sont les plus touchés (15.6%) d'après l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante réalisée par l'institut de veille sanitaire⁽²⁶⁾.

Les assistants familiaux n'auraient-ils pas tendance à emmener plus facilement aux urgences, pour des traumatismes bénins, les enfants accueillis dont ils ont la charge que leurs propres enfants, dans le but de les protéger ?

Contrairement aux accidents, le nombre d'hospitalisations chez les enfants confiés à l'ASE était supérieur au taux d'hospitalisation dans la population générale. 12% des enfants placés en Vendée avaient été hospitalisés dans l'année précédente, avec des chiffres allant jusqu'à 18% chez les 15-17 ans et 13% chez les 0-5 ans, 12% chez les 6-10 ans, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (10.5%), d'après les données de l'étude sur l'état de santé des enfants et adolescents de 1 à 17 ans en Loire Atlantique⁽²³⁾ (10.5% des 0-5 ans, 5 à 6% des enfants de 6-14 ans et 13% des 15-17 ans dans la population générale). En revanche, nos résultats concernant le taux d'hospitalisation des enfants placés étaient concordants avec ceux de l'étude réalisée en Loire Atlantique en 2013 (12.8% des enfants placés avaient été hospitalisés dans l'année).

En outre, les motifs d'hospitalisation des enfants placés ne sont pas les mêmes que ceux de la population générale. Les motifs psychiatriques arrivent en première position (43%) chez les enfants placés (agitation, idées suicidaires, etc.), ce qui est le reflet d'une souffrance psychique importante chez les enfants placés alors que dans la population générale, les motifs médicaux (infection respiratoires et ORL) et chirurgicaux (dont affections dentaires) sont les plus fréquents.

Intéressons-nous maintenant à la prévalence des caries chez les enfants confiés à l'ASE. L'ensemble des études sur la santé des enfants confiés s'accordent pour dire que la carie dentaire est de loin la pathologie la plus fréquente dans cette population. Dans notre population d'enfants placés en Vendée, 12% des enfants présentaient au moins une carie non soignée ou en cours de soins dentaires le jour de l'examen, soit près d'un enfant sur huit. Les plus touchés

étaient les 6-10 ans (17%), ce qui était également souligné lors de l'étude dans le département de l'Hérault (28%). Il en ressort une prédominance des caries en lieu de vie collectif (18%), alors qu'en famille d'accueil la prévalence des caries était de 11% ; le même constat avait été fait chez les enfants placés dans le département de l'Hérault.

D'après différentes études, le taux de caries chez les enfants dans la population générale avoisine les 20%, tous âges confondus, et s'élève à 30% chez les enfants scolarisés en primaire (soit les 6-10 ans). Nos résultats semblent inférieurs à la moyenne nationale en ce qui concerne les pathologies bucco-dentaires de l'enfant mais on constate cependant la même tendance selon l'âge, à savoir une prévalence de caries plus élevée chez les 6-10 ans. La stratégie de dépistage des caries n'était probablement pas la même dans notre étude et dans les études réalisées pour la population générale. Dans notre population, les caries n'ont pas été diagnostiquées par un dentiste mais par le médecin réalisant la consultation, il est donc fort probable que les caries invisibles ou indolores n'aient pas été prises en compte, ce qui nous donne des chiffres inférieurs à la moyenne nationale. Il apparaît en revanche nécessaire d'être particulièrement vigilants à l'état bucco-dentaire des enfants en lieu de vie collectif, qui est plus altéré que celui des enfants vivant en famille d'accueil. Peut-être qu'une consultation annuelle obligatoire chez le dentiste à partir de 1 an, serait un bon moyen de dépistage, comme il est recommandé par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) ? Ou, tout du moins, une consultation chez le dentiste à partir de l'âge de 3 ans, et ce, tous les 3 ans, d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Concernant les troubles de l'IMC, il est préférable de s'y intéresser par classe d'âge, les courbes d'IMC étant variables en fonction de l'âge de l'enfant. Rappelons tout d'abord que la surcharge pondérale est définie comme l'ensemble des situations de surpoids et obésité.

En comparant nos résultats à ceux de l'étude Esteban-2015 (*Annexe n°10*) réalisée chez les enfants de 6 à 17 ans en France métropolitaine en 2015⁽²⁷⁾, on observe, tous âges confondus :

- Un taux de maigreur chez les filles confiées à l'ASE inférieur à celui de la population générale (12% versus 13.9%) alors que l'inverse est constaté chez les garçons ;
- Davantage de maigreur chez les garçons confiés à l'ASE (19%) par rapport à la population générale (11.8%) ;
- Moins de problèmes de surpoids chez les filles confiées à l'ASE que chez celles de 6-17 ans dans la population générale (respectivement 12% contre 14.2%) alors qu'on note plus de surpoids chez les garçons confiés à l'ASE que dans la population générale (13% contre 11.8%) ;
- Un taux d'obésité chez les filles confiées à l'ASE légèrement supérieur à celui des filles au niveau national (4.4% contre 3.8%) alors que les garçons placés sont moins touchés par l'obésité que la moyenne nationale (2.5% contre 4.1%).

Si l'on s'intéresse aux troubles de la corpulence par tranche d'âge et par sexe, on note, concernant les filles :

- Un taux d'obésité deux fois plus important chez les filles de 6-10 ans confiées à l'ASE que la moyenne nationale des filles à cet âge-là (4% versus 2%). Il n'y a pas de différence du taux d'obésité pour les autres classes d'âge ;
- Un taux de maigreur également plus élevé que la moyenne nationale pour la classe d'âge 6-10 ans (12% contre 9.6%) ;

- Un taux de maigreur plus faible chez les filles de plus de 11 ans confiées à l'ASE par rapport aux filles de plus de 11 ans dans la population générale (7% versus 19%) ;
- Davantage de surpoids au-delà de 11 ans chez les filles confiées à l'ASE que dans la population générale (20% à 11-14 ans contre 15% chez les 11-14 ans dans la population générale).

En revanche, chez les garçons, on constate que :

- La catégorie 6-10 ans est globalement similaire à la population générale en matière d'IMC ;
- Au-delà de 11 ans, un garçon placé sur cinq est considéré en situation de maigreur contre 14% dans la population générale ;
- Dans la classe d'âge 15-17 ans, il existe deux fois plus de surpoids chez les garçons confiés à l'ASE que dans la population générale (19% contre 8.9%) mais un taux d'obésité plus faible (2% contre 7.8%).

En comparaison avec les autres études chez les enfants confiés à l'ASE, les enfants placés de plus de 11 ans, sans distinction de sexe, sont davantage touchés par la surcharge pondérale que ceux de la population générale (près d'un enfant sur cinq dans notre étude, de même pour l'étude réalisée dans l'Hérault). Les problèmes de surpoids sont à corréluer avec une tendance de plus en plus marquée aux activités sédentaires et notamment la place des écrans dans la vie quotidienne, et ce dès le plus jeune âge.

Par ailleurs, près d'un enfant placé sur six est concerné par la maigreur (en Vendée et dans l'Hérault) alors que dans la population générale, le taux de maigreur chez les enfants avoisine plutôt un enfant sur huit. Il serait donc nécessaire d'envisager des programmes de prévention alimentaire auprès des jeunes, afin de les sensibiliser et de lutter contre les troubles pondéraux.

Pour ce qui est des troubles alimentaires, il apparaît nécessaire de préciser que la question était probablement mal posée dans notre questionnaire, les termes d'anorexie et boulimie ayant une définition scientifique bien définie et nécessitent donc un diagnostic médical à part entière. Or, certaines réponses ont été cochées par l'assistant familial et d'autres par le médecin lui-même. On peut donc penser que des assistants familiaux ont pu cocher « anorexie » ou « boulimie » lorsque l'enfant avait une tendance à ne pas s'alimenter suffisamment ou une tendance à « se remplir », il faut donc bien faire la différence entre vraie anorexie ou vraie boulimie et les enfants ayant simplement une tendance à l'anorexie ou à la boulimie sans pour autant être atteint de l'un de ces deux troubles.

Dans notre étude, 1% des enfants confiés présentent des troubles alimentaires de type « anorexie ». Ces résultats sont probablement surestimés par rapport à la prévalence de l'anorexie dans la population générale évaluée à 0.1% d'après une enquête de l'INSERM ⁽²⁸⁾ (avec un taux d'anorexie à l'adolescence pouvant aller jusqu'à 0.5%). Cela peut s'expliquer par un certain abus de langage du terme « anorexie » et d'une absence de diagnostic de l'anorexie mentale selon des critères purement médicaux. Cependant, nos résultats sont semblables aux résultats des études sur la santé des enfants placés en Loire Atlantique (0.8% d'anorexiques) et dans l'Hérault (0.7%). Néanmoins, nous ne retrouvons pas de différence selon le sexe chez les enfants placés, alors que le sexe ratio habituellement décrit dans les études sur l'anorexie

mentale de l'adolescent est d'un garçon pour dix filles ⁽²⁹⁾. Cette prédominance féminine de l'anorexie mentale était mentionnée dans l'étude chez les enfants placés en Loire Atlantique.

Concernant les troubles des conduites alimentaires de type « boulimie », 7% des enfants placés étaient concernés en Vendée, contre 4% d'enfants qualifiés « d'hyperphagiques » d'après les résultats de l'étude réalisée dans l'Hérault. Dans la population générale, selon différentes sources ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾ notamment une étude internationale sur les troubles alimentaires ⁽³¹⁾, on estime le taux de boulimie chez l'adolescent entre 1 et 3% alors que la tendance aux conduites boulimiques s'élèverait à 4%. Les enfants placés en Vendée seraient donc près de deux fois plus touchés par les conduites hyperphagiques que ceux de la population générale, avec une surreprésentation masculine (27 garçons pour 19 filles) alors que dans la population générale il s'agit majoritairement de filles. Les troubles des conduites alimentaires traduisant bien souvent une souffrance psychologique, il n'est pas étonnant que chez les enfants confiés ayant vécus divers traumatismes, la fréquence de boulimie soit plus élevée que dans la population générale.

Comme dans l'étude portant sur la santé des enfants placés en Haute Savoie, on remarque une prédominance des troubles alimentaires en milieu collectif, et notamment dans les lieux de vie, sans que la différence soit statistiquement significative (23% en lieu de vie collectif contre 16% en famille d'accueil). Ceci peut éventuellement être corrélé à une plus grande autonomie et donc une plus grande liberté notamment sur les habitudes alimentaires des jeunes en lieu de vie collectif. Il peut être souhaitable d'envisager des actions de prévention en lieu de vie collectif, axées sur l'hygiène alimentaire.

À propos des troubles sensoriels, il n'a pas été réalisé de test visuel au cours de la consultation pour près d'un quart des enfants placés. Cela peut s'expliquer par le fait que deux tiers des enfants avaient un suivi ophtalmologique régulier, il n'a donc pas été nécessaire de tester leur vision lors de la consultation. Dans notre étude, les enfants placés étaient deux fois plus suivis sur le plan ophtalmologique qu'en Loire-Atlantique (un tiers des enfants placés seulement). Les troubles visuels sont peut-être plus fréquemment dépistés en Vendée, c'est pourquoi le taux de suivi ophtalmologique apparaît plus élevé.

Dans notre étude, 8% des enfants présentaient un déficit de l'audition et 8% étaient suivis par un ORL. Nos résultats sont légèrement inférieurs à ceux de l'étude en Loire Atlantique où 11% des enfants placés bénéficiaient d'un suivi ORL. En Vendée, parmi ceux dont l'audition était anormale, seulement 12 enfants, soit un tiers, ont été adressés en consultation d'ORL, ce qui paraît insuffisant, l'intérêt d'un dépistage étant d'agir en conséquence afin de limiter les troubles des apprentissages et handicaps liés à la perte auditive. Certains de ces enfants étaient probablement déjà suivis par un ORL, c'est pourquoi il n'a pas été conseillé de consultation spécialisée à l'issue de l'examen. On peut supposer que d'autres présentaient des hypoacusies légères et probablement transitoires liées à la présence d'otites séreuses lors de l'examen. Il a pu être conseillé pour ceux-ci uniquement une surveillance simple quelques mois plus tard pour contrôler les tympan sans évoquer nécessairement de consultation chez le spécialiste.

Par ailleurs, l'audition n'a pas été testée au cours de la consultation pour plus d'un tiers des enfants. Elle était cependant deux fois plus souvent testée avant 6 ans qu'après 6 ans. Quatre enfants sur cinq de moins de 6 ans ont bénéficié d'un dépistage des troubles de l'audition, contre

trois enfants sur cinq au-delà de 6 ans. Il semble donc nécessaire de tester l'audition chez les enfants de moins de 6 ans, afin d'établir des dépistages précoces, les troubles auditifs étant particulièrement fréquents avant l'âge de 6 ans.

Se pose la question du matériel disponible en consultation et du temps de consultation, notamment chez les médecins généralistes, où le Sensory Baby Test ou l'audiotester ne sont que rarement utilisés, d'une part parce que les médecins généralistes ne sont bien souvent pas munis du matériel adapté, et d'autre part parce que la durée limitée de la consultation ne le permet pas. De plus, un test auditif nécessite une bonne coopération de la part de l'enfant, ce qui implique d'apprivoiser l'enfant afin que sa participation soit optimale.

3. Santé psychique

Toutes les études s'intéressant à la santé psychique des enfants confiés à l'ASE démontrent une grande fragilité psychique chez ces enfants, les résultats de notre étude le confirment. Rappelons qu'il est particulièrement difficile d'évaluer la santé psychique d'un enfant, tant l'appréciation de la santé est complexe. Dans notre questionnaire, la notion de « difficultés psychologique ou trouble du comportement » était laissée à la libre appréciation du professionnel chargé de remplir le formulaire. Il s'agissait donc d'une notion assez subjective, non définie médicalement. Il aurait pu être plus judicieux d'essayer de graduer l'état de santé psychique avec des termes tels que « souffrance psychique sévère », « état psychique médiocre », « état psychique peu perturbé », par exemple.

Nos résultats retrouvent une prévalence élevée de souffrance psychique globale chez les enfants placés, ce à quoi nous pouvions nous attendre. Plus d'un enfant sur deux en Vendée présentait des difficultés psychologiques ou des troubles du comportement, davantage en milieu collectif qu'en famille d'accueil, bien que la différence ne soit pas significative ($p=0.21$). Cette prédominance en lieu de vie collectif a été également rapportée dans l'étude réalisée en Haute Savoie (55% en milieu collectif contre 43% en famille d'accueil), alors que dans l'Hérault, il était mentionné une tendance inverse, c'est-à-dire davantage de troubles du comportement en FA qu'en milieu collectif. L'étude de 2013 en Loire-Atlantique mentionnait 53% d'enfants dans un état psychique alarmant, un chiffre superposable aux données retrouvées en Vendée, bien qu'il soit difficile de comparer de façon juste, les questions n'ayant pas été posées tout à fait de la même manière. Par ailleurs, l'étude de Ford *et al.* réalisée en 2007 en Angleterre ⁽³³⁾, avait calculé un odd ratio de 4.9 concernant les troubles mentaux chez les enfants placés, ce qui revient à dire que les enfants placés ont cinq fois plus de risque de développer un trouble mental que les enfants de la population générale.

Il apparaît donc indispensable que ces enfants bénéficient d'un suivi régulier sur le plan psychique. En Vendée, 44% des enfants avaient eu une consultation avec la psychologue de l'ASE dans l'année passée, et 54% avaient un suivi sur le plan psychique, qu'il soit psychologique (46%), pédopsychiatrique (22%), psychomoteur (14%) ou associant plusieurs types de suivis. Un quart des enfants n'ayant pas de suivi régulier sur le plan psychique avaient eu une consultation avec la psychologue de l'ASE. En fin de compte, deux tiers des enfants placés avaient donc bénéficié dans l'année écoulée d'au moins une consultation évaluant leur état psychique.

Il est important de souligner que le suivi psychique n'était pas harmonieux selon les différentes catégories d'âge. En effet, les enfants de moins de 6 ans étaient deux fois moins

suivis que ceux de plus de 6 ans ($p=0.0002$). Les enfants de 0-2 ans avaient d'ailleurs principalement un suivi en psychomotricité, mais très peu de suivi psychologique ou pédopsychiatrique. Il n'est pas étonnant de constater que la prise en charge en psychomotricité est principalement axée sur les enfants de 0 à 2 ans, la rééducation en psychomotricité étant surtout adaptée pour les enfants avant l'âge de 2 ans, par son approche ciblée sur les troubles du développement psychomoteur. Le dépistage de troubles psychiques semble donc être assez tardif (vers 6 ans). Il semble indispensable de dépister bien plus précocement les souffrances psychiques chez les enfants, dès le plus jeune âge, afin de mettre en place un suivi plus précoce qui permettrait probablement d'éviter un certain nombre d'hospitalisations en psychiatrie chez les pré-adolescents et adolescents.

Dans les autres études, on retrouvait une forte prévalence de suivi psychologique chez les enfants placés, allant d'un tiers des enfants en Haute-Savoie à 43% en Loire-Atlantique (46% dans notre étude) et jusqu'à 56% des enfants confiés dans les Bouches-du-Rhône d'après l'étude Essper ASE-13. Quant au suivi pédopsychiatrique chez les enfants placés dans d'autres départements, il variait de 11% en Loire-Atlantique, à près d'un tiers des enfants placés en Haute-Savoie, alors qu'il avoisine les 3% dans la population générale (d'après l'étude sur l'état de santé des enfants de 1 à 17 ans en Loire-Atlantique en 2017). Ceci revient à dire que les enfants placés en Vendée avaient sept fois plus de suivi psychiatrique que ceux de la population générale. Pour ce qui est du suivi psychomoteur, les enfants placés en Vendée étaient deux fois plus suivis en psychomotricité que ceux de la Loire-Atlantique (14% contre 7%), avec près d'un enfant sur cinq avant l'âge de 2 ans dans notre étude. L'étude Essper ASE 13 comptait seulement 2% d'enfants placés ayant un suivi psychomoteur (proche du taux dans la population générale qui est de 1.7%).

Le suivi de la santé psychique de ces enfants s'effectue au sein de structures dédiées, que ce soit par un professionnel libéral, en hôpital de jour, au sein d'un CMP ou CMPP, du SESSAD ou du CAMPS. Parmi l'ensemble des enfants inclus dans notre étude, 27% des enfants bénéficiaient d'un suivi régulier au sein de l'une de ces institutions, essentiellement en CMP et CMPP, alors que l'on sait qu'un enfant sur deux était suivi sur le plan psychique. Les chiffres recueillis semblent sous-estimés par rapport à la réalité, la question posée était sous forme de question ouverte, trop peu renseignée par l'examineur et donc ininterprétable. Cependant, nos résultats semblent rejoindre ceux de la Loire-Atlantique et des Bouches-du-Rhône concernant la faible proportion d'enfants suivis au CAMPS (4% en Vendée et 2% dans les Bouches-du-Rhône) et au SESSAD (9% dans notre étude et 3% en Loire-Atlantique). Rappelons que le suivi au CAMPS prend fin aux 6 ans de l'enfant ; il est donc essentiel d'anticiper la poursuite du suivi au sein d'un autre centre de soins afin d'éviter toute rupture de suivi, qui serait défavorable pour le bien-être psychique de l'enfant. À plusieurs reprises, il était précisé sur la fiche de consultation que l'enfant était en attente d'une nouvelle forme de suivi, et ce depuis parfois plusieurs mois, suite à la fin de la prise en charge du CAMPS.

Fort heureusement, la psychothérapie ne s'associe pas systématiquement à une prescription médicamenteuse, laissant la première place à l'accompagnement psychique. Cependant, le taux d'enfants placés qui prenaient régulièrement un traitement neuropsychiatrique s'élevait à 11% en Vendée, soit légèrement au-dessus des autres départements comme la Haute-Savoie ou l'Hérault (9%), alors qu'il est de 0.5% environ dans la population générale, soit environ dix fois supérieur chez les enfants placés. Il s'agit d'ailleurs trois fois plus de neuroleptiques que de traitements antidépresseurs ou anxiolytiques. Il semble

y avoir une sur-prescription des traitements à visée psychiatriques chez les enfants placés, en Vendée et ailleurs, alors que les recommandations des prises en charge de troubles mentaux chez l'enfant ne sont pas en faveur d'un traitement médicamenteux en première intention mais plutôt en cas d'échec de la psychothérapie. La prévalence élevée de prise de neuroleptiques chez les enfants confiés peut s'expliquer par le fait qu'il soit difficile de vivre en collectivité en présence de troubles psychiques parfois très invalidants, d'où la nécessité d'atténuer les troubles rapidement, sans attendre l'effet de la prise en charge psychique.

À l'évidence, un dépistage plus précoce des troubles psychiques permettant d'initier un suivi au plus tôt, limiterait probablement un certain nombre de prescriptions médicamenteuses à visées psychiatriques.

Pour ce qui est des troubles du sommeil chez les enfants placés, 29% des enfants de notre étude rapportaient un sommeil perturbé. Pour deux tiers d'entre eux, il s'agissait de difficultés d'endormissement, et un enfant sur deux se réveillait la nuit. Dans les autres études, la prévalence des troubles du sommeil est assez similaire, variant de 22% en Loire-Atlantique à 25% dans l'Hérault, avec une prédominance en milieu collectif par rapport aux enfants placés en famille d'accueil. En Vendée, les enfants accueillis en lieu de vie collectif avaient également un sommeil plus perturbé que ceux vivant en famille d'accueil (31% contre 28%), sans que la différence soit significative ($p=0.29$). Pour certains enfants, les troubles du sommeil semblaient être en lien avec les visites avec les parents. En effet, il était mentionné pour quelques-uns que les troubles du sommeil se majoraient la veille ou au retour des visites, et ce à tout âge, aussi bien chez les nourrissons qu'à l'adolescence. Ceci n'est pas surprenant, et traduit certainement des souffrances qui ressurgissent au contact des parents. Pour d'autres, les troubles du sommeil semblaient en lien avec le placement en lui-même, perturbant le sommeil lors des premières semaines au sein du lieu d'accueil, et s'atténuant progressivement lorsqu'un certain équilibre était trouvé au bout d'un temps d'adaptation.

4. Retard des acquisitions / Handicap

Dans la population d'enfants confiés à l'ASE, le nombre d'enfants porteurs de handicap (principalement handicap psychique et troubles mentaux et du comportement) est nettement supérieur à la moyenne nationale. Il n'est pas étonnant de constater une proportion très importante d'enfants bénéficiant d'une notification MDPH.

Dans notre étude, 29% des enfants en âge d'être scolarisés avaient une notification MDPH, dont plus de 90% étaient des enfants de plus de 6 ans, contre 2.2% dans la population générale, d'après une analyse statistique réalisée en 2016 par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie auprès de la MDPH ⁽³⁴⁾. Le taux de notification MDPH est donc dix fois plus élevé parmi les enfants placés que dans la population générale. Les résultats des études dans les autres départements (Haute-Savoie, Bouches-du-Rhône et Haute-Savoie) confirment cette proportion (respectivement 15%, 20% et 25% de notifications MDPH). Le taux de notification MDPH chez les enfants placés est d'ailleurs très proche du taux au niveau national (30%) d'après A. Taquet, secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance. Ce taux particulièrement élevé chez les enfants placés peut s'expliquer par une prévalence de handicap plus élevée que dans la population générale. Il s'agit, dans cette population d'enfants placés,

non pas principalement de handicap moteur, mais majoritairement de déficience psychique nécessitant une reconnaissance en termes de handicap et une prise en charge adaptée ⁽³⁵⁾.

On constate par ailleurs que les enfants de plus de 6 ans bénéficiaient quatre fois plus fréquemment d'une notification MDPH que ceux de 3-5 ans (33% contre 7%, $p < 0.001$). Se pose encore une fois la question du dépistage trop tardif du handicap. Nous pouvons supposer que si les enfants bénéficiaient plus tôt d'un dépistage du handicap, ceci permettrait pour davantage d'enfants le maintien d'une scolarité en milieu ordinaire avec des soutiens adaptés (AVS, SESSAD) et cela pourrait éviter certaines orientations en ITEP ou en IME.

Ainsi, il est tout à fait cohérent de voir un certain nombre d'enfants suivre une scolarisation spécialisée dans des établissements spécifiques tels que les IME, ITEP, ULIS. La proportion d'enfants confiés accompagnés d'une AVS (individuelle ou mutualisée) en Vendée était légèrement supérieure à celle des autres départements (6% en Vendée contre 3 à 4% dans l'Hérault, la Haute-Savoie ou les Bouches-du Rhône). Cependant, bien souvent les demandes d'AVS avaient été accordées par la MDPH mais faute de professionnels disponibles, les enfants sont parfois restés plusieurs mois voire un ou deux ans sans AVS, ce qui peut conduire certains à l'échec scolaire.

Il semblerait qu'en Vendée, le taux d'enfants pris en charge par l'ASE et scolarisés en classe spécialisée soit plus élevé que dans les autres départements : 18% des enfants placés en Vendée ont été orientés vers une scolarité adaptée contre 11% dans l'Hérault et les Bouches-du-Rhône. En Haute-Savoie, on compte 7.5% d'enfants placés scolarisés en IME, ce qui est globalement similaire à nos résultats en Vendée (8%).

Dans notre enquête, nous n'avons pas étudié le taux de déscolarisation chez les enfants placés, n'ayant pas posé de question précise par rapport à cela mais elle semble prédominante dans cette population, d'après les études réalisées dans d'autres départements ; le décrochage scolaire est parfois observé dès le collège. Cela s'explique en partie par les troubles du comportement et certaines pathologies psychiatriques, bien plus fréquents que dans la population générale, ayant des conséquences à long terme sur l'autonomie et l'obtention d'un emploi à l'âge adulte.

Parmi les troubles des apprentissages, les troubles du langage sont particulièrement représentés chez les enfants confiés. Dans notre étude, plus d'un enfant placé sur quatre présentait un trouble du langage écrit ou oral, toutes classes d'âges confondues, avec une prédominance chez les garçons (30% contre 26% chez les filles). Il en est de même chez les enfants placés dans l'Hérault, alors que dans la population générale, on estime entre 5 et 10% le taux de troubles du langage chez l'enfant, les troubles diminuant avec l'âge. Chez les enfants placés en Vendée, on retrouve également cette tendance à diminuer avec l'âge, mais la proportion de troubles du langage reste importante à l'approche de la majorité : un enfant sur trois est concerné avant 10 ans, et un enfant sur quatre chez les 15-17 ans.

Parmi ces enfants atteints de troubles du langage, plus de la moitié bénéficiaient d'un suivi orthophonique régulier (soit 16% des enfants pris en charge par l'ASE ; des taux similaires ont été mentionnés en Loire Atlantique, en Haute-Savoie et dans l'Hérault) ; 75 enfants (soit 12% de ceux qui présentaient des troubles du langage) n'avaient pas de suivi mis en place ou avaient arrêté leur suivi. Seulement 26 d'entre eux avaient été orientés vers une orthophoniste à l'issue de la consultation médicale. Deux tiers des enfants avec des troubles du langage et non

suivis auparavant n'ont pas été adressés vers une orthophoniste. On peut s'interroger sur la raison de l'absence d'orientation en rééducation orthophonique. Ont-ils été adressés d'abord à l'ORL pour éliminer un problème d'hypoacousie ? Est-ce un oubli de la part du médecin ?

Il est difficile de comparer la prévalence de troubles « dys » dans notre population par rapport à la population générale, aucune étude n'ayant été réalisée en ce sens en France. Il semblerait que 6 à 10% des enfants soient touchés par au moins un trouble « dys », la dyslexie étant le trouble le plus fréquent. Chez les enfants placés, on pourrait s'attendre à une plus forte proportion d'enfants concernés, pourtant notre étude rapportait 6% d'enfants diagnostiqués « dys », alors que dans l'Hérault, 16% des enfants placés présentaient des troubles « dys », ce qui semble plus cohérent. On peut émettre l'hypothèse que les troubles « dys » chez les enfants placés en Vendée sont sous diagnostiqués, il faudrait certainement mettre l'accent sur cette problématique.

Les troubles d'apprentissage de la propreté chez les enfants confiés sont également prépondérants. S'il semble peu pertinent d'analyser l'énurésie et l'encoprésie avant l'âge de 6 ans, ces troubles pouvant être physiologiques jusqu'à l'entrée en primaire (surtout s'il s'agit d'une énurésie ou encoprésie nocturne), les problèmes d'acquisition de la propreté sont intéressants à étudier au-delà de 6 ans. Chez les enfants confiés, l'énurésie concernait 11% des enfants de plus de 3 ans (dont plus d'un tiers de 3-5 ans) et 7.5% des plus de 6 ans, avec une décroissance avec l'âge et une prédominance masculine. Dans notre étude, 13% des 6-10 ans étaient concernés par des problèmes d'énurésie ; cette même proportion était retrouvée dans le département de l'Hérault dans cette tranche d'âge. Le taux s'élevait encore à 5% chez les jeunes de 15-17 ans placés en Vendée, alors que dans la population générale, on considère que 5% des enfants de 10 ans seraient touchés, et 1 à 2% des adolescents ⁽³⁶⁾.

Concernant l'encoprésie, 4% des plus de 3 ans étaient touchés chez les enfants placés en Vendée, dont 8% des 3-5 ans, ce qui reste physiologique à cet âge, et 4% des 11-14 ans, soit deux fois plus que dans la population générale à cet âge-là. L'étude réalisée chez les enfants placés en Loire-Atlantique retrouvait un taux d'encoprésie de 4.3%, ce qui est semblable aux résultats de notre étude alors que dans l'Hérault, le taux d'encoprésie s'élevait à 3% au-delà de 10 ans.

Il est à noter que les troubles d'apprentissage de la propreté témoignent bien souvent d'une souffrance psychique sous-jacente. Nous l'avons vu, les enfants placés, par leur expérience de vie, sont plus à risque de développer des troubles psychiques que ceux de la population générale, et ce dès leur plus jeune âge ; il n'est donc pas étonnant de constater une plus forte proportion de troubles des apprentissages de la propreté par rapport à la moyenne nationale.

5. Mode de vie

Pour ce qui est des activités extra-scolaires, plus d'un enfant sur deux en Vendée pratiquait une activité sportive ou de loisir, ce qui est similaire aux résultats de l'étude réalisée dans l'Hérault (52%) alors qu'en Loire-Atlantique, le taux d'activité extra-scolaire chez les enfants confiés était de 44%. On remarque néanmoins une forte inégalité selon le lieu de vie, en effet les enfants en FA pratiquaient significativement plus d'activité extra-scolaire que ceux vivant en lieu de vie collectif (respectivement 56% contre 34%, $p < 0.001$). Cette même tendance

a été évoquée dans le département de l'Hérault. On peut supposer qu'il est plus difficile pour les enfants en lieu de vie collectif d'avoir accès à l'activité de loisir de leur choix, ils sont donc probablement moins encouragés à s'inscrire à une activité extra-scolaire qu'en famille d'accueil où l'assistant familial semble plus en mesure d'accompagner l'enfant à l'activité choisie.

Nos résultats se rapprochent de la moyenne nationale, et il est encourageant de voir que les enfants confiés participent, autant que les enfants de la population générale, à des activités de loisirs qui leur permettent de s'épanouir dans un domaine qui leur plait (sportif, art, etc.). En effet, d'après le rapport 2018 du Haut Conseil de la Famille et de l'Âge ⁽³⁷⁾, 56% des enfants de 3 à 10 ans pratiquent une activité extra-scolaire, alors qu'en Vendée cela concerne 48% des enfants placés de moins de 10 ans.

Il faut cependant préciser que depuis l'essor des écrans et jeux vidéo, les jeunes semblent de moins en moins attirés par une activité extérieure. Un adolescent de 15 ans placé en famille d'accueil a d'ailleurs signalé au médecin qui l'examinait qu'il ne pratiquait aucune activité extra-scolaire en disant qu'il « n'aime que les écrans ».

6. Conduites à risques

Les conduites à risques (addictions, fugues, mises en dangers, etc.) représentent une partie de l'enquête sur laquelle il est particulièrement intéressant de s'attarder. Il est indispensable en premier lieu, d'être vigilant sur la notion d'addiction utilisée dans notre questionnaire. En effet, le terme « addiction » au tabac, à l'alcool, etc., utilisé dans notre enquête, équivaut en langage médical à une dépendance à l'une de ces substances, alors qu'il semblerait plutôt s'agir d'une « consommation régulière » plutôt que d'une réelle dépendance. Il était parfois coché « addiction à l'alcool » et précisé à côté que la fréquence était occasionnelle (en soirée par exemple) ; ceci révèle un abus de langage. Il est donc nécessaire d'utiliser le terme « addiction » avec prudence ; il aurait probablement fallu formuler nos items autrement, et parler plutôt « d'abus » de substance. Nous avons donc analysé avec une certaine modération les chiffres relatifs aux différentes addictions.

Bien qu'il soit difficile de comparer la prévalence des addictions chez l'enfant, chaque étude ayant été réalisée selon des paramètres quelque peu différents, les résultats de notre étude permettent d'avoir une idée de la consommation de substances addictives chez les jeunes confiés à l'ASE. La consommation régulière de ces substances augmentait avec l'âge, et ce pour le tabac, l'alcool et le cannabis.

En Vendée, 17% des jeunes de plus de 12 ans déclaraient être consommateurs réguliers de tabac, contre 20% des plus de 10 ans dans le département de l'Hérault, pour atteindre un jeune sur quatre à l'âge de 16-17 ans dans notre étude. Une autre étude concernant les addictions chez les enfants confiés à l'ASE à Paris en 2003 ⁽³⁸⁾ révélait un taux de consommation tabagique chez les 11-12 ans de l'ordre de 8%, soit des chiffres parfaitement similaires à notre étude (8% des 12-13 ans). Néanmoins, l'âge moyen de la première cigarette était nettement plus précoce chez les enfants placés en Vendée (11 ans) que dans la population générale (14.4 ans), d'après l'enquête ESCAPAD réalisée en 2017 par l'Observatoire Français des drogues et toxicomanies chez les adolescents ⁽³⁹⁾. Les enfants placés sont donc exposés au tabac en moyenne trois ans plus tôt que les adolescents de la population générale. Pourtant, si l'on s'intéresse à la

consommation régulière de tabac chez les adolescents, les résultats de notre étude sont comparables à ceux de l'enquête ESCAPAD dans la population générale. Effectivement, 18% des 14-15 ans et 25% des 16-17 ans confiés à l'ASE étaient fumeurs, pour respectivement 19% des jeunes de 15 ans et 25.1% des jeunes de 17 ans dans la population générale. Il est assez surprenant mais rassurant de s'apercevoir qu'il n'y a pas plus de jeunes dépendants au tabac chez les enfants confiés à l'ASE que dans la population générale. Pour ce qui est du sexe ratio, on retrouve une légère prédominance de la consommation de tabac chez les garçons confiés à l'ASE ; il en est de même dans la population générale.

En revanche, la variabilité selon le lieu de placement de l'enfant est flagrante : 9% des jeunes accueillis en FA fumaient, contre 40% en lieu de vie collectif, soit quatre fois plus en accueil collectif ($p < 0.0001$). Cette si grande différence peut paraître étonnante, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'en présence de l'assistant familial, les jeunes en FA n'ont peut-être pas osé avouer la consommation de tabac devant leur adulte référent, alors qu'en milieu collectif, l'accompagnant était bien souvent un adulte plus neutre par rapport au jeune (un éducateur ou un infirmier). Il aurait peut-être été préférable de prendre un temps seul avec l'adolescent pour aborder la partie « conduites à risque et addictions ».

À propos de la consommation d'alcool, 12% des enfants de plus de 12 ans placés en Vendée déclaraient une consommation régulière d'alcool, alors que dans l'Hérault cela concernait seulement 1.3% des plus de 10 ans. Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre étude a probablement pris en compte les jeunes dont la consommation était occasionnelle alors que, dans l'Hérault, seuls les jeunes ayant une vraie dépendance à l'alcool ont dû être comptabilisés. La fréquence de consommation d'alcool n'a été que très rarement complétée, il n'a donc pas été possible d'en déduire une moyenne ni d'en tirer des conclusions.

Contrairement au tabac, les enfants confiés à l'ASE sont plus dépendants à l'alcool que la moyenne nationale. En effet, si l'on compare à la population générale, 8.4% des jeunes de 17 ans consomment régulièrement de l'alcool d'après l'étude ESCAPAD, contre 24% des jeunes de 16-17 ans dans notre étude, soit trois fois plus. L'enquête Parisienne de 2003 mentionnait un risque d'abus d'alcool deux fois plus élevé chez les jeunes confiés à l'ASE que chez ceux de la population générale. On peut parler de vulnérabilité plus importante des jeunes confiés à l'ASE en ce qui concerne l'abus d'alcool, par rapport à des jeunes non placés. On retrouve cette même différence statistiquement significative selon le lieu d'accueil, avec deux fois plus de jeunes dépendants à l'alcool en milieu collectif qu'en FA ($p = 0.005$). L'hypothèse de la difficulté à avouer une telle consommation devant l'assistant familial peut également être évoquée pour l'alcool. Nous pouvons également supposer, pour le tabac comme pour l'alcool, que les assistants familiaux ont plus de facilité à sensibiliser les jeunes individuellement et à les prévenir des dangers des addictions, que le personnel des accueils collectifs des jeunes en foyer de l'enfance, MECS ou lieux de vie.

Concernant la consommation de cannabis, 6% des plus de 12 ans avouaient une consommation régulière en Vendée, contre 5% des plus de 10 ans dans le département de l'Hérault. On remarque que la consommation de cannabis augmente de façon croissante avec l'âge. Dans notre étude, 2% des jeunes de 12-13 ans consommaient régulièrement du cannabis (contre 11% des jeunes de 11-12 ans pris en charge par l'ASE dans l'enquête réalisée à Paris en 2003), pour atteindre 12% à l'âge de 16-17 ans, ce qui est nettement supérieur à la moyenne

nationale à l'âge de 17 ans en France (7.2%). En revanche, la différence selon le sexe n'est pas flagrante chez les enfants placés ; les filles et les garçons confiés à l'ASE sont presque autant concernés par la consommation de cannabis, alors que dans la population générale les garçons sont en moyenne deux fois plus touchés que les filles.

On retrouve, comme pour le tabac et l'alcool, une différence statistiquement significative selon le lieu de vie : les jeunes en lieu de vie collectifs sont cinq fois plus concernés par l'addiction au cannabis qu'en FA (respectivement 15% et 3%, $p < 0.001$)

Dans notre questionnaire, figurait également la notion de la consommation régulière de boissons dites énergisantes (type Redbull), pratique de plus en plus répandue chez les jeunes. Les boissons énergisantes, qui contiennent principalement de la caféine, augmenteraient la tolérance à l'alcool et sont souvent consommées en association avec de l'alcool. Les études réalisées dans la population générale estiment qu'un jeune sur cinq de 11 à 15 ans consomme régulièrement des boissons énergisantes. Dans notre étude, 12% des jeunes de plus de 12 ans étaient concernés, les plus touchés étant les 14-15 ans (16% d'entre eux déclaraient en consommer régulièrement) avec significativement trois fois plus de garçons que de filles (17% contre 5%, $p < 0.0001$) et une prévalence trois fois plus importante en milieu collectif qu'en FA ($p < 0.001$).

Une vigilance particulière doit être portée sur les jeunes accueillis en milieu collectif puisqu'en matière d'addictions (que ce soit tabac, alcool, cannabis ou boissons énergisantes), ils sont significativement plus touchés qu'en famille d'accueil. Il suffit de quelques jeunes adoptant des conduites addictives pour en entraîner d'autres, une grande partie des jeunes en lieu de vie collectif se laissant probablement influencer par le groupe. Il semble important d'envisager des actions de prévention auprès des jeunes accueillis au foyer de l'enfance, en MECS ou en lieu de vie, pour les sensibiliser aux risques liés à la consommation excessive de ces substances.

Un autre élément important concernant les conduites addictives est la notion de dépendance aux jeux vidéo ou aux écrans. Aucune autre étude chez les enfants confiés à l'ASE ne s'intéressait à la place des écrans, nous ne pouvons donc pas comparer nos données à des résultats dans d'autres départements. Dans notre étude, il existait une dépendance aux écrans dès le plus jeune âge, et elle augmentait avec l'âge pour atteindre plus d'un jeune sur deux au-delà de 11 ans. D'après une étude de la DREES en 2015, 43% des enfants scolarisés en grande section passent plus d'une heure par jour devant un écran ⁽⁴⁰⁾, alors que dans notre population, 10% des enfants de 3-5 ans présentaient une addiction aux écrans. Il s'agit probablement d'une sous-estimation dans notre étude, du fait d'un biais de déclaration, et surtout parce que la notion « d'addiction aux écrans » n'avait pas été définie au préalable en termes de fréquence quotidienne. De plus, il est difficile de comparer nos résultats concernant l'addiction aux écrans à ceux d'autres études, la plupart des études réalisées exposant leurs résultats en nombre d'heures hebdomadaires, ce qui n'a pas été étudié dans notre population.

Il est en revanche plus surprenant de ne pas retrouver de différence selon le lieu de vie, contrairement à chacune des autres addictions étudiées. Les enfants en famille d'accueil sont autant concernés par l'addiction aux jeux vidéo ou aux écrans que ceux en milieu collectif alors qu'on aurait pu s'attendre à une prévalence plus faible en famille d'accueil. Effectivement, les

règles à propos de l'utilisation des écrans semblent plus applicables en famille d'accueil qu'en milieu collectif, puisque la prise en charge de l'enfant y est plus individuelle. Il apparaît essentiel, au vu des conséquences défavorables des écrans sur le développement cérébral de l'enfant, de rappeler aux assistants familiaux la nécessité d'être plus attentifs à la fréquence d'utilisation des écrans par les jeunes qu'ils accueillent. Bien que la majorité des jeunes soient limités à une heure d'écrans par jour, certains enfants avouaient 5 à 6 heures d'écrans par jour, voire jusqu'à 10-12 heures par jour en période de vacances pour certains adolescents.

Enfin, si l'on s'intéresse aux enfants adoptant des conduites qui les mettent en danger ou qui fuguent, 16% des enfants de plus de 6 ans étaient concernés dans notre étude, contre 18% en Loire-Atlantique, et la prévalence augmente significativement avec l'âge. Comme pour les autres addictions (en dehors de l'addiction aux écrans), les jeunes accueillis en lieu de vie collectif fuyaient significativement plus que ceux en FA (respectivement 36% et 11%, $p < 0.0001$, soit trois fois plus). Dans la population générale, les fugues concernent davantage les filles que les garçons, ce qui n'a pas été constaté dans notre étude.

Pour finir, le faible taux de réponse à propos des items concernant la sexualité des adolescents placés nous questionne sur l'abord de la sexualité chez ces jeunes. Si 13% des jeunes ont déclaré utiliser un moyen de contraception, 99% d'entre eux avaient plus de 15 ans. Il semblerait que la question n'ait été posée que rarement chez les 11-14 ans. Est-il plus difficile d'en parler avec l'adolescent en présence d'un accompagnateur ? Faudrait-il proposer à l'adolescent à partir de 11 ans une consultation seul, ou inviter l'accompagnateur de l'enfant à s'éclipser dans un second temps pour pouvoir échanger plus librement avec l'adolescent ? Est-ce un sujet tabou que seuls les médecins se sentant à l'aise avec la question abordent ? Est-ce le rôle du médecin généraliste, des éducateurs ou d'intervenants extérieurs, d'aborder la sexualité avec les adolescents ?

C. Ouverture et perspectives d'avenir

Deux grands projets visant à améliorer la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance ont vu le jour récemment et font écho à notre étude, à plus grande échelle : le projet PEGASE et le projet VABRES, que nous détaillons ci-après.

1. À l'échelle nationale

a) Projet PEGASE

D'après l'arrêté du 19 juillet 2019 du ministère des solidarités et de la santé ⁽⁴¹⁾ le projet PEGASE est un « *programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance* ». Son élaboration fait suite à plusieurs constats, notamment le mauvais état de santé physique et psychique des enfants à l'entrée dans les services de protection de l'enfance, avec une évolution vers un handicap social pour un tiers d'entre eux, une insuffisance de bilan de santé initial et de

suivi, et l'absence trop fréquente d'un dossier médical attaché à l'enfant tout au long de son parcours.

Ce projet est en quelque sorte à l'image du modèle utilisé depuis plus de vingt ans pour le suivi des prématurés, qui bénéficient d'un suivi très protocolisé. Il a d'ailleurs été démontré dans l'étude Saint-Ex ⁽⁴²⁾ que les enfants placés prématurés étaient finalement ceux dont l'évolution à l'âge adulte était la meilleure.

Le projet PEGASE a pour objectifs de structurer le suivi des enfants placés à travers l'instauration d'un bilan de santé initial standardisé, l'ajout de six bilans de santé supplémentaires avant l'âge de sept ans, soit vingt bilans de santé à âges fixes jusqu'à sept ans, dont douze examens seraient renforcés. Le renforcement de ces examens médicaux passe par la mesure du niveau de développement de l'enfant, l'évaluation de la santé psychique et de l'état psychologique ainsi que du développement du langage, à l'aide d'échelles simples et validées. Ce travail d'expérimentation a également pour objet de vérifier que les soins nécessaires à l'enfant ont bien été effectués, de rassembler les éléments des bilans de santé dans un dossier médical informatisé et standardisé, afin de garantir une traçabilité du parcours des enfants placés.

Le projet PEGASE envisage l'inclusion de 2450 enfants admis avant l'âge de cinq ans dans l'une des quinze pouponnières sociales participant au projet, dont celle de Vendée. La durée de ce protocole d'expérimentation est évaluée à cinq ans, et permettra d'observer l'évolution de ces enfants, afin d'identifier les besoins de prise en charge spécifiques. Il est attendu, à l'issue de ce projet, des soins plus précoces offrant une meilleure santé à ces enfants à long terme, ainsi qu'un impact financier avec une réduction des coûts liés à la prise en charge de la santé des enfants placés.

b) Projet VABRES

Sur le même modèle que le projet PEGASE, l'arrêté du 3 juin 2019 ⁽⁴³⁾ prévoit un projet expérimental au niveau régional, porté par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et le Dr N. VABRES du CHU de Nantes, s'intéressant à la mise en place d'un « *parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés* ». Il s'agit d'un projet d'expérimentation qui se déroule dans trois départements, à savoir la Loire-Atlantique, la Haute-Vienne, et les Pyrénées-Atlantiques, pour une durée de quatre ans (2019 à 2022). Il s'appuie sur la réalisation d'évaluations médicales et psychologiques des enfants de 0 à 18 ans pris en charge au titre de la protection de l'enfance, par des médecins généralistes ou pédiatres volontaires. Le cadre de ce projet prévoit d'orienter ces enfants, si nécessaire et le plus précocement possible, vers un spécialiste (psychologue, pédopsychiatre ou psychomotricien), afin d'initier une prise en charge adaptée aux besoins de l'enfant.

Ce projet, axé sur la santé mentale et le repérage précoce des troubles psychiques, précise que le médecin généraliste où le pédiatre devra effectuer annuellement l'actualisation du suivi de l'enfant et réguler lui-même l'accès aux soins en santé mentale en adressant directement l'enfant aux structures de son territoire (CMP, CMPP, CAMPS, pédopsychiatre de secteur). Il envisage par ailleurs un travail en parallèle avec les familles, dans le but d'impliquer au maximum les parents dans la prise en charge de leur enfant. Ce projet devrait s'étendre à d'autres départements pour devenir national d'ici 2022.

c) Instituts de victimologie

D'autres projets sont également proposés au niveau national ⁽¹⁹⁾. En particulier, A. Taquet, secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, a annoncé en novembre 2019 la création, à partir de 2020, d'unités spécialisées dans la prise en charge du psycho-traumatisme des enfants victimes de violences. Ces centres ambulatoires spécialisés, au nombre de cinq sur le territoire national, viendront renforcer les réseaux déjà existants et devraient permettre un accompagnement global psychologique, somatique et social des victimes de violence quel que soit le type de violence subie, et une sensibilisation des professionnels (psychologues, psychiatres, infirmiers, etc.) au repérage des troubles psycho-traumatiques.

2. À l'échelle départementale en Vendée

a) Place du MRPE et d'une infirmière rattachée à l'ASE

Comme énoncé dans la partie I de ce travail et en écho à l'article 7 de la loi du 14 mars 2016, la création d'un poste de Médecin Référent Protection de l'Enfance au sein de chaque département, doit contribuer à l'amélioration de la prise en compte de la santé physique et psychique des enfants confiés à l'ASE, par les différentes actions de prévention et de promotion menées.

Plus récemment, l'ASE de Vendée a décidé la création d'un nouveau poste pour renforcer l'équipe médicale, avec le recrutement imminent d'une IDE dans le but de soutenir le MRPE et travailler en collaboration avec ce dernier. Parmi ses missions, qui visent à faire évoluer la prise en compte de l'état de santé des enfants confiés, on note qu'elle apportera un soutien concret auprès des assistants familiaux accueillant des enfants ayant des problèmes médicaux complexes. Elle mettra également en place des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants et des lieux d'accueil. Elle accompagnera aussi les jeunes à leur sortie du service de l'ASE en leur offrant des conseils pour le suivi de leur santé.

Par ses différentes missions, l'infirmière contribuera à la poursuite du travail de veille de la santé des enfants confiés souligné par cette thèse, notamment en direction des mineurs accueillis en milieu collectif.

b) Neuropsychologue de l'ASE

Parallèlement, en novembre 2019, l'arrivée d'une neuropsychologue dans le service de l'ASE est venue compléter l'équipe. En lien avec les autres intervenants médico-psychologiques, la neuropsychologue, spécialisée dans le repérage des troubles neurodéveloppementaux des enfants, participe au dépistage précoce des troubles des apprentissages, et donc des troubles « dys ». Son rôle consiste principalement à évaluer le développement cognitif de l'enfant par l'analyse précise de ses compétences et de ses incapacités. Cette évaluation fine aidera à l'orientation des enfants en difficultés vers un soutien adapté et devrait permettre d'éviter certaines orientations excessives dans des établissements comme les IME. Par ailleurs, si nécessaire, elle assurera l'accompagnement de l'enfant, qu'il soit individuel ou collectif au sein de groupes thérapeutiques.

c) Rapport de situation des enfants de moins de 2 ans

Enfin, à l'initiative du MRPE de Vendée, un groupe de travail pluridisciplinaire (réunissant assistant familial, éducateurs, cadre éducatif, psychologue, médecin de PMI et MRPE), a élaboré un protocole relatif au repérage des difficultés de développement des enfants de moins de 2 ans.

Il s'agit d'un outil simple, actuellement en cours d'expérimentation, qui permet d'explorer de façon régulière l'évolution globale de l'enfant de 0 à 2 ans. Ce projet doit étendre l'expérimentation aux enfants de 2 à 6 ans dans un second temps.

Il repose d'une part sur l'utilisation des grilles ASQ (Ages and Stages Questionnaires), adaptées à l'âge de l'enfant, basées sur 5 domaines ; à savoir la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et les aptitudes individuelles et sociales. Il s'appuie, d'autre part, sur le remplissage d'une fiche d'observation détaillée concernant le quotidien de l'enfant (alimentation, sommeil, hygiène, relation à l'autre, etc.) Ces documents sont complétés par les assistants familiaux puis analysés par la psychologue de l'ASE.

L'ensemble de ces éléments doit amener à repérer le plus précocement possible les difficultés développementales de l'enfant afin d'instaurer les suivis nécessaires.

Ceci permettra de renseigner précisément le domaine « développement, santé physique et psychique de l'enfant » du rapport de situation rédigé tous les six mois pour les enfants de moins de 2 ans pour actualiser le projet pour l'enfant.

Tout cela vient d'ores et déjà répondre en partie aux besoins identifiés par ce travail, notamment via la mise en place de dépistages précoces en termes de troubles du développement psychomoteur des enfants confiés.

CONCLUSION

Au terme de ce travail se dégagent quelques problématiques spécifiques à la santé des enfants confiés, dont la prise en charge est à la fois complexe et primordiale afin qu'ils trouvent, malgré leur histoire et les ruptures liées au placement, un certain équilibre et bien-être tout au long de leur prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance et après leur sortie de l'ASE. Nous retenons que les enfants confiés à l'ASE sont souvent touchés par des pathologies psychiques, des troubles des apprentissages et du comportement, des addictions et des besoins de compensation du handicap plus élevés que ceux de la population générale, comme cela avait été constaté précédemment dans d'autres études.

Il apparaît indispensable d'intégrer davantage les parents dans la prise en charge de la santé de leur enfant. En effet, l'absence des parents aux différentes consultations de suivi de leur enfant constitue une faille véritable dans la connaissance globale de l'enfant. Bien que des moyens soient déjà en place pour faciliter leur accès aux consultations médicales de leur enfant, il s'agirait de solliciter vivement leur présence aussi souvent que possible, quel que soit l'âge ou le lieu d'accueil de l'enfant, ce qui permettrait de recueillir des informations précieuses sur la période néonatale et les antécédents familiaux de l'enfant, essentielles au bon accompagnement de ce dernier. La présence des parents, au minimum lors de la consultation médicale annuelle, constituerait un bon moyen pour eux d'exercer leur parentalité auprès de leur enfant.

Nous avons noté que la santé mentale est altérée pour plus d'un enfant sur deux ; il apparaît donc nécessaire d'instaurer de manière systématique un entretien avec un psychologue, au minimum à l'admission de l'enfant dans les services de la protection de l'enfance, et au moins une fois par an pendant toute la durée du placement, et ce même si l'enfant ne semble pas, au premier abord, présenter de signes de souffrance psychique. Cette évaluation psychologique d'emblée et régulière au cours du placement pourrait être initiée par la psychologue de l'ASE en l'absence de suivi antérieur, ou par le psychologue qui suit l'enfant habituellement. Ceci offrirait à l'ensemble des enfants placés un bilan sur le plan de la santé mentale et permettrait ainsi des dépistages et orientations moins tardifs vers des professionnels adaptés. Certains progrès restent donc à faire en termes de repérage précoce de troubles psychiques, notamment chez les enfants de moins de 2 ans.

La lecture des résultats de cette étude laisse apparaître une différence manifeste entre les enfants hébergés en famille d'accueil et ceux vivant en milieu collectif, pour un certain nombre de critères, notamment pour ce qui est des addictions. Nos résultats pointent que le type de placement n'apporte pas le même soutien à l'enfant, ni le même encadrement. Pourtant, en ce qui concerne la santé psychique et la dépendance aux écrans, le mode d'accueil n'avait aucune influence. Il paraît important d'impliquer davantage les professionnels travaillant au sein des lieux de vie collectifs dans le suivi des enfants, en particulier à l'adolescence, où les prises de risque et comportements addictifs sont prépondérants.

Une nouvelle enquête pourrait être envisagée dans quelques temps sur l'ensemble des enfants inclus dans cette étude, afin d'évaluer les bénéfices et modalités du suivi sur le plan psychique, à plus long terme, après mise en place du renforcement de ce suivi pour tous les enfants confiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Ayala C. L'histoire de la protection de l'enfance. *Le Journal des psychologues*. 2010 Avr;4(277):24-7.
2. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. *JORF* n°55 du 6 mars 2007. 2007 Mars 5;4215.
3. Observatoire national de l'enfance en danger. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=2ahUKewjpsPGtxdrkAhWwz4UKHdlyB7cQFjAGegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.onpe.gouv.fr%2Fressources%2F7-enjeux-loi-5-mars-2007-reformant-protection-lenfance&usg=AOvVaw0vXzrw_vofosX0-iJBHnkW
4. Article L. 112-3. Code de l'action sociale et des familles. 2007 Juin 3.
5. Observatoire national de la protection de l'enfance. Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf
6. Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles. *JORF* n°0261 [Internet]. 2016 Nov 9 [cité 13 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033359294&categorieLien=id>
7. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascensio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2002 [cité 5 sept 2015]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
8. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. [Internet]. Haute autorité de santé; 2014 Oct [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
9. Felitti V, Andra R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May;14(4):245-58.

10. Treizième rapport au Gouvernement et au Parlement. [Internet]. Observatoire national de la protection de l'enfance; 2019 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/13e_ragp_complet_web_0.pdf
11. Mainaud T. Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale. Activité, personnel et clientèle au 15 décembre 2008. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Document de travail. Série statistiques. [Internet]. 2012 Sept [cité 10 sept 2019];(173). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestats173.pdf>
12. Conseil départemental de la Vendée. Enfance. Prédominance de l'accueil individuel avec près de 90 % de l'offre de garde. [Internet]. Disponible sur: <https://observatoire.vendee.fr/population-et-societe/vie-sociale/enfance/>
13. Mainaud T. Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'Aide Sociale à l'Enfance. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 2013 Jul;(845).
14. Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. [Internet]. Le Défenseur des droits et le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; 2016 Mars [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18498
15. Bacro F, Rambaud A, Humbert C, Sellenet C. La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. [Internet]. Nantes: Observatoire National de l'Enfance en Danger; Centre de Recherche en Éducation de Nantes; 2013 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf
16. Martin A, Jégo-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône. Santé Publique. 2017;29(5):665-75.
17. Corbet É, Robin P, Bourgeaux I, Guye O, Fontaine-Gavino K, Jacob I, et al. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. [Internet]. Lyon: CREA Rhône-Alpes; Département de la Haute-Savoie; ORS Rhône-Alpes; IREPS Rhône-Alpes; 2012 Oct [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ONED_res.pdf
18. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiat Enfan. 2014 Sept;62(5):299-312.

19. Je veux en finir avec la violence. Et vous ? Mesures pour lutter contre les violences faites à nos enfants. [Internet]. Pacte pour l'enfance ; Ministère des solidarités et de la santé; [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_plan_violences_faites_aux_enfants.pdf
20. Meslin P. Étude observationnelle de l'état de santé et de la prise en charge médicale des mineurs et jeunes majeurs placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans l'Hérault en 2014-2015. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; Faculté de médecine; 2015.
21. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde [Internet]. 2014 [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145088/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf;jsessionid=2B0F741B9A87403F990625007BB0634B?sequence=1
22. Institut National d'Études Démographiques. Naissances totales par sexe [Internet]. [cité 30 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-sexe/>
23. David S, Tallec A, Picherot G. Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans) [Internet]. ORS Pays de la Loire, La santé des habitants des Pays de la Loire; 2017 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/SanteHabPDL2017/2017_etatsantepdl_1-17ans.pdf
24. Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU). Asthme chez l'enfant. [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/asthme_enfant/site/html/1.html
25. Delmas M-C, Guignon N, Leynaert B, Moisy M, Marguet C, Fuhrman C. Augmentation de la prévalence de l'asthme chez le jeune enfant en France. *Rev Mal Respir.* 2017 Jan;34(S):525-34.
26. Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC) [Internet]. Santé publique France; [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/articles/enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac>
27. Verdote C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(13):234-41.

28. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Les Éditions Inserm. Paris; 2002.
29. Roux H, Chapelon E, Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*. 2013 Apr;39(2):85-93.
30. Alvin P. Anorexies et boulimies à l'adolescence. 4e ed. Paris: Douin; 2013. (Conduites).
31. Flament M, Obeid N. Prevalence of eating disorders : a comparative study between France, the USA and Canada. *Neuropsychiat Enf*. 2012 Jul;60(5S):13.
32. Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2018 Juin;31(3):113-45.
33. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *Brit J Psychiat*. 2007 Apr;190:319-25.
34. CNSA. Les personnes ayant recours à la MDPH en 2016 : portrait des territoires [Internet]. 2016 [cité 6 oct 2019]. (Analyse statistique). Report No.: 7. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_n7_personnes_ayant_recours_aux_mdph_en_2016-nov_2018.pdf
35. De Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, Gaudart J, Richardson A, Soffer M, et al. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans les Bouches-du-Rhône. *Arch Pédiatrie*. 2015 Sept;22(9):932-42.
36. El Koukouchi A. Intérêts et connaissances des médecins généralistes et pédiatres d'Île de France sur la prise en charge de l'énurésie [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. [Paris]: Université Paris Diderot ; Faculté de médecine; 2014.
37. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Les temps et les lieux tiers des enfants et des adolescents hors maison et hors scolarité. [Internet]. 2018 Févr [cité 28 sept 2019]. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcfea-rapport_temps_et_lieux_tiers_des_enfants_06.04.2018.pdf
38. Département de Paris, DASES, SDAFE, SERD. Étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris. État de santé physique et psychologique, vie relationnelle, comportements et conduites à risque, vie sociale et loisirs, scolarité [Internet]. Grenoble; 2003 août [cité 28 sept 2019]. Report No.: 395 A. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/etude_ase_paris_2003_sante.pdf

39. Spilka S, Le Nézet O, Janssen É, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *tendances*. 2018 Fév;(123):1-8.
40. Chardon O, Guignon N, De Saint Pol T. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et résultats*, DREES. 2015 Juin;(920):1-6.
41. Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance. JORF n°0179 du 3 août 2019 [Internet]. 2019 Août 3 [cité 5 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038873271&categorieLien=id>
42. Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance. *Revue française des affaires sociales*. 2016;1:343-74.
43. Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. JORF n°0138 du 16 juin 2019 [Internet]. 2019 Juin 16 [cité 4 oct 2019]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vabres_arr_t_.pdf
44. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):68-81.
45. Nicand É. Couverture vaccinale en France : des efforts à soutenir en 2018 [Internet]. 2018 [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/12246-couverture-vaccinale-en-france-des-efforts-a-soutenir-en-2018>

ANNEXES

Annexe 1 : ancienne version de la fiche de visite médicale annuelle



Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Enfance et de la Famille
Service Protection Maternelle et Infantile
40 rue du Maréchal Foch
85923 La Roche sur Yon cedex 9

VISITE MÉDICALE ANNUELLE

**Se présenter obligatoirement
avec le carnet de santé**

Nom	Prénom	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance	Lieu de naissance	
Nom et adresse du père :		
.....		
Nom et adresse de la mère :		
.....		

PARTIE À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT PAR : L'ASSISTANT(E) FAMILIAL(E) ou L'ÉTABLISSEMENT

Document à retourner à l'adresse suivante :

Madame le Docteur VERDON

Médecin Chef du Service Protection Maternelle et Infantile

Conseil Départemental de la Vendée - 40 rue du Maréchal Foch - 85923 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9

NOM de la famille d'accueil	Tél.
Adresse	
Commune	
L'enfant est-il placé chez vous à temps complet <input type="checkbox"/>	le week-end <input type="checkbox"/> depuis le
et/ou de l'établissement	Tél.
Adresse	
Commune	Code postal
Cas de l'enfant en internat de semaine : <i>une seule visite sera à organiser, par l'assistant(e) familial(e) ou par l'établissement, qui devra, d'un commun accord, la programmer au mieux des possibilités de chacun.</i>	
Établissement scolaire fréquenté	
Classe	Interne <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/>
Activités de loisirs	
Activités sportives	

.../...

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, FAMILIAUX ET PERSONNELS

ANTÉCÉDENTS AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Non Oui

Hospitalisation (motifs)

Accidents

Autres

VACCINATIONS (photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé)

.....
.....
.....

Vaccins prévus : (l'autorisation écrite des parents doit être obtenue)

CROISSANCE

Poids Taille..... Âge.....

IMC.....

Puberté Non En cours Acquise

Observations

.....

EXAMEN SOMATIQUE

Tension artérielle.....

.....

.....

.....

VISION

Vision testée Oui Non

Suivi ophtalmologiste Oui Non

Date dernier rendez-vous.....

Nom du spécialiste

AUDITION

Audition testée Oui Non

Suivi régulier Oui Non

Date dernier rendez-vous.....

Nom du spécialiste

ORTHOPHONIE

Suivi orthophoniste Oui Non

Nom du spécialiste

PATHOLOGIE DENTAIRE

Caries à soigner Oui Non

Troubles orthodontiques ? Spécialiste

Si traités, année du début de traitement

La demande de prise en charge doit être faite avant le seizième anniversaire.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

.....
.....
.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi ? Oui Non

Si oui, lequel ?
.....

L'enfant relève-t-il d'une prise en charge à 100 % en Affection Longue Durée ? Oui Non

Relève-t-il d'une prise en charge MDPH ? Oui Non

Prise d'un traitement régulier ? Oui Non

Si oui, lequel ?
.....

ONT ÉTÉ CONSEILLÉS LORS DE CETTE CONSULTATION

Consultation(s) spécialisée(s).....

Examen(s) complémentaire(s).....

Motifs
.....

À, le

Signature et cachet obligatoires du médecin

Examen pratiqué par :

Médecin traitant

Médecin de PMI

Médecin de l'Établissement

Autre (hospitalier, etc.)



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Enfance et de la Famille
Service de l'Aide Sociale à l'Enfance
40, rue Maréchal Foch
85923 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9

CONSULTATION MEDICALE

Se présenter obligatoirement avec le carnet de santé et la carte vitale du mineur.

CETTE PAGE EST A REMPLIR PAR
L'ASSISTANT(E) FAMILIAL(E) OU PAR L'ETABLISSEMENT

Nom du mineur : **Prénom :** Sexe : F M

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom et adresse du père :

Nom et adresse de la mère :

Nom de la famille d'accueil : Tél.

Adresse :

Commune : Code postal :

L'enfant est-il placé chez vous : à temps complet le week-end Depuis le.....

ou/et de l'établissement Tél.

Adresse :

Commune : Code postal :

Scolarité :

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe : Interne Externe Demi-pensionnaire

L'enfant bénéficie-t-il :

d'une prise en charge par le RASED d'un PAI

d'une orientation MDPH : AVS-I AVS-M

SESSAD ITEP ULIS IME

Autre Précisez :

Nom des professionnels qui interviennent auprès de l'enfant pour le suivi médical, psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, orthoptique, kinésithérapeute...

Nom	Qualité	Fréquence d'intervention

Y a-t-il eu une consultation du mineur par le psychologue de l'ASE depuis sa prise en charge :

Oui Non Je ne sais pas

Activités de loisirs : Oui Non Précisez :

Activités sportives : Oui Non Précisez :

ANTECEDENTS

- **Antécédents familiaux :** Oui Non Je ne sais pas

Précisez :

- **Antécédents personnels :**

• Poids de naissance : Terme :

• médicaux : Oui Non Je ne sais pas

• chirurgicaux : Oui Non Je ne sais pas

• allergiques : Oui Non Je ne sais pas

- **Au cours des 12 derniers mois :**

• Hospitalisation (motifs) : Oui Non Précisez :

• Accidents : Oui Non Précisez :

• Autres :

VACCINATIONS (photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé)

- Vaccins à jour : Oui Non

- Vaccins prévus : (l'autorisation écrite des parents doit être obtenue au préalable)

.....

.....

.....

AUTRES INFORMATIONS

L'enfant relève-t-il d'une prise en charge à 100% en affection longue durée ? Oui Non

Relève-t-il d'une notification MDPH ? Oui Non

Prise d'un traitement régulier ? Oui Non

Si oui, lequel ?

SOMMEIL

Existence d'un trouble ? oui non

Difficultés d'endormissement : Oui Non

Réveils nocturnes : Oui Non

Cauchemars et/ou terreurs nocturnes : Oui Non

Autre : Précisez :

ALIMENTATION

Existence d'un trouble ? oui non

Anorexie : Oui Non

Boulimie : Oui Non

Alimentation sélective : Oui Non

Autre : Précisez :

SANTE PSYCHIQUE

L'enfant ou l'adolescent présente-t-il des difficultés psychologiques ou du comportement ?
Oui Non Précisez :

Présente-t-il une énurésie : Oui Non et/ou une encoprésie : Oui Non

Présente-t-il un trouble « dys » ? Oui Non Précisez :

Un bilan psychologique a-t-il été réalisé ? Oui Non

Bénéficie-t-il d'un suivi psychologique : Oui Non

d'un suivi pédopsychiatrique : Oui Non

d'un suivi en psychomotricité : Oui Non

Précisez (CAMPS, SESSAD, CMP, CMPP, hôpital de jour, suivi en libéral...) :

Ce suivi vous semble-t-il adapté ? Oui Non Précisez :

Un traitement médicamenteux est-il nécessaire ? Oui Non Précisez :

PREVENTION POUR LES PREADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTS

Addictions :

Tabac : Oui Non Quantité par jour : 1^{ère} cigarette à l'âge de :

Cannabis : Oui Non Autres drogues :

Boissons énergisantes : Oui Non

Alcool : Oui Non Type :

Quantité et fréquence :

Jeux vidéo / écrans : Oui Non Nombre d'heures par jour :

Sexualité :

Contraception : Oui Non Laquelle ?

Risque IST : Oui Non

Orientation à prévoir au Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) si nécessaire :
Oui Non

Fugues et conduites à risques : Oui Non Précisez :

Des informations sur la prévention ont-elles pu être données (utilisation du téléphone portable, conduites à risque.....) ? Oui Non

CROISSANCE

Âge : Poids : Taille : IMC : PC :

Puberté : Non En cours Acquis

Observations :

EXAMEN SOMATIQUE

Examen normal : Oui Non TA :

Précisez :

VISION

Vision testée : Oui Non Résultat normal : Oui Non
 Suivi ophtalmologiste : Oui Non
 Nom du spécialiste : Date du dernier rendez-vous :

AUDITION

Audition testée : Oui Non Résultat normal : Oui Non
 Suivi régulier : Oui Non
 Nom du spécialiste : Date du dernier rendez-vous :

LANGAGE ECRIT/ORAL

Existence d'un trouble : Oui Non Précisez :

 Suivi orthophonique : Oui Non
 Bilan demandé : Oui Non

ETAT BUCCO-DENTAIRE

Caries à soigner : Oui Non
 Troubles orthodontiques : Oui Non Nom du spécialiste :

ONT ETE CONSEILLES LORS DE CETTE CONSULTATION

Consultation(s) spécialisée(s) :
 Examen(s) complémentaire(s) :
 Motifs :

Carnet de santé vu : Oui Non

Examen pratiqué par :

Médecin généraliste
 Médecin de PMI
 Médecin de l'établissement
 Autre (hospitalier, etc.)

A Le

Signature et cachet du médecin obligatoires

Accompagnateur du mineur :

Père
 Mère
 Assistant(e) familial(e)
 Educateur
 Autre
 Précisez :

Ce document est à retourner à l'adresse suivante :

**Madame le Docteur Anne HARDY,
 Médecin référent protection de l'enfance
 Service de l'Aide Sociale à l'Enfance
 Conseil départemental de la Vendée
 40, rue Maréchal Foch – 85923 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9**



Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Enfance et de la Famille
Service Aide Sociale à l'Enfance

Dossier suivi par : Lucie GUILLOU-LEPAIN
N° à rappeler : 02.28.85.89.09
Réf. : LGL/2019-090
La Roche-sur-Yon, le : Le 20 mai 2019

Note à l'attention des

*Assistants familiaux recrutés par
le Service de l'Aide Sociale à l'Enfance
du Département de la Vendée*

Objet : Suivi médical des enfants confiés au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Madame, Monsieur,

Le mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance est un enfant fragilisé dont l'histoire est bien souvent complexe.

Aussi, le temps de l'accueil de cet enfant est un moment favorable pour réaliser un bilan global de son développement et répondre à ses besoins.

Le Pôle Solidarités et Famille souhaite en particulier mettre l'accent sur le suivi de la santé de ces enfants.

Dans cet objectif, il est prévu :

- une visite médicale systématique de début d'accueil à réaliser dans le mois qui suit l'arrivée de l'enfant. Il vous appartient de contacter le médecin du Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour l'organiser ;

Pour les mineurs non accompagnés, un protocole spécifique est en place avec le centre d'examen de santé de la CPAM.

~~une visite médicale annuelle à réaliser :~~

- pour les enfants de moins de six ans par le médecin de PMI référent ;
- pour les enfants de plus de six ans par le médecin de PMI référent ou par le médecin généraliste de votre choix ;
- pour les mineurs non accompagnés par le médecin généraliste de votre choix.

Pour faciliter la prise de rendez-vous, je vous invite à consulter en annexe le tableau des dates et lieux de consultations proposés.

Conseil Départemental
Pôle Solidarités et Famille - Direction de l'Enfance et de la Famille
Service Aide Sociale à l'Enfance
40 rue du Maréchal Foch - 85923 La Roche sur Yon cedex 9
Tél. 02 28 85 85 85 - www.vendee.fr

.../...

Lors de la visite par le médecin généraliste, un imprimé-type (cf. document en annexe) doit être rempli et envoyé au médecin référent protection de l'enfance dans le mois suivant la visite, à l'adresse suivante :

Madame le Docteur Anne HARDY,
Médecin référent protection de l'enfance
Service de l'Aide Sociale à l'Enfance
Conseil départemental de la Vendée
40, rue Maréchal Foch
85923 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9

Les parents des enfants sont informés de la visite médicale par l'éducateur de placement ou de suivi et peuvent être présents s'ils le souhaitent. Pour ce faire, il vous appartient de communiquer très rapidement la date de ce rendez-vous à l'éducateur.

En dehors de ces visites annuelles, c'est le médecin de votre choix qui intervient en cas de nécessité. Les consultations obligatoires de suivi du développement des enfants de moins de six ans doivent être réalisées par le médecin de PMI.

Par ailleurs, quel que soit l'âge de l'enfant, vous devez informer le médecin de PMI qui est référent du suivi médical de l'enfant confié au Service de l'ASE de :

- toute consultation médicale spécialisée ;
- tout acte chirurgical envisagé ;
- tout événement médical grave survenu sur le lieu de l'accueil.

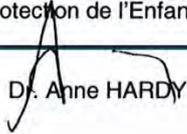
De même, vous devez informer les médecins spécialistes de la nécessité d'envoyer un compte-rendu de leur consultation au médecin de PMI.

Nous attirons votre attention sur l'obligation de respecter cette organisation afin de garantir la prise en compte de la santé des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de la Vendée.

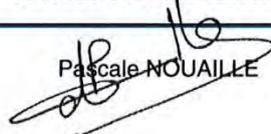
En vous remerciant de votre précieuse coopération, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Le Président du Conseil Départemental
Pour le Président et par délégation,

Le médecin référent
Protection de l'Enfance,


Dr. Anne HARDY

Le Chef de service
de l'Aide Sociale à l'Enfance,


Pascale NOUAILLE



Note à l'attention des

*Lieux de vie et des établissements d'accueil
des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance*

Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Enfance et de la Famille
Service Aide Sociale à l'Enfance

Dossier suivi par : Lucie GUILLOU-LEPAIN
N° à rappeler : 02.28.85.89.09
Réf. : CC/LGL/2019-091
La Roche-sur-Yon, le : Le 20 mai 2019

Objet : Suivi médical des enfants confiés au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Madame, Monsieur,

Le mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance est un enfant fragilisé dont l'histoire est bien souvent complexe.

Aussi, le temps de l'accueil de cet enfant est un moment favorable pour réaliser un bilan global de son développement et répondre à ses besoins.

Le Pôle Solidarités et Famille souhaite en particulier mettre l'accent sur le suivi de la santé de ces enfants.

Dans cet objectif, il est prévu :

- une visite médicale systématique de début d'accueil à réaliser dans le mois qui suit l'arrivée de l'enfant. Il vous appartient de contacter le médecin du Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour l'organiser ;

Pour les mineurs non accompagnés, un protocole spécifique est en place avec le centre d'examen de santé de la CPAM.

- une visite médicale annuelle à réaliser :
 - pour les enfants de moins de six ans par le médecin de PMI référent ;
 - pour les enfants de plus de six ans par le médecin de PMI référent ou par le médecin généraliste de votre choix ;
 - pour les mineurs non accompagnés par le médecin généraliste de votre choix.

Pour faciliter la prise de rendez-vous, je vous invite à consulter en annexe le tableau des dates et lieux de consultation proposés.

Conseil Départemental
Pôle Solidarités et Famille - Direction de l'Enfance et de la Famille
Service Aide Sociale à l'Enfance
40 rue du Maréchal Foch - 85923 La Roche sur Yon cedex 9
Tél. 02 28 85 85 85 - www.vendee.fr

.../...

Lors de la consultation par le médecin généraliste, un imprimé-type (cf. document en annexe) doit être rempli et envoyé au médecin référent protection de l'enfance dans le mois suivant la visite, à l'adresse suivante :

Madame le Docteur Anne HARDY,
Médecin référent protection de l'enfance
Service de l'Aide Sociale à l'Enfance
Conseil départemental de la Vendée
40, rue Maréchal Foch
85923 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9

Il vous appartient d'informer les parents des enfants de la date de cette visite médicale à laquelle ils peuvent être présents s'ils le souhaitent.

En dehors de ces visites annuelles, c'est le médecin de votre choix qui intervient en cas de nécessité. Les consultations obligatoires de suivi de développement des enfants de moins de six ans doivent être réalisées par le médecin de PMI.

Par ailleurs, quel que soit l'âge de l'enfant, vous devez informer le médecin de PMI qui est référent du suivi médical de l'enfant confié au Service de l'ASE, de :

- toute consultation médicale spécialisée ;
- tout acte chirurgical envisagé ;
- tout événement médical grave survenu sur le lieu de l'accueil.

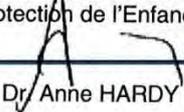
De même, vous devez informer les médecins spécialistes de la nécessité d'envoyer un compte-rendu de leur consultation au médecin de PMI.

Nous attirons votre attention sur l'obligation de respecter cette organisation afin de garantir la prise en compte de la santé des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de la Vendée.

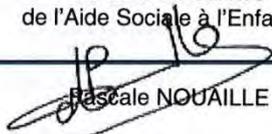
En vous remerciant pour votre précieuse coopération, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Le Président du Conseil Départemental
Pour le Président et par délégation,

Le médecin référent
Protection de l'Enfance,


Dr. Anne HARDY

Le Chef de service
de l'Aide Sociale à l'Enfance,


Fescale NOUAILLE

Annexe 5 : courrier joint à la fiche de consultation, adressé aux médecins traitants



Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Enfance et de la Famille
Service de l'Aide Sociale à l'Enfance
40, rue Maréchal Foch
85923 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9

Dr. Anne HARDY

☎ 02.28.85.89.09

AH/LGL/2018.0..

Cher confrère,

Le Conseil départemental de la Vendée accorde une attention particulière au suivi médical des enfants qui lui sont confiés dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Je vous remercie de bien vouloir me retourner, dûment complété, le document de consultation médicale annuelle de cet enfant dans l'enveloppe T mise à votre disposition, ainsi que le double des comptes rendus médicaux ou des examens complémentaires prescrits en cours d'année.

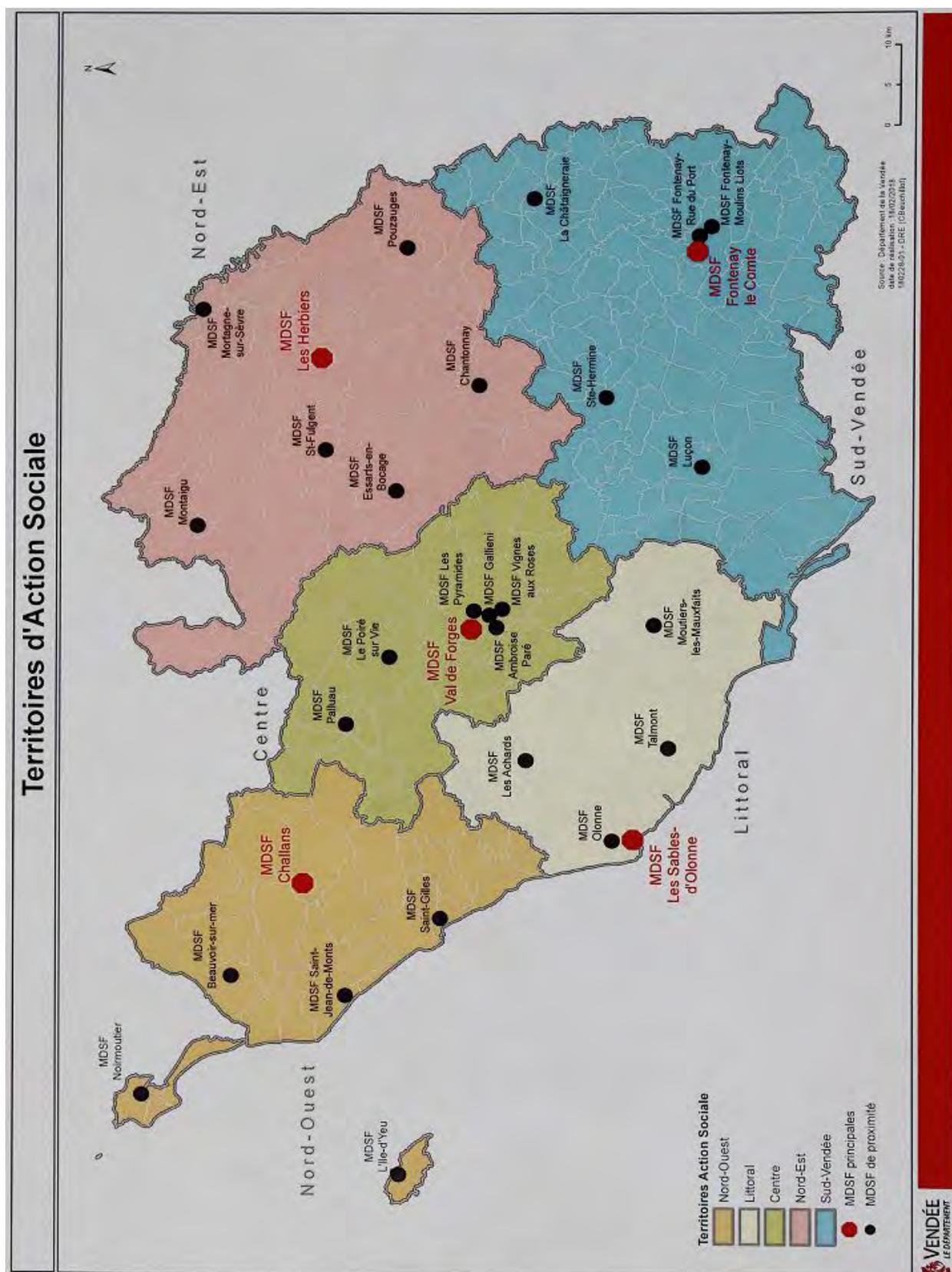
Les éléments transmis restent confidentiels, dans un dossier médical qui pourra être consulté par les parents ou par le jeune à sa majorité.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Le Médecin référent protection de l'enfance
du service de l'Aide Sociale à l'Enfance,

Docteur Anne HARDY

Annexe 6 : territoires d'Action Sociale en Vendée : répartition des MDSF



Annexe 7 : tableau IMC moyen des garçons de 2 à 18 ans (tableau IOTF)

		Males							
		BMI (kg/m ²) at age 18 years							
Age months	Age (years)	16	17	18.5	23	25	27	30	35
24	2	13.6	14.29	15.24	17.54	18.36	19.07	19.99	21.2
25	2.08	13.58	14.26	15.2	17.49	18.31	19.03	19.95	21.16
26	2.17	13.55	14.23	15.16	17.45	18.26	18.98	19.9	21.11
27	2.25	13.52	14.2	15.13	17.41	18.22	18.93	19.85	21.07
28	2.33	13.5	14.17	15.09	17.36	18.17	18.89	19.81	21.03
29	2.42	13.47	14.14	15.06	17.32	18.13	18.85	19.77	20.99
30	2.5	13.44	14.11	15.02	17.28	18.09	18.8	19.73	20.95
31	2.58	13.42	14.08	14.99	17.24	18.05	18.76	19.68	20.91
32	2.67	13.39	14.05	14.95	17.2	18	18.72	19.64	20.88
33	2.75	13.37	14.02	14.92	17.16	17.97	18.68	19.61	20.84
34	2.83	13.34	13.99	14.89	17.12	17.93	18.64	19.57	20.81
35	2.92	13.32	13.96	14.86	17.08	17.89	18.61	19.54	20.78
36	3	13.3	13.94	14.83	17.05	17.85	18.57	19.5	20.75
37	3.08	13.27	13.91	14.8	17.01	17.82	18.54	19.47	20.72
38	3.17	13.25	13.89	14.77	16.98	17.79	18.5	19.44	20.7
39	3.25	13.23	13.86	14.74	16.95	17.75	18.47	19.41	20.67
40	3.33	13.21	13.84	14.71	16.91	17.72	18.44	19.38	20.65
41	3.42	13.19	13.81	14.68	16.88	17.69	18.41	19.36	20.63
42	3.5	13.16	13.79	14.66	16.85	17.66	18.38	19.33	20.61
43	3.58	13.14	13.76	14.63	16.83	17.63	18.36	19.31	20.6
44	3.67	13.12	13.74	14.61	16.8	17.61	18.33	19.29	20.59
45	3.75	13.1	13.72	14.58	16.77	17.58	18.31	19.27	20.57
46	3.83	13.08	13.7	14.56	16.75	17.56	18.29	19.25	20.56
47	3.92	13.06	13.67	14.53	16.72	17.54	18.27	19.24	20.56
48	4	13.04	13.65	14.51	16.7	17.52	18.25	19.23	20.56
49	4.08	13.02	13.63	14.49	16.68	17.5	18.24	19.21	20.56
50	4.17	13	13.61	14.46	16.66	17.48	18.22	19.21	20.56
51	4.25	12.98	13.59	14.44	16.64	17.46	18.21	19.2	20.56
52	4.33	12.96	13.57	14.42	16.62	17.45	18.2	19.2	20.57
53	4.42	12.94	13.55	14.4	16.61	17.44	18.19	19.2	20.59
54	4.5	12.92	13.53	14.38	16.59	17.43	18.19	19.2	20.6
55	4.58	12.9	13.51	14.36	16.58	17.42	18.18	19.2	20.63
56	4.67	12.88	13.49	14.34	16.56	17.41	18.18	19.21	20.65
57	4.75	12.86	13.47	14.32	16.55	17.4	18.18	19.22	20.68
58	4.83	12.84	13.44	14.3	16.54	17.4	18.18	19.23	20.71
59	4.92	12.82	13.42	14.28	16.53	17.39	18.19	19.25	20.75
60	5	12.8	13.4	14.26	16.52	17.39	18.19	19.27	20.79
61	5.08	12.78	13.38	14.24	16.51	17.39	18.2	19.29	20.84
62	5.17	12.75	13.36	14.22	16.51	17.4	18.21	19.32	20.89
63	5.25	12.73	13.34	14.2	16.5	17.4	18.23	19.35	20.95
64	5.33	12.71	13.32	14.18	16.5	17.41	18.24	19.38	21.01
65	5.42	12.69	13.3	14.17	16.5	17.41	18.26	19.42	21.08
66	5.5	12.66	13.27	14.15	16.5	17.42	18.28	19.46	21.15
67	5.58	12.64	13.25	14.13	16.5	17.44	18.31	19.5	21.23
68	5.67	12.62	13.23	14.11	16.5	17.45	18.33	19.55	21.31
69	5.75	12.6	13.21	14.1	16.51	17.46	18.36	19.59	21.4
70	5.83	12.58	13.19	14.08	16.51	17.48	18.39	19.65	21.49
71	5.92	12.56	13.18	14.07	16.52	17.5	18.42	19.7	21.59
72	6	12.54	13.16	14.06	16.52	17.52	18.45	19.76	21.69
73	6.08	12.52	13.14	14.04	16.53	17.54	18.49	19.82	21.79
74	6.17	12.5	13.12	14.03	16.54	17.56	18.53	19.88	21.9
75	6.25	12.48	13.11	14.02	16.56	17.59	18.57	19.94	22.01
76	6.33	12.47	13.1	14.01	16.57	17.62	18.61	20.01	22.12
77	6.42	12.45	13.08	14.01	16.58	17.64	18.65	20.08	22.24
78	6.5	12.44	13.07	14	16.6	17.67	18.7	20.15	22.35
79	6.58	12.43	13.06	14	16.62	17.7	18.74	20.22	22.47
80	6.67	12.42	13.06	13.99	16.64	17.73	18.79	20.29	22.59
81	6.75	12.41	13.05	13.99	16.66	17.77	18.84	20.36	22.71
82	6.83	12.4	13.05	13.99	16.68	17.8	18.89	20.44	22.83
83	6.92	12.39	13.04	13.99	16.7	17.84	18.94	20.51	22.96
84	7	12.39	13.04	14	16.73	17.88	18.99	20.59	23.08
85	7.08	12.39	13.04	14	16.75	17.91	19.04	20.66	23.21
86	7.17	12.39	13.04	14.01	16.78	17.95	19.09	20.74	23.33
87	7.25	12.39	13.04	14.02	16.81	17.99	19.15	20.82	23.45
88	7.33	12.39	13.05	14.02	16.84	18.04	19.2	20.9	23.58
89	7.42	12.39	13.05	14.04	16.87	18.08	19.26	20.98	23.7
90	7.5	12.39	13.06	14.05	16.9	18.12	19.32	21.06	23.83
91	7.58	12.4	13.07	14.06	16.93	18.17	19.38	21.14	23.95

Males									
Age months	Age (years)	BMI (kg/m ²) at age 18 years							
		16	17	18.5	23	25	27	30	35
92	7.67	12.4	13.07	14.07	16.97	18.21	19.43	21.22	24.08
93	7.75	12.41	13.08	14.09	17	18.26	19.5	21.3	24.21
94	7.83	12.41	13.09	14.1	17.04	18.31	19.56	21.39	24.34
95	7.92	12.42	13.1	14.12	17.08	18.36	19.62	21.47	24.47
96	8	12.43	13.11	14.13	17.12	18.41	19.68	21.56	24.6
97	8.08	12.44	13.13	14.15	17.15	18.46	19.75	21.65	24.74
98	8.17	12.44	13.14	14.17	17.19	18.51	19.81	21.74	24.88
99	8.25	12.45	13.15	14.18	17.23	18.56	19.88	21.83	25.02
100	8.33	12.46	13.16	14.2	17.27	18.62	19.95	21.92	25.16
101	8.42	12.47	13.17	14.22	17.32	18.67	20.02	22.02	25.31
102	8.5	12.48	13.19	14.24	17.36	18.73	20.09	22.11	25.45
103	8.58	12.49	13.2	14.26	17.4	18.78	20.16	22.21	25.61
104	8.67	12.5	13.21	14.28	17.44	18.84	20.23	22.31	25.76
105	8.75	12.51	13.23	14.3	17.49	18.9	20.3	22.41	25.92
106	8.83	12.52	13.24	14.32	17.53	18.95	20.37	22.51	26.07
107	8.92	12.53	13.25	14.34	17.57	19.01	20.45	22.61	26.23
108	9	12.54	13.27	14.36	17.62	19.07	20.52	22.71	26.4
109	9.08	12.55	13.28	14.38	17.67	19.13	20.6	22.82	26.56
110	9.17	12.56	13.3	14.4	17.71	19.19	20.67	22.92	26.72
111	9.25	12.58	13.31	14.42	17.76	19.25	20.75	23.03	26.89
112	9.33	12.59	13.33	14.44	17.8	19.31	20.83	23.13	27.05
113	9.42	12.6	13.35	14.47	17.85	19.37	20.9	23.24	27.22
114	9.5	12.61	13.36	14.49	17.9	19.43	20.98	23.34	27.39
115	9.58	12.63	13.38	14.51	17.94	19.49	21.06	23.45	27.55
116	9.67	12.64	13.4	14.53	17.99	19.55	21.13	23.55	27.71
117	9.75	12.65	13.41	14.56	18.04	19.61	21.21	23.66	27.88
118	9.83	12.67	13.43	14.58	18.09	19.67	21.29	23.76	28.04
119	9.92	12.68	13.45	14.61	18.13	19.74	21.36	23.86	28.2
120	10	12.7	13.47	14.63	18.18	19.8	21.44	23.96	28.35
121	10.08	12.71	13.49	14.66	18.23	19.86	21.51	24.06	28.51
122	10.17	12.73	13.51	14.68	18.28	19.92	21.59	24.16	28.65
123	10.25	12.74	13.53	14.71	18.32	19.97	21.66	24.25	28.8
124	10.33	12.76	13.55	14.73	18.37	20.04	21.73	24.35	28.94
125	10.42	12.78	13.57	14.76	18.42	20.09	21.8	24.44	29.08
126	10.5	12.8	13.59	14.79	18.47	20.15	21.88	24.54	29.22
127	10.58	12.81	13.61	14.82	18.52	20.21	21.95	24.63	29.35
128	10.67	12.83	13.63	14.84	18.56	20.27	22.02	24.72	29.48
129	10.75	12.85	13.66	14.87	18.61	20.33	22.09	24.81	29.61
130	10.83	12.87	13.68	14.9	18.66	20.39	22.16	24.9	29.73
131	10.92	12.89	13.7	14.93	18.71	20.45	22.23	24.98	29.86
132	11	12.91	13.73	14.96	18.76	20.51	22.29	25.07	29.97
133	11.08	12.94	13.75	14.99	18.81	20.56	22.36	25.15	30.09
134	11.17	12.96	13.78	15.02	18.86	20.62	22.43	25.24	30.2
135	11.25	12.98	13.8	15.05	18.91	20.68	22.5	25.32	30.31
136	11.33	13	13.83	15.08	18.95	20.74	22.56	25.4	30.42
137	11.42	13.03	13.86	15.12	19	20.79	22.63	25.48	30.52
138	11.5	13.05	13.89	15.15	19.05	20.85	22.7	25.56	30.63
139	11.58	13.08	13.92	15.18	19.1	20.91	22.76	25.64	30.73
140	11.67	13.1	13.94	15.22	19.15	20.97	22.83	25.72	30.83
141	11.75	13.13	13.97	15.25	19.2	21.03	22.89	25.79	30.93
142	11.83	13.16	14.01	15.29	19.25	21.08	22.96	25.87	31.02
143	11.92	13.19	14.04	15.32	19.31	21.14	23.02	25.94	31.12
144	12	13.21	14.07	15.36	19.36	21.2	23.09	26.02	31.21
145	12.08	13.24	14.1	15.4	19.41	21.25	23.15	26.09	31.3
146	12.17	13.28	14.13	15.44	19.46	21.31	23.22	26.17	31.39
147	12.25	13.31	14.17	15.47	19.51	21.37	23.28	26.24	31.47
148	12.33	13.34	14.2	15.51	19.56	21.43	23.34	26.31	31.56
149	12.42	13.37	14.24	15.55	19.61	21.49	23.4	26.38	31.64
150	12.5	13.4	14.27	15.59	19.67	21.54	23.47	26.45	31.73
151	12.58	13.44	14.31	15.63	19.72	21.6	23.53	26.52	31.81
152	12.67	13.47	14.34	15.67	19.77	21.66	23.6	26.59	31.89
153	12.75	13.5	14.38	15.71	19.82	21.72	23.66	26.66	31.97
154	12.83	13.54	14.42	15.75	19.88	21.78	23.72	26.73	32.04
155	12.92	13.58	14.46	15.8	19.93	21.83	23.78	26.8	32.12
156	13	13.61	14.5	15.84	19.99	21.89	23.84	26.87	32.19
157	13.08	13.65	14.54	15.88	20.04	21.95	23.91	26.94	32.27
158	13.17	13.69	14.58	15.93	20.09	22.01	23.97	27	32.33
159	13.25	13.73	14.62	15.97	20.15	22.07	24.03	27.07	32.41

Males									
BMI (kg/m ²) at age 18 years									
Age months	Age (years)	16	17	18.5	23	25	27	30	35
160	13.33	13.76	14.66	16.02	20.2	22.13	24.1	27.14	32.48
161	13.42	13.8	14.7	16.06	20.26	22.19	24.15	27.2	32.54
162	13.5	13.84	14.74	16.11	20.31	22.24	24.22	27.26	32.6
163	13.58	13.88	14.79	16.16	20.37	22.3	24.28	27.33	32.67
164	13.67	13.93	14.83	16.2	20.43	22.36	24.34	27.39	32.74
165	13.75	13.97	14.87	16.25	20.48	22.42	24.4	27.46	32.8
166	13.83	14.01	14.92	16.3	20.54	22.48	24.46	27.52	32.86
167	13.92	14.05	14.96	16.35	20.6	22.54	24.53	27.58	32.92
168	14	14.09	15.01	16.39	20.65	22.6	24.59	27.64	32.97
169	14.08	14.14	15.05	16.44	20.71	22.66	24.65	27.7	33.03
170	14.17	14.18	15.1	16.49	20.76	22.72	24.71	27.76	33.08
171	14.25	14.22	15.14	16.54	20.82	22.77	24.76	27.82	33.14
172	14.33	14.26	15.19	16.59	20.88	22.83	24.82	27.88	33.19
173	14.42	14.31	15.23	16.64	20.93	22.89	24.88	27.94	33.25
174	14.5	14.35	15.28	16.68	20.99	22.95	24.94	28	33.3
175	14.58	14.4	15.33	16.73	21.04	23	25	28.05	33.34
176	14.67	14.44	15.37	16.78	21.1	23.06	25.06	28.11	33.39
177	14.75	14.48	15.42	16.83	21.15	23.12	25.11	28.16	33.43
178	14.83	14.53	15.46	16.88	21.21	23.17	25.17	28.22	33.47
179	14.92	14.57	15.51	16.93	21.26	23.23	25.22	28.27	33.52
180	15	14.61	15.55	16.98	21.31	23.28	25.27	28.32	33.56
181	15.08	14.66	15.6	17.02	21.37	23.33	25.33	28.37	33.6
182	15.17	14.7	15.64	17.07	21.42	23.39	25.38	28.42	33.64
183	15.25	14.74	15.69	17.12	21.47	23.44	25.43	28.47	33.67
184	15.33	14.78	15.73	17.16	21.52	23.49	25.48	28.52	33.71
185	15.42	14.83	15.78	17.21	21.57	23.54	25.53	28.56	33.74
186	15.5	14.87	15.82	17.26	21.62	23.59	25.58	28.61	33.78
187	15.58	14.91	15.87	17.3	21.67	23.64	25.63	28.66	33.81
188	15.67	14.95	15.91	17.35	21.72	23.69	25.68	28.7	33.85
189	15.75	15	15.95	17.4	21.77	23.74	25.73	28.75	33.88
190	15.83	15.04	16	17.44	21.82	23.79	25.78	28.8	33.92
191	15.92	15.08	16.04	17.49	21.87	23.84	25.83	28.84	33.95
192	16	15.12	16.08	17.53	21.92	23.89	25.88	28.89	33.98
193	16.08	15.16	16.12	17.57	21.97	23.94	25.92	28.93	34.01
194	16.17	15.2	16.17	17.62	22.01	23.99	25.97	28.97	34.05
195	16.25	15.24	16.21	17.66	22.06	24.04	26.02	29.02	34.08
196	16.33	15.28	16.25	17.71	22.11	24.08	26.07	29.06	34.12
197	16.42	15.32	16.29	17.75	22.16	24.13	26.11	29.11	34.15
198	16.5	15.36	16.33	17.79	22.2	24.18	26.16	29.15	34.19
199	16.58	15.4	16.37	17.83	22.25	24.22	26.21	29.2	34.23
200	16.67	15.44	16.41	17.88	22.29	24.27	26.25	29.24	34.26
201	16.75	15.47	16.45	17.92	22.34	24.32	26.3	29.29	34.31
202	16.83	15.51	16.49	17.96	22.39	24.37	26.35	29.34	34.35
203	16.92	15.55	16.53	18	22.43	24.41	26.4	29.38	34.39
204	17	15.59	16.57	18.04	22.48	24.46	26.44	29.43	34.43
205	17.08	15.62	16.6	18.08	22.52	24.5	26.49	29.48	34.48
206	17.17	15.66	16.64	18.12	22.57	24.55	26.54	29.52	34.52
207	17.25	15.69	16.68	18.16	22.61	24.6	26.58	29.57	34.57
208	17.33	15.73	16.72	18.2	22.66	24.64	26.63	29.62	34.61
209	17.42	15.76	16.75	18.24	22.7	24.69	26.68	29.67	34.66
210	17.5	15.8	16.79	18.28	22.74	24.73	26.72	29.71	34.7
211	17.58	15.83	16.83	18.31	22.79	24.78	26.77	29.76	34.75
212	17.67	15.87	16.86	18.35	22.83	24.82	26.81	29.81	34.8
213	17.75	15.9	16.9	18.39	22.87	24.87	26.86	29.86	34.85
214	17.83	15.93	16.93	18.43	22.91	24.91	26.91	29.9	34.9
215	17.92	15.97	16.97	18.46	22.96	24.96	26.95	29.95	34.95
216	18	16	17	18.5	23	25	27	30	35

Annexe 8 : tableau IMC moyen des filles de 2 à 18 ans (tableau IOTF)

Females									
BMI (kg/m ²) at age 18 years									
Age months	Age (years)	16	17	18.5	23	25	27	30	35
24	2	13.4	14.05	14.96	17.25	18.09	18.83	19.81	21.13
25	2.08	13.37	14.02	14.93	17.21	18.05	18.79	19.77	21.09
26	2.17	13.35	14	14.9	17.17	18	18.75	19.73	21.05
27	2.25	13.32	13.97	14.86	17.13	17.96	18.71	19.68	21.01
28	2.33	13.3	13.94	14.83	17.09	17.92	18.67	19.64	20.97
29	2.42	13.27	13.91	14.8	17.05	17.88	18.63	19.6	20.94
30	2.5	13.25	13.88	14.77	17.01	17.84	18.59	19.57	20.9
31	2.58	13.22	13.86	14.74	16.98	17.81	18.55	19.53	20.87
32	2.67	13.2	13.83	14.71	16.94	17.77	18.52	19.5	20.84
33	2.75	13.18	13.8	14.68	16.91	17.74	18.48	19.47	20.81
34	2.83	13.15	13.78	14.65	16.88	17.71	18.45	19.44	20.79
35	2.92	13.13	13.75	14.62	16.85	17.68	18.42	19.41	20.77
36	3	13.11	13.73	14.6	16.82	17.64	18.39	19.38	20.74
37	3.08	13.09	13.7	14.57	16.79	17.62	18.36	19.36	20.72
38	3.17	13.07	13.68	14.54	16.76	17.59	18.34	19.33	20.7
39	3.25	13.04	13.66	14.52	16.73	17.56	18.31	19.31	20.69
40	3.33	13.02	13.63	14.49	16.7	17.53	18.29	19.29	20.67
41	3.42	13	13.61	14.47	16.68	17.51	18.26	19.27	20.66
42	3.5	12.98	13.59	14.44	16.65	17.48	18.24	19.25	20.65
43	3.58	12.96	13.56	14.42	16.62	17.46	18.22	19.23	20.64
44	3.67	12.94	13.54	14.39	16.6	17.44	18.2	19.21	20.63
45	3.75	12.91	13.52	14.37	16.58	17.41	18.18	19.2	20.62
46	3.83	12.89	13.49	14.34	16.55	17.39	18.16	19.18	20.62
47	3.92	12.87	13.47	14.32	16.53	17.37	18.14	19.17	20.62
48	4	12.85	13.45	14.3	16.51	17.35	18.13	19.16	20.61
49	4.08	12.83	13.43	14.27	16.49	17.34	18.11	19.15	20.62
50	4.17	12.81	13.4	14.25	16.47	17.32	18.1	19.15	20.62
51	4.25	12.78	13.38	14.23	16.45	17.31	18.09	19.14	20.63
52	4.33	12.76	13.36	14.2	16.43	17.29	18.08	19.14	20.64
53	4.42	12.74	13.34	14.18	16.42	17.28	18.07	19.14	20.66
54	4.5	12.72	13.31	14.16	16.4	17.27	18.06	19.14	20.67
55	4.58	12.7	13.29	14.14	16.39	17.26	18.06	19.15	20.69
56	4.67	12.67	13.27	14.12	16.37	17.25	18.06	19.15	20.72
57	4.75	12.65	13.25	14.1	16.36	17.24	18.06	19.16	20.74
58	4.83	12.63	13.23	14.08	16.35	17.24	18.06	19.17	20.77
59	4.92	12.61	13.21	14.06	16.34	17.23	18.06	19.19	20.81
60	5	12.59	13.18	14.04	16.33	17.23	18.06	19.2	20.84
61	5.08	12.56	13.16	14.02	16.32	17.23	18.07	19.22	20.89
62	5.17	12.54	13.14	14	16.32	17.23	18.08	19.24	20.93
63	5.25	12.52	13.12	13.98	16.31	17.23	18.09	19.27	20.98
64	5.33	12.5	13.1	13.97	16.31	17.24	18.1	19.3	21.04
65	5.42	12.48	13.08	13.95	16.3	17.24	18.12	19.33	21.09
66	5.5	12.45	13.06	13.93	16.3	17.25	18.13	19.36	21.16
67	5.58	12.43	13.04	13.92	16.3	17.26	18.15	19.4	21.22
68	5.67	12.41	13.02	13.9	16.3	17.27	18.18	19.43	21.29
69	5.75	12.39	13	13.89	16.31	17.28	18.2	19.48	21.37
70	5.83	12.37	12.99	13.87	16.31	17.3	18.22	19.52	21.44
71	5.92	12.36	12.97	13.86	16.32	17.31	18.25	19.57	21.52
72	6	12.34	12.96	13.85	16.32	17.33	18.28	19.61	21.61
73	6.08	12.32	12.94	13.84	16.33	17.35	18.31	19.67	21.7
74	6.17	12.31	12.93	13.83	16.34	17.37	18.35	19.72	21.79
75	6.25	12.29	12.92	13.82	16.36	17.39	18.38	19.78	21.89
76	6.33	12.28	12.9	13.82	16.37	17.42	18.42	19.84	21.99
77	6.42	12.27	12.9	13.81	16.39	17.45	18.46	19.9	22.09
78	6.5	12.26	12.89	13.81	16.4	17.48	18.5	19.96	22.19
79	6.58	12.25	12.88	13.81	16.42	17.51	18.55	20.03	22.3
80	6.67	12.24	12.88	13.81	16.44	17.54	18.59	20.1	22.41
81	6.75	12.23	12.87	13.81	16.47	17.58	18.64	20.17	22.53
82	6.83	12.23	12.87	13.81	16.49	17.61	18.69	20.24	22.64
83	6.92	12.23	12.87	13.82	16.52	17.65	18.74	20.32	22.76
84	7	12.23	12.87	13.83	16.54	17.69	18.8	20.39	22.88
85	7.08	12.23	12.88	13.83	16.57	17.73	18.85	20.47	23
86	7.17	12.23	12.88	13.84	16.61	17.78	18.91	20.55	23.13
87	7.25	12.23	12.89	13.86	16.64	17.82	18.97	20.63	23.26
88	7.33	12.24	12.9	13.87	16.67	17.87	19.03	20.72	23.39
89	7.42	12.24	12.9	13.88	16.71	17.91	19.09	20.8	23.52
90	7.5	12.25	12.91	13.9	16.74	17.96	19.15	20.89	23.65

Females									
BMI (kg/m ²) at age 18 years									
Age months	Age (years)	16	17	18.5	23	25	27	30	35
91	7.58	12.25	12.92	13.91	16.78	18.01	19.22	20.98	23.79
92	7.67	12.26	12.93	13.93	16.82	18.07	19.28	21.07	23.93
93	7.75	12.27	12.95	13.95	16.86	18.12	19.35	21.16	24.07
94	7.83	12.28	12.96	13.96	16.9	18.17	19.42	21.25	24.21
95	7.92	12.29	12.97	13.98	16.94	18.23	19.49	21.35	24.36
96	8	12.3	12.98	14	16.99	18.28	19.56	21.44	24.5
97	8.08	12.31	13	14.02	17.03	18.34	19.63	21.54	24.65
98	8.17	12.32	13.01	14.04	17.07	18.39	19.7	21.64	24.8
99	8.25	12.33	13.03	14.06	17.12	18.45	19.77	21.74	24.95
100	8.33	12.34	13.04	14.08	17.16	18.51	19.85	21.84	25.1
101	8.42	12.35	13.06	14.1	17.21	18.57	19.92	21.94	25.26
102	8.5	12.37	13.07	14.12	17.25	18.63	20	22.04	25.42
103	8.58	12.38	13.09	14.15	17.3	18.69	20.07	22.14	25.58
104	8.67	12.39	13.1	14.17	17.34	18.75	20.15	22.24	25.74
105	8.75	12.4	13.12	14.19	17.39	18.81	20.22	22.35	25.9
106	8.83	12.41	13.13	14.21	17.44	18.87	20.3	22.45	26.06
107	8.92	12.42	13.15	14.23	17.48	18.93	20.38	22.56	26.22
108	9	12.44	13.16	14.26	17.53	18.99	20.46	22.66	26.39
109	9.08	12.45	13.18	14.28	17.58	19.05	20.53	22.77	26.55
110	9.17	12.46	13.2	14.3	17.63	19.12	20.61	22.88	26.72
111	9.25	12.47	13.22	14.33	17.68	19.18	20.69	22.99	26.88
112	9.33	12.49	13.23	14.35	17.73	19.24	20.77	23.09	27.05
113	9.42	12.5	13.25	14.38	17.78	19.31	20.85	23.2	27.21
114	9.5	12.52	13.27	14.4	17.83	19.38	20.94	23.31	27.38
115	9.58	12.53	13.29	14.43	17.88	19.44	21.02	23.42	27.55
116	9.67	12.55	13.31	14.46	17.94	19.51	21.1	23.53	27.71
117	9.75	12.57	13.33	14.49	17.99	19.58	21.18	23.64	27.88
118	9.83	12.59	13.36	14.52	18.04	19.64	21.27	23.75	28.04
119	9.92	12.61	13.38	14.55	18.1	19.71	21.35	23.86	28.2
120	10	12.63	13.4	14.58	18.16	19.78	21.43	23.97	28.36
121	10.08	12.65	13.43	14.61	18.21	19.85	21.52	24.08	28.52
122	10.17	12.67	13.46	14.64	18.27	19.92	21.6	24.19	28.68
123	10.25	12.69	13.48	14.68	18.33	19.99	21.69	24.29	28.83
124	10.33	12.72	13.51	14.71	18.39	20.07	21.77	24.4	28.98
125	10.42	12.74	13.54	14.75	18.45	20.14	21.86	24.51	29.14
126	10.5	12.77	13.57	14.78	18.51	20.21	21.95	24.62	29.28
127	10.58	12.79	13.6	14.82	18.57	20.28	22.03	24.72	29.43
128	10.67	12.82	13.63	14.86	18.63	20.36	22.12	24.83	29.58
129	10.75	12.85	13.67	14.9	18.7	20.43	22.2	24.94	29.72
130	10.83	12.88	13.7	14.94	18.76	20.51	22.29	25.04	29.86
131	10.92	12.91	13.74	14.98	18.82	20.58	22.38	25.15	30
132	11	12.94	13.77	15.03	18.89	20.66	22.47	25.25	30.14
133	11.08	12.97	13.81	15.07	18.95	20.73	22.55	25.36	30.28
134	11.17	13.01	13.84	15.11	19.02	20.81	22.64	25.46	30.41
135	11.25	13.04	13.88	15.16	19.09	20.89	22.73	25.57	30.54
136	11.33	13.08	13.92	15.2	19.15	20.96	22.81	25.67	30.67
137	11.42	13.11	13.96	15.25	19.22	21.04	22.9	25.77	30.8
138	11.5	13.15	14	15.3	19.29	21.12	22.99	25.87	30.93
139	11.58	13.18	14.04	15.35	19.36	21.2	23.08	25.98	31.05
140	11.67	13.22	14.09	15.39	19.42	21.27	23.16	26.08	31.17
141	11.75	13.26	14.13	15.44	19.49	21.35	23.25	26.18	31.3
142	11.83	13.3	14.17	15.49	19.56	21.43	23.34	26.28	31.42
143	11.92	13.34	14.22	15.54	19.63	21.51	23.42	26.38	31.54
144	12	13.38	14.26	15.59	19.7	21.59	23.51	26.47	31.66
145	12.08	13.42	14.31	15.65	19.77	21.66	23.59	26.57	31.77
146	12.17	13.47	14.35	15.7	19.84	21.74	23.68	26.67	31.89
147	12.25	13.51	14.4	15.75	19.91	21.82	23.76	26.76	32
148	12.33	13.55	14.45	15.8	19.98	21.9	23.85	26.86	32.11
149	12.42	13.6	14.5	15.86	20.05	21.97	23.93	26.95	32.22
150	12.5	13.64	14.54	15.91	20.12	22.05	24.02	27.05	32.33
151	12.58	13.69	14.59	15.96	20.19	22.12	24.1	27.14	32.43
152	12.67	13.73	14.64	16.02	20.26	22.2	24.18	27.22	32.53
153	12.75	13.78	14.69	16.07	20.33	22.27	24.26	27.31	32.63
154	12.83	13.82	14.74	16.13	20.39	22.35	24.34	27.4	32.73
155	12.92	13.87	14.79	16.18	20.46	22.42	24.42	27.49	32.82
156	13	13.92	14.84	16.23	20.53	22.49	24.49	27.57	32.91
157	13.08	13.96	14.89	16.29	20.59	22.56	24.57	27.65	33

Females									
BMI (kg/m ²) at age 18 years									
Age months	Age (years)	16	17	18.5	23	25	27	30	35
158	13.17	14.01	14.94	16.34	20.66	22.63	24.64	27.73	33.09
159	13.25	14.06	14.99	16.4	20.72	22.7	24.71	27.81	33.17
160	13.33	14.1	15.04	16.45	20.79	22.77	24.79	27.88	33.24
161	13.42	14.15	15.09	16.5	20.85	22.84	24.86	27.96	33.32
162	13.5	14.2	15.13	16.55	20.91	22.9	24.92	28.03	33.39
163	13.58	14.24	15.18	16.61	20.98	22.97	24.99	28.1	33.47
164	13.67	14.29	15.23	16.66	21.04	23.03	25.06	28.16	33.53
165	13.75	14.34	15.28	16.71	21.1	23.09	25.12	28.23	33.6
166	13.83	14.38	15.33	16.76	21.15	23.15	25.18	28.29	33.66
167	13.92	14.43	15.38	16.81	21.21	23.21	25.25	28.36	33.72
168	14	14.47	15.42	16.86	21.27	23.27	25.31	28.42	33.78
169	14.08	14.52	15.47	16.91	21.33	23.33	25.37	28.48	33.83
170	14.17	14.57	15.52	16.96	21.38	23.39	25.42	28.53	33.88
171	14.25	14.61	15.57	17.01	21.43	23.44	25.48	28.59	33.93
172	14.33	14.65	15.61	17.06	21.49	23.5	25.53	28.64	33.98
173	14.42	14.7	15.66	17.11	21.54	23.55	25.59	28.69	34.03
174	14.5	14.74	15.71	17.16	21.59	23.6	25.64	28.74	34.07
175	14.58	14.79	15.75	17.2	21.64	23.65	25.69	28.79	34.11
176	14.67	14.83	15.8	17.25	21.69	23.7	25.74	28.84	34.15
177	14.75	14.87	15.84	17.3	21.74	23.75	25.78	28.88	34.18
178	14.83	14.92	15.88	17.34	21.79	23.8	25.83	28.92	34.21
179	14.92	14.96	15.93	17.39	21.83	23.84	25.87	28.97	34.25
180	15	15	15.97	17.43	21.88	23.89	25.92	29.01	34.28
181	15.08	15.04	16.01	17.47	21.92	23.93	25.96	29.05	34.31
182	15.17	15.08	16.05	17.51	21.96	23.97	26	29.08	34.33
183	15.25	15.12	16.09	17.56	22.01	24.01	26.04	29.12	34.36
184	15.33	15.16	16.13	17.6	22.05	24.05	26.08	29.15	34.39
185	15.42	15.2	16.17	17.64	22.09	24.09	26.12	29.19	34.41
186	15.5	15.24	16.21	17.68	22.13	24.13	26.15	29.22	34.43
187	15.58	15.27	16.25	17.72	22.17	24.17	26.19	29.25	34.45
188	15.67	15.31	16.28	17.75	22.2	24.21	26.23	29.29	34.48
189	15.75	15.34	16.32	17.79	22.24	24.24	26.26	29.31	34.49
190	15.83	15.38	16.36	17.82	22.28	24.28	26.29	29.34	34.51
191	15.92	15.41	16.39	17.86	22.31	24.31	26.32	29.37	34.53
192	16	15.45	16.42	17.9	22.35	24.34	26.36	29.4	34.54
193	16.08	15.48	16.46	17.93	22.38	24.38	26.39	29.42	34.56
194	16.17	15.51	16.49	17.96	22.41	24.41	26.42	29.45	34.58
195	16.25	15.54	16.52	17.99	22.44	24.44	26.45	29.48	34.6
196	16.33	15.57	16.55	18.02	22.48	24.47	26.48	29.5	34.62
197	16.42	15.6	16.58	18.06	22.51	24.5	26.5	29.53	34.63
198	16.5	15.63	16.61	18.08	22.54	24.53	26.53	29.55	34.64
199	16.58	15.65	16.64	18.11	22.57	24.56	26.56	29.58	34.66
200	16.67	15.68	16.66	18.14	22.59	24.59	26.59	29.6	34.68
201	16.75	15.7	16.69	18.17	22.62	24.61	26.61	29.63	34.7
202	16.83	15.73	16.71	18.19	22.65	24.64	26.64	29.65	34.71
203	16.92	15.75	16.74	18.22	22.68	24.67	26.67	29.68	34.73
204	17	15.78	16.76	18.24	22.7	24.7	26.69	29.7	34.75
205	17.08	15.8	16.78	18.27	22.73	24.72	26.72	29.73	34.77
206	17.17	15.82	16.81	18.29	22.76	24.75	26.74	29.75	34.78
207	17.25	15.84	16.83	18.31	22.78	24.77	26.77	29.77	34.8
208	17.33	15.86	16.85	18.34	22.81	24.8	26.8	29.8	34.82
209	17.42	15.88	16.87	18.36	22.83	24.82	26.82	29.82	34.84
210	17.5	15.9	16.89	18.38	22.86	24.85	26.85	29.85	34.87
211	17.58	15.91	16.91	18.4	22.88	24.88	26.87	29.87	34.89
212	17.67	15.93	16.93	18.42	22.9	24.9	26.9	29.9	34.91
213	17.75	15.95	16.95	18.44	22.93	24.93	26.92	29.92	34.93
214	17.83	15.97	16.96	18.46	22.95	24.95	26.95	29.95	34.95
215	17.92	15.98	16.98	18.48	22.98	24.98	26.97	29.98	34.98
216	18	16	17	18.5	23	25	27	30	35

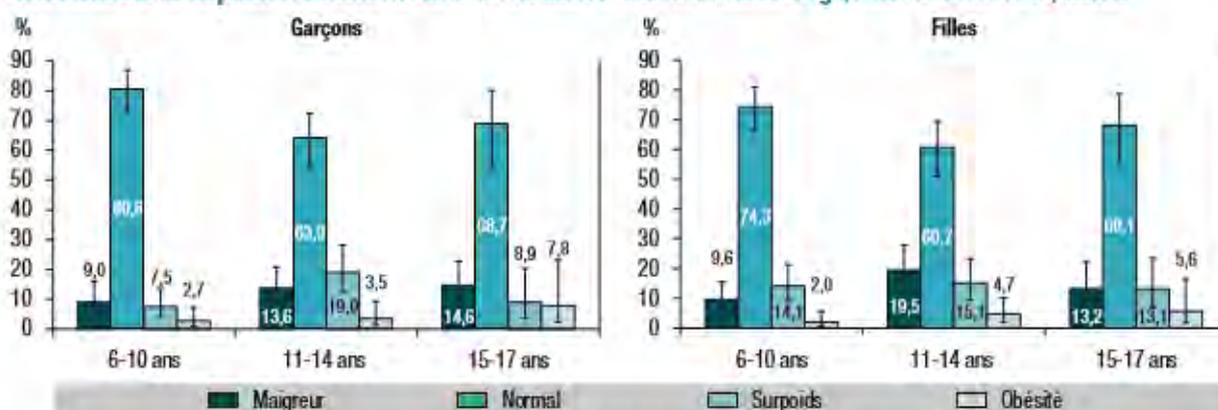
Annexe 9 : calendrier vaccinal 2020



Annexe 10 : distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe et l'âge, étude Esteban 2015

Figure 3

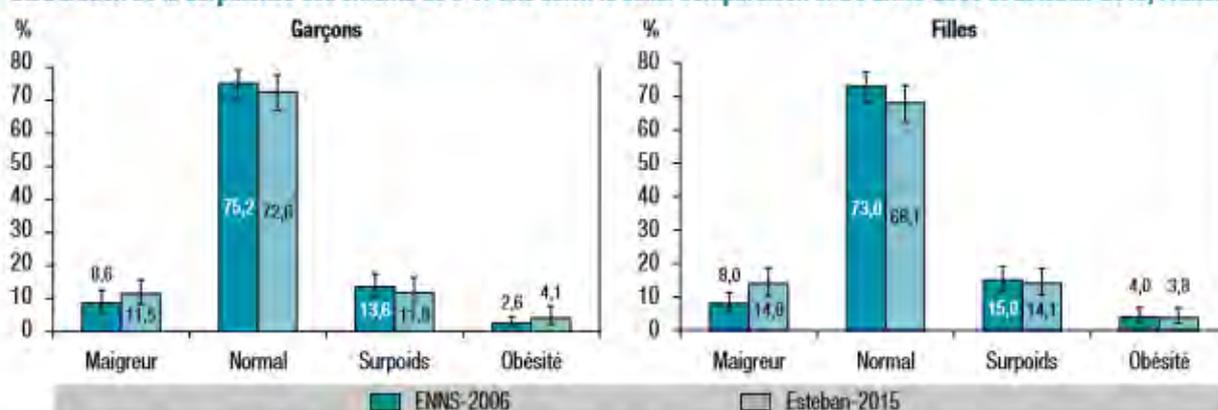
Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe et la classe d'âge, étude Esteban-2015, France



La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références IOTF-2012) : maigre (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

Figure 4

Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe. Comparaison entre ENNS-2006 et Esteban-2015, France



La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références IOTF-2012) : maigre (courbe de centiles en dessous de 18,5 à 18 ans), normal, surpoids (courbe de centiles entre 25,0 et 29,9 à 18 ans) et obésité (courbe de centiles atteignant 30,0 à 18 ans).

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AF : Assistant Familial
ALD : Affection de Longue Durée
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ATCD : Antécédents
AVS-i : Auxiliaire de Vie Scolaire individuelle
AVS-m : Auxiliaire de Vie Scolaire mutualisée
CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CMP : Centre Médico Psychologique
CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique
CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale
CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DTPc : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche
DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
FA : Famille d'Accueil
FDE : Foyer De l'Enfance
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IMC : Indice de Masse Corporelle
IME : Institut Médico-Éducatif
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IP : Information Préoccupante
ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDSF : Maison Départementale des Solidarités et de la Famille
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
MNA : Mineurs Non Accompagnés
MRPE : Médecin Référent Protection de l'Enfance
ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance
ORL : Oto-Rhino-Laryngologue
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PAI : Projet d'Accueil Individualisé
PEC : Prise En Charge
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPE : Projet Pour l'Enfant
RASED : Réseau d'Aide Spécialisée aux Élèves en Difficultés
ROR : Rougeole Oreillons Rubéole
SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et d'Éducation à Domicile
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse,

Madame le Docteur Anne HARDY

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : BUCHLEITHER

PRÉNOM : Maria

Titre de thèse : État des lieux de la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance en Vendée, à partir de l'analyse de la fiche de consultation médicale annuelle, réactualisée en 2019

RÉSUMÉ

Introduction : En termes de santé, les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance sont, d'une part, vulnérables et présentent des besoins spécifiques d'autre part.

Objectif : Décrire l'état de santé global des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance en Vendée afin de dégager des pistes de réflexion pour améliorer leur prise en charge et leur offrir un suivi adapté à leurs besoins.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive quantitative, rétrospective sur l'année 2019, à travers l'analyse d'une fiche de consultation médicale annuelle, réalisée en Vendée, auprès de jeunes mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Résultats : 651 enfants ont été inclus dans l'étude, sur 920 jeunes éligibles, soit un taux de réponse de 71%. 84% d'entre eux vivaient en famille d'accueil et 16% en lieu de vie collectif. Les résultats mettent en évidence une santé globalement similaire à celle des enfants de la population générale en ce qui concerne le taux de vaccination, des problèmes médicaux tels que l'asthme ou encore en termes de dépendance tabagique ; ceci contrastant avec une santé psychique particulièrement fragile. Notre enquête confirme les résultats déjà identifiés par des études réalisées auprès d'enfants confiés à l'ASE dans d'autres départements : un manque d'information crucial concernant les antécédents familiaux, un parcours souvent marqué par des hospitalisations fréquentes en psychiatrie, une surreprésentation d'insuffisances pondérales et de surpoids, une prescription élevée de traitements à visée psychiatrique et une prévalence non négligeable de handicap et de scolarité en milieu adapté. L'impact d'une telle situation est majeur sur le comportement de ces jeunes, avec notamment des addictions et mises en danger considérables. Une grande partie de ces constats est plus prégnante en lieu de vie collectif. En outre, les souffrances psychiques engendrées par le placement tardent bien souvent à être dépistées ; le suivi psychique semble mis en place trop tardivement.

Conclusion : L'étude de la santé des enfants placés souligne un certain nombre de carences et requiert une prise en compte de chacun des besoins de l'enfant. Il est indispensable d'accorder une vigilance particulière quant au dépistage des troubles psychiques et à la mise en place d'un suivi précoce et renforcé sur ce plan.

MOTS CLÉS

Enfants confiés – Aide Sociale à l'Enfance – Vendée – Famille d'accueil – Lieu de vie collectif – État de santé – Santé psychique – Handicap – Suivi médical