



Observatoire national de
la protection de l'enfance

La santé des enfants protégés

*Seizième rapport
au Gouvernement
et au Parlement*

Juillet 2022

La
documentation
Française



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

GIP Enfance en Danger



**DÉPARTEMENTS
DE FRANCE**

SOMMAIRE

Avant-propos de la Présidente	6
Introduction	8
1. Les connaissances disponibles sur la santé des enfants protégés	12
1.1 L'intérêt d'une approche globale de la santé	12
1.2 La santé au centre des besoins fondamentaux des enfants protégés	14
1.3 La maltraitance subie et ses effets sur la santé des enfants en danger	15
1.4 Les données issues de la recherche et de la clinique en France sur les besoins spécifiques de santé des enfants protégés	17
2. La prise en compte des besoins en santé des enfants en protection de l'enfance	22
2.1 La santé des enfants protégés vue par le droit et par les schémas départementaux de protection de l'enfance	22
2.2 La santé des enfants protégés saisie par des programmes inédits	36
3. Enquête exploratoire de l'ONPE sur les partenariats existants localement pour répondre aux besoins en santé mentale des enfants protégés	44
3.1 Un partenariat aux objectifs pluriels	48
3.2 Un partenariat répandu et multiforme	51
3.3 Une représentation partielle de la pédopsychiatrie au sein des ODPE	55
3.4 L'offre de soins spécifiques repérée par les services de l'ASE	56
3.5 Quelques initiatives d'études et de recherche en santé mentale	57
4. Les derniers chiffres de référence en protection de l'enfance	60
4.1 Les chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020	60
4.2 Crimes et délits commis sur les mineurs durant l'année 2020	64
Annexe 1 : Repères juridiques sur le droit à la santé	72
Annexe 2 : Chiffres clés en protection de l'enfance	75

Résumé

La santé mentale et somatique des enfants a fait l'objet d'une attention particulière dans les politiques publiques ces derniers mois, mettant en évidence le caractère essentiel de l'articulation entre politiques d'État et politiques départementales en la matière. Le 16^e rapport annuel au Gouvernement et au Parlement de l'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE) met en lumière plus particulièrement la thématique de la santé des enfants protégés.

La première partie du rapport présente l'état des connaissances scientifiques disponibles sur les besoins des enfants protégés. La santé des enfants doit être appréhendée selon une approche globale, et non seulement comme l'absence de maladie, comme le rappelle d'ailleurs l'Organisation mondiale de la santé. Outre les besoins fondamentaux de tout enfant, les enfants protégés ont des besoins fondamentaux spécifiques liés d'une part, aux effets sur leur développement des expositions adverses et notamment des maltraitances qu'ils ont pu subir et, d'autre part, à des effets propres à leur parcours. La littérature scientifique internationale reprise dans ce rapport documente la santé des enfants protégés au vu des effets des maltraitances et traumatismes vécus. En France, les données issues de la recherche, dont certains travaux conduits avec le soutien de l'ONPE, ont également mis en évidence des besoins de santé plus importants au sein de la population des enfants protégés que dans la population générale. Ces constats coïncident avec les observations cliniques des praticiens. Comme le soutiennent les approches de salutogénèse, une attention particulière doit être portée non seulement à la santé, mais également à la vie quotidienne et au bien-être des jeunes au quotidien.

La deuxième partie du rapport se penche sur les enjeux soulevés par la prise en compte des besoins en santé des enfants protégés. Le rapport rappelle les dispositions juridiques applicables à l'ensemble des enfants et celles relatives à la santé des enfants protégés (parmi lesquelles le bilan de santé et de prévention prévu par la loi du 7 février 2022, le médecin référent prévu par la loi du 14 mars 2016, ou encore les textes réglementaires qui découlent du plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022, concernant la mise en place d'un parcours de soins coordonnés). Cette analyse juridique est complétée par l'examen d'une dizaine de schémas départementaux. Cette lecture apporte un éclairage complémentaire sur la façon dont les besoins des enfants protégés en matière de santé sont pris en compte dans les organisations territoriales. Le rapport recense également plusieurs expérimentations mises en place sur certains territoires qui visent à structurer le suivi de la santé physique et psychologique de ces enfants. Il en est ainsi des programmes « PEGASE » et « Santé protégée », qui s'appuient sur la réalisation de bilans de santé standardisés et sur la coordination d'un parcours de soins, comme de la démarche initiée par la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) intitulée « PJJ promotrice de santé ».

La troisième partie fait état d'une enquête exploratoire réalisée par l'ONPE auprès des Directions enfance familles, sur le lien entre les services départementaux de protection de l'enfance et le secteur de la pédopsychiatrie. Cette enquête fait apparaître des partenariats entre les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et le secteur de la pédopsychiatrie poursuivant des objectifs pluriels : amélioration de l'accès aux soins psychiques pour les enfants confiés, soutien des équipes éducatives au regard des besoins en santé des enfants protégés, prévention des risques psychiatriques chez les

enfants confiés, prévention précoce. Si des partenariats sont présents dans la majorité des territoires, leurs formes, contenus, et modalités varient. Les résultats de l'enquête éclairent également le partenariat entre le secteur de la pédopsychiatrie et les ODPE¹, interrogent le repérage par les services de l'aide sociale à l'enfance de l'offre de soin existante sur les territoires et mettent en évidence la participation de plusieurs départements à des études et recherches sur la thématique de la santé mentale des enfants confiés aux services de l'ASE.

Dans la quatrième et dernière partie du rapport, il est fait état des derniers chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020. À cette date, plus de 308 000 mineurs (-1,5% entre 2019 et 2020), et plus de 32 000 jeunes majeurs (soit +30% entre 2019 et 2020) sont suivis au titre de la protection de l'enfance. L'ensemble des données présentées mettent en évidence des dépenses départementales en augmentation depuis 1999 : s'élevant en 2020 à 8,9 milliards d'euros (+30% entre 2010 et 2020 et +3,8% entre 2019 et 2020). Enfin, entre 2007 et 2019, on constate que les saisines du juge des enfants en assistance éducative ont augmenté de 42% sur la période (112 706 saisines en 2019 contre 79 233 en 2007) tandis qu'elles ont diminué de 9% entre 2019 et 2020 (102 678 nouveaux mineurs en 2020).

Sont aussi présentées et mises en perspectives les statistiques sur les crimes et délits dont ont été saisis les services de police et de gendarmerie concernant des victimes mineures en 2020. Si le nombre global de mineurs victimes de violences physiques en 2020 (63 883 mineurs victimes) est en recul de 7% par rapport à 2019, le nombre de victimes de ces violences dans le cadre intrafamilial a augmenté de près de 10% en 2020 (33 468). Le nombre de mineurs victimes de violences sexuelles dans le cadre intrafamilial a continué d'augmenter en 2020 (+8,1% par rapport à 2019 soit 11 085 mineurs en 2020).

Ce rapport annuel au Gouvernement et au Parlement montre une nouvelle fois l'intérêt de croiser les données disponibles dans le champ de la protection de l'enfance, en s'appuyant à la fois sur l'état des connaissances scientifiques, une analyse du cadre juridique applicable, des pratiques territoriales évaluées, mais aussi sur les retours agrégés des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance afin d'avoir une connaissance fine des réalités locales et des dynamiques à l'œuvre pour garantir la santé des enfants protégés. Outre ce rapport annuel, l'ONPE développe cette dynamique transversale de travail à travers d'autres actions comme le cycle de séminaires engagé sur 2021 et 2022 sur la santé mentale des enfants protégés² et une journée annuelle entre l'ONPE et la société française de pédopsychiatrie permettant des regards croisés sur la santé mentale des enfants protégés³.

MOTS CLÉS

AIDE SOCIALE À L'ENFANCE, PROTECTION DE L'ENFANCE, SANTÉ, PARCOURS DE SOIN, SANTÉ MENTALE, BIEN-ÊTRE, POLITIQUE PUBLIQUE, EXPÉRIMENTATION, PÉDOPSYCHIATRIE, DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT, MALTRAITANCE, TRAUMATISME, BESOIN DE L'ENFANT, CHIFFRES CLÉS, MINEUR VICTIME.

1. 37 sur 58 départements répondants ont ainsi intégré le secteur de la pédopsychiatrie au sein de leur ODPE.
2. <https://onpe.gouv.fr/actualite/prolongement-seminaire-recherche-sante-mentale>
3. <https://onpe.gouv.fr/actualite/journee-nationale-rencontre-ase-pedopsychiatrie>



Avant-propos de la Présidente

Je suis très heureuse de vous présenter ce seizième rapport annuel sur la santé des enfants en tant que présidente du Groupement d'intérêt public enfance en danger et demain j'espère en tant que présidente d'un nouveau Groupement créé par la loi du 7 février 2022, dénommé France Enfance Protégé (FEP). Au sein de ce nouveau groupement, les missions de l'ONPE en matière de recherche, mais aussi

d'animation de réseaux sont rappelées et confortées par la loi. Dans ce cadre, l'Observatoire assurera les missions de Centre national de ressources pour toujours mieux répondre aux besoins des acteurs de la protection de l'enfance (qu'il s'agisse des départements, du secteur associatif habilité ou encore des services de l'État). S'il dispose des moyens humains et financiers pour assurer convenablement les missions qui lui sont reconnues, ce nouveau GIP sera un outil important de production de connaissances et de pilotage des politiques publiques.

Le seizième rapport présenté ici met déjà en évidence la volonté de l'ONPE de poursuivre les efforts engagés pour toujours mieux répondre aux besoins des enfants, dans un contexte de fortes préoccupations face aux effets de la pandémie et aux signaux de mal-être graves de certains jeunes. Il s'agit ainsi d'encourager le travail des institutions comme des professionnels, en insistant sur l'importance de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant par un dialogue interinstitutionnel qui soit éclairé par l'état des connaissances.

Ce rapport porte sur la santé des enfants protégés, entendue de manière globale, au sens de l'OMS comme un état de complet bien-être physique et mental. Il propose à la fois une synthèse des connaissances scientifiques disponibles en la matière, le rappel des dispositions juridiques applicables, mais aussi une présentation des pratiques jugées concluantes. Pour avoir une vision aussi complète que possible des actions menées sur le terrain, le rapport comprend également une étude d'une dizaine de schémas départementaux ainsi que les résultats d'une enquête menée auprès des observatoires départementaux de protection de l'enfance sur les partenariats entre l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie. Il souligne ainsi l'importance du dialogue institutionnel dans ce domaine, dynamique qui doit être portée à un niveau national, notamment au sein du futur GIP, mais aussi à l'échelon local.

Enfin, la dernière partie du rapport revient sur une partie des données statistiques publiées chaque année par l'ONPE ; ces développements permettent de rappeler,

s'il en était encore besoin, que les énergies et les efforts menés au quotidien par les professionnels de la protection de l'enfance concernent au 31 décembre 2020 plus de 308 000 mineurs et plus de 32 000 jeunes majeurs ; pour des dépenses départementales en constante augmentation depuis 1999 et s'élevant en 2020, à 8,9 milliards d'euros.

Toutes ces données mettent en évidence l'importance de la politique publique de protection de l'enfance pour l'avenir des enfants en difficultés et de leur famille qui nécessite un engagement de tous les partenaires.



Florence Dabin

Florence DABIN

Présidente du GIP Enfance en danger
Présidente du Département du Maine-et-Loire

Introduction

Pour son 16^e rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, l'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE) a choisi de mettre en valeur la santé des enfants protégés. Le choix de cette thématique s'explique d'abord par le contexte de pandémie qui met en lumière le besoin de garantir, à l'ensemble des enfants, l'accès à une santé mentale et somatique de qualité. Il s'agit ensuite d'un sujet d'actualité. Dans son dernier rapport annuel, le défenseur des droits présente ainsi la santé mentale des enfants comme un enjeu de société pour développer le bien-être des enfants⁴ et insiste sur l'importance d'une démarche globale, qui ne soit pas strictement sanitaire, s'accompagnant d'actions de prévention en santé, mais aussi de moyens permettant une prise en charge de qualité des enfants les plus fragiles. Le rapport dresse ainsi 29 recommandations en insistant sur l'urgence d'agir dans ce domaine.

En décembre 2021, la Cour des comptes publie également un rapport portant sur la santé des enfants⁵, concernant cette fois l'ensemble des enfants en population générale. Le rapport estime qu'il s'agit d'« une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ».

Les prises de paroles récentes des enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance complètent ce constat. La consultation menée au niveau national par Gautier Arnaud-Melchiorre⁶ insiste sur l'importance d'encourager une culture du « prendre soin » (*care*) des enfants par les professionnels et par les enfants eux-mêmes, de s'attacher à construire une image positive et donc valorisante qui contribue à la confiance, à l'estime de soi. Cette préoccupation revient également dans les propos de certains enfants, recueillis par des observatoires départementaux de protection de l'enfance dans le cadre d'initiatives de participation collective regroupant des enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance⁷.

Plus récemment encore, la loi du 7 février 2022⁸ contient plusieurs dispositions visant à garantir l'accès à la santé, et plus largement le bien-être des enfants. Parmi l'ensemble de ces dispositions, trois ont pour objet :

► **Le renforcement de la prévention** avec la définition de priorités pluriannuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile fixées par le ministre chargé de la santé, en concertation avec les représentants des départements et la fixation de normes minimales d'effectifs par voie réglementaire⁹ ;

4. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2021/11/rapport-annuel-enfant-sante-mentale-le-droit-au-bien-etre>

5. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220209-sante-des-enfants.pdf>

6. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_a_h_auteur_d_enfant_agm_04012022.pdf, p. 37

7. Sur la participation collective des enfants au niveau local, un travail est en cours au sein de l'ONPE, avec une parution attendue à l'automne 2022.

8. Pour une analyse complète de la loi : ONPE. La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants : contexte, analyses et perspectives. Paris, mai 2022. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_juri_loi_2022_mai_2022_ok2.pdf

9. Art. 32 du texte modifiant les art. L. 2111-1, L. 2112-2, L. 2112-14 et L. 2112-7 du code de la santé publique.

- ▶ **L'amélioration de la prise en charge des enfants et des jeunes** avec l'expérimentation de maisons de l'enfant et de la famille dans les départements volontaires¹⁰. Selon le législateur, ce nouveau dispositif vise « à améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé exerçant auprès d'eux », et peut être vu comme un moyen de rechercher une approche transversale des besoins en santé de l'enfant en évitant les fonctionnements en silo dénoncés notamment par le défenseur des droits dans le rapport précité. Toujours selon la loi du 7 février 2022, ces maisons de l'enfant et de la famille participent « notamment, à l'amélioration de l'accès aux soins, à l'organisation du parcours de soins, au développement des actions de prévention, de promotion de la santé et de soutien à la parentalité ainsi qu'à l'accompagnement et à la formation des professionnels en contact avec les enfants et leurs familles sur le territoire ». Enfin, le texte prévoit que le cahier des charges de ces structures sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale.
- ▶ **Le renforcement du suivi des enfants protégés**¹¹. Sur ce dernier point, la loi du 7 février 2022 complète la loi du 14 mars 2016 qui prévoyait déjà l'obligation de réaliser un bilan de santé pris en charge par l'assurance maladie, lors de l'admission du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. L'article 11 de la loi du 7 février 2022 précise que ce bilan « formalise une coordination de parcours de soins, notamment pour les enfants en situation de handicap ». Cette disposition fait écho à l'arrêté du 22 décembre 2021 (NOR : SSAS2137858A) modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. L'article 12 ajoute que le rapport de situation individuelle adressé au juge des enfants comprend « notamment un bilan pédiatrique, psychique et social de l'enfant ». Cette dernière obligation va nécessairement poser la question des moyens pour mettre en œuvre ces dispositions, au regard de la pénurie de pédopsychiatres décrite par le défenseur des droits ainsi que des éléments recueillis par l'ONPE¹².

S'il est important de renforcer l'accès aux soins des enfants protégés, il est également essentiel de les inscrire au sein des politiques publiques de prévention et de promotion de la santé qui concernent l'ensemble des enfants. À cet égard, les réflexions autour des 1000 premiers jours¹³ doivent également pouvoir bénéficier aux enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance. Pour rappel, cette démarche a pour intérêt d'être transversale, pilotée par le ministère des Solidarités et de la Santé, en lien notamment avec la Sécurité sociale, Santé publique France, les Agences régionales de santé (ARS), ainsi qu'avec les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Cette approche globale vise à mieux répondre aux besoins, notamment en santé,

-
- 10. Art. 33 du texte non codifié
 - 11. Art. 11 et 12 du texte modifiant les art. L. 223-1-1 du CASF et l'art. 375 du Code civil
 - 12. Voir développement *supra*.
 - 13. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

des jeunes enfants et de leurs parents, en coordonnant les réponses proposées en matière sociale, médico-sociale et sanitaire, en portant, entre autre, une réflexion sur l'évolution des modes d'accueil du jeune enfant, et le renforcement du soutien à la parentalité.

La loi du 7 février 2022 affirme que l'Observatoire national de la protection de l'enfance « assure les missions de centre national de ressources et de promotion de la recherche et de l'évaluation »¹⁴. Dans cette perspective et au regard des éléments de contexte précités, l'Observatoire a souhaité apporter sa contribution sur le sujet, afin de rappeler l'état des connaissances scientifiques disponibles sur les besoins des enfants protégés (I), mais aussi les enjeux soulevés par la prise en compte de leurs besoins en santé, aussi bien en ce qui concerne le cadre légal qu'au niveau des démarches initiées au plan national comme local (II). La troisième partie de ce rapport porte sur un premier état des lieux des rapports entre l'ASE et la pédopsychiatrie au regard d'une enquête réalisée par l'ONPE (III). Enfin, comme chaque année, une partie du rapport au Gouvernement et au Parlement (IV) présente les derniers chiffres clés en protection de l'enfance au 30 décembre 2020 et des données sur les crimes et délits commis sur les mineurs durant l'année 2020.

14. Art. 36 de la loi du 7 février 2021

Partie 1. Les connaissances disponibles sur la santé des enfants protégés

Prendre en compte la santé des enfants relevant de la protection de l'enfance nécessite une approche globale (1), seule en mesure de répondre aux besoins fondamentaux spécifiques de ces enfants (2). En outre, une partie d'entre eux sont exposés à des maltraitances qui ont des effets à court, moyen et long terme sur leur santé, comme l'indique un certain nombre de travaux internationaux (3). Enfin, les recherches comme les études cliniques menées en France montrent que les enfants protégés ont des besoins en santé plus importants qu'en population générale (4).

1.1 L'intérêt d'une approche globale de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que la santé doit être entendue au sens large comme « un état de complet de bien-être physique, psychique et social et non pas seulement comme l'absence de maladie »¹⁵. Une telle perspective nécessite de ne pas considérer seulement la maladie ou les troubles en santé des enfants pour s'intéresser plus largement à leur bien-être, cet élément étant d'autant plus important que l'enfant est, par définition, en développement.

Un tel postulat implique de travailler dans différentes directions. Il s'agit d'abord de se préoccuper du niveau de "littératie en santé" des enfants, c'est-à-dire de leur capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer leur santé à la fois dans l'ensemble des dimensions que celle-ci recouvre mais aussi tout au long de la vie. En d'autres termes, il s'agit d'accompagner progressivement l'enfant à la prise de conscience de ses besoins en santé et à la recherche de l'information et de la connaissance des moyens disponibles pour y répondre, aussi bien au sein de la sphère privée que de la sphère publique. D'où l'intérêt de faire le lien entre la santé et les enjeux éducatifs comme l'accès à l'autonomie par exemple.

Il s'agit également d'insister sur le fait que la santé des enfants n'est pas seulement une affaire individuelle et biomédicale, mais bien une préoccupation collective, sociale et sociétale. En effet, cette dimension sociale et citoyenne de la santé est essentielle : le bien-être est conditionné à la manière dont les enfants se sentent et évoluent

15. Pour une approche globale de la santé, voir la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

dans leur environnement, qu'il s'agisse des groupes d'appartenance familiale ou sociale.

En outre, les travaux autour de la salutogénèse¹⁶, et notamment ceux de Mathieu Roy¹⁷ encouragent à ne pas s'arrêter seulement à l'identification des facteurs de risque mais à identifier et valoriser les facteurs de protection sur lesquels il est possible de s'appuyer pour promouvoir la bonne santé des individus. Ces réflexions sont particulièrement pertinentes en ce qui concerne la santé des enfants protégés car si certains présentent des troubles de la santé, c'est surtout leur capital santé qu'il convient de préserver. Leurs ressources et leurs compétences en santé, comme plus largement leur bien-être, risquent en effet d'être atteints aussi bien par leur histoire personnelle que par leur parcours institutionnel. Il est donc indispensable, si l'on souhaite promouvoir leur santé, de favoriser l'émergence de « facteurs de protection » qui les aident à se restaurer, et ce tout au long de leur vie. Or, si les facteurs de risque qui ont été identifiés conduisent à des prises en charge relevant du domaine du soin, les facteurs de protection connus comme étant favorables à la santé relèvent d'autres domaines et notamment des champs éducatifs, sociaux et environnementaux. Il en est ainsi du besoin pour les enfants protégés d'avoir accès à une information en santé aussi complète que possible, de la préoccupation à avoir autour de leur alimentation, de leur sommeil, mais aussi du respect de leur droit aux loisirs ou encore au repos (garanti notamment par la Convention internationale des droits de l'enfant). Concrètement, il s'agit de satisfaire les besoins fondamentaux de l'enfant en tenant compte de son âge, de ses envies et de son vécu, et de lui garantir en pratique l'accès à des conditions de vie matérielles comme psychologiques favorables à son développement, ce qui passe par une attention particulière à son quotidien, mais aussi, par exemple, par la possibilité de disposer de jeux et de livres, de pouvoir faire des sorties culturelles, ou encore de pouvoir pratiquer une activité sportive, culturelle ou artistique régulière. À titre d'exemple, la consultation menée auprès d'une centaine d'enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance par la ville de Paris dans le cadre du schéma parisien de prévention et de protection de l'enfance reprend des paroles d'enfants qui illustrent les développements précédents : « la santé, c'est être en forme physiquement et mentalement ». Le rapport remis dans ce cadre estime que « les enfants et les jeunes comprennent bien ce que sont la santé et le bien-être, y compris les plus petits. Ils savent qu'être en bonne santé, c'est être en forme et ne pas avoir de maladie et font référence à la santé physique, mais aussi à la santé mentale, la sécurité et la stabilité émotionnelle et psychique. Ils évoquent le sommeil, la nourriture, les activités sportives, la santé psychique et leur suivi médical »¹⁸.

-
16. Gindt-Ducros A., Communication à la 10^e conférence annuelle de l'ODPE 29, 20 novembre 2018, www.onpe.gouv.fr.
 17. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPG), Mathieu Roy, « pour une promotion de la santé : la salutogénèse » janvier 2013, https://www.researchgate.net/publication/312211439_Pour_une_promotion_de_la_sante_La_salutogenese
 18. <https://cdn.paris.fr/paris/2021/12/10/ae395779898628315522f5a73f99dc78.pdf>, p.10

1.2 La santé au centre des besoins fondamentaux des enfants protégés

La notion de besoins fondamentaux de l'enfant invite à prendre en compte le développement d'un enfant dans toutes ses potentialités et le respect de ses droits, au sens de la convention internationale des droits de l'enfant. Besoins fondamentaux, développement et droits de l'enfant sont ainsi trois notions complémentaires désormais consacrées par le droit. La loi du 5 mars 2007 en fait les piliers de la politique menée en ce domaine¹⁹. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant renforce encore ce postulat en affirmant que « *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* »²⁰, donnant ainsi comme objectif à la protection de l'enfance la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant. Les adultes, les professionnels comme les institutions qui entourent l'enfant ont donc pour mission d'assurer son plein épanouissement, en l'aidant à bien grandir²¹ : ainsi ce qui est attendu en premier lieu des parents l'est également du dispositif de protection et de tous les acteurs qui y participent, qu'il s'agisse d'un enfant protégé par une action d'intervention à domicile dans sa famille ou par un accueil en dehors du domicile familial.

La conférence de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant a identifié sept besoins fondamentaux de l'enfant pour son développement^{22,23}. Ce travail s'inscrit dans une perspective écosystémique qui envisage l'enfant et ses parents comme insérés dans un ensemble de sous-systèmes incluant la famille élargie, le réseau amical et de voisinage, et les services existant dans l'environnement. Chacun de ces sous-systèmes est porteur de ressources et de contraintes, de facteurs de risque et de facteurs de protection. Si sept besoins fondamentaux interdépendants et contextualisés ont été identifiés, le groupe d'experts a relevé l'existence, pour certains auteurs, d'un « méta-besoin » qui « *englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier* ». Ce méta-besoin est celui de tout enfant, pour grandir, « s'individualiser » et s'ouvrir au monde, de disposer d'une base de sécurité interne suffisante qui lui permette d'explorer et d'acquérir des habilités, favorables à son autonomie et à sa socialisation. La conférence de consensus précitée a ainsi permis de rappeler que la sécurité physique et affective de l'enfant conditionne la satisfaction de ses autres besoins. Les besoins physiologiques et de santé constituent, avec le besoin affectif et relationnel et le besoin de protection, ce méta-besoin de sécurité. Pour rappel, les 4 autres besoins fondamentaux identifiés sont le besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre

19. Art. L112-4 du CASF créé par la loi du 5 mars 2007

20. Art. 112-3 al. 1 du CASF

21. Alvarez C. La plasticité cérébrale chez l'enfant, document vidéo. Youtube.

22. Martin-Blachais M.P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, rapport remis à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, février 2017, notamment la carte des besoins fondamentaux universels de l'enfance, p.13

23. op.cit., p.11

de règles et de limites, le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi, ainsi que le besoin d'identité.

La conférence de consensus a également permis de souligner la spécificité des besoins en protection de l'enfance liée :

- ▶ d'une part, aux effets sur le développement de l'enfant d'un parcours de vie antérieur d'expositions adverses, marqué par des maltraitances (violences physiques, psychologiques, sexuelles et négligences), des troubles de la relation parent-enfant, etc. ;
- ▶ d'autre part, en ce qui concerne les enfants séparés de leurs parents, aux effets de la rupture, du placement et du parcours de prise en charge en protection de l'enfance, fait parfois de discontinuité comme le montrent les travaux récents réalisés par Ludovic Jamet et soutenus par l'ONPE²⁴.

La notion de spécificité des besoins attire ainsi l'attention sur le fait que, chez les enfants en danger, les besoins fondamentaux sont exacerbés et nécessitent un surcroît de compensation. Répondre aux besoins en santé des enfants en danger nécessite donc de prendre en compte la façon dont ils ont ou n'ont pas reçu de réponses satisfaisantes à leurs besoins (notamment de méta-sécurité) depuis le début de leur vie et le danger ou le risque de danger qui fondent l'intervention des acteurs de la protection de l'enfance est en soi le signe de besoins physiologiques et de santé particulièrement importants, comme l'éclairent les données issues de la recherche.

1.3 La maltraitance subie et ses effets sur la santé des enfants en danger

La santé des enfants protégés soulève donc des questions spécifiques en raison du profil de ces enfants, de leur vécu et de leurs besoins. Si tous les enfants en danger ne sont pas des enfants maltraités, une partie d'entre eux sont victimes de maltraitances, quelle qu'en soit la nature (physiques, sexuelles, psychologiques ou négligences). En France, selon certaines recherches, les enfants pris en charge en protection de l'enfance en raison d'une situation de risque ou de danger dans leur famille seraient pour 45 % victimes d'une ou plusieurs de ces maltraitances²⁵. Par ailleurs, se pose la question de connaître la part d'enfants maltraités dans la population enfantine générale. Sur ce sujet, une importante étude sur les effets de la maltraitance dans les pays à hauts revenus publiée en 2009 dans *The Lancet*, l'une des plus anciennes revues scientifiques médicales, avance le chiffre d'environ 10 % d'enfants supposés maltraités²⁶. Si ce chiffre est intéressant, il est parfois questionné, malgré la scientificité des méthodes utilisées. Cela s'explique car ces méthodes sont aussi fonction des différentes catégories de mauvais traitements retenues et de l'appréciation des

-
- 24. Jamet L. La prévention des ruptures de parcours pour les jeunes bénéficiant de mesures de protection de l'enfance : des motifs et facteurs de rupture à l'élaboration de stratégies d'action. Rapport de recherche remis à l'ONPE, 2021.
 - 25. Fréchon I., Robette N. Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2013/1-2, p.122-143.
 - 26. Gilbert, R. ; Widom, C.S. ; Browne, K. ; Fergusson, D. ; Webb, E. ; Janson, S. ; 2009, « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *The Lancet*, 373(9657), 66-81.

conséquences observées sur le développement des enfants. Il est également souligné que, au-delà des biais identifiés (principalement de déclaration et de mémorisation), ce type d'étude en population générale permet de prendre en compte les maltraitements non repérés par les services sociaux ou de police²⁷.

Outre la question de la proportion d'enfants victimes de maltraitements, ce sont les effets de ces violences sur leur santé qui sont à prendre en considération au regard des connaissances récentes. Ainsi, deux auteures québécoises²⁸ rappellent que la communauté scientifique, de même que l'OMS, reconnaissent désormais la maltraitance (physique, psychologique, sexuelle ou négligences) comme un sérieux problème de santé publique. Les conséquences qu'elle entraîne sur le développement de la personne sont importantes et de plus en plus documentées de manière longitudinale. Ces auteures indiquent que, selon la littérature, des problèmes de santé tels que la malnutrition, des problèmes de vision ou des problèmes bucco-dentaires et certaines maladies chroniques telles que l'asthme, les maladies cardio-respiratoires ou encore le diabète peuvent aussi être causés ou aggravés par la maltraitance et peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte.

La maltraitance et les traumatismes précoces ont également des conséquences sur le développement cérébral, affectant, outre les régions du cerveau impliquées dans la régulation du stress, l'ensemble des fonctions perceptives, cognitives, du langage et de la communication en cas de déprivation sensorielle²⁹. Les approches neurobiologiques mettent en évidence l'impact de la répétition des traumatismes (notion de charge traumatique) sur la réactivité émotionnelle et l'existence de périodes d'âge cruciales (3-4 ans puis 16-17 ans) en termes de retentissements des psychotraumatismes³⁰. Si la plasticité cérébrale ouvre la possibilité de remaniements dans l'organisation du cerveau, cela ne peut pas s'envisager sans modifications de l'environnement de l'enfant voire sans démarches thérapeutiques³¹. Plusieurs travaux de recherche montrent l'intérêt d'une prise en charge précoce en ante-natal et post-natal, notamment pour une prévention et une réduction des troubles de l'interaction mère-enfant pouvant générer des carences péjoratives pour le développement de l'enfant (ONPE. Séminaire de recherche 2021 : Protection de l'enfance et santé mentale des enfants : les enjeux d'une pédopsychiatrie sociale – voir plus particulièrement sur ce point la deuxième séance)³².

-
27. Schom A.C., Jamet L. et Oui A. Maltraitance intrafamiliale envers les enfants : définitions d'une notion équivoque. *BEH* n° 26-27, 514-520, 2019.
 28. Hélié S. ; Clément M.E. ; « Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne », *Bull. Epidemiol Hebd.*, (26-27), 520-525, 2019.
 29. Benarous X., Consoli A., Raffin M. et al., « Abus, maltraitements et négligences : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014, in Schom AC, *Revue de littérature « La maltraitance intrafamiliale envers les enfants »*, p.86-94, 2016.
 30. Leroy A., intervention lors de la sixième séance du séminaire de l'ONPE « Santé mentale et protection de l'enfance », 13 mai 2022.
 31. Moureau A., Delvenne V., Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*. 2016/1, vol. 59, p. 333-355.
 32. Bibliographie sélective sur la 2^e séance de ce séminaire : « santé mentale et périnatalité », disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/biblio_sante_mentale_2.pdf

1.4 Les données issues de la recherche et de la clinique en France sur les besoins spécifiques de santé des enfants protégés

Des études françaises récentes confirment l'existence de problèmes de santé somatique et psychique chez les enfants protégés relevée par la littérature internationale. Ces travaux ont notamment été initiés par un premier appel d'offre thématique de l'ONPE en 2010 dédié à cette question³³. Les recherches produites dans ce cadre ont principalement porté sur la situation des enfants confiés. Comme le souligne le rapport de la « Démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile »³⁴, de manière générale peu de recherches concernent la situation des enfants bénéficiant de mesures de protection dans leur famille. *A fortiori*, peu d'éléments de connaissances sont donc disponibles sur la santé des enfants protégés suivis dans le cadre d'une mesure de milieu ouvert.

En France, plusieurs études récentes rapportent des données sur la santé de cohortes d'enfants protégés, dans les situations de mesures d'accueil comme vu précédemment. L'étude « Saint Exupéry »³⁵ de 2011 porte sur le devenir à long terme de 128 enfants placés avant leur 4 ans à l'ASE de Maine-et-Loire, l'étude CREAL Rhône-Alpes de 2010³⁶ sur la situation de 318 enfants et jeunes confiés en famille d'accueil et en établissement en Haute-Savoie. L'étude épidémiologique POSER (Promouvoir, Observer la Santé des Enfants en Région) du CREAL/ORS Languedoc-Roussillon de 2016³⁷ concerne la santé de 2 367 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE dans les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de Lozère et des Pyrénées-Orientales. Ces travaux convergent sur plusieurs résultats : la prévalence des taux de prématurité (taux de 16 % dans l'étude Saint-Exupéry, soit 2,5 fois supérieur à celui de la population générale), la fréquence notable d'insuffisances pondérales et de surpoids, une forte morbidité psychiatrique, ainsi qu'une part importante d'antécédents psychiatriques ou d'addictions relevés chez la mère dans l'étude POSER. Plusieurs travaux rapportent la fréquence des troubles du langage : la recherche POSER a constaté la présence d'antécédents de troubles du langage et des apprentissages pour deux enfants sur cinq de la cohorte, avec une fréquence plus importante chez les enfants âgés de 7 à 12 ans, 48,6 % des enfants de cette tranche d'âge ayant des antécédents de troubles du langage.

Au-delà de ces principales observations, il reste difficile de croiser les résultats d'études qui portent sur des publics d'âge divers et pour lesquels les accompagnements proposés peuvent être très différents. En outre, les besoins en santé à l'entrée dans le dispositif peuvent influencer sur l'orientation de l'enfant *in fine* retenue et compliquent encore les comparaisons.

Ainsi la question des enfants protégés ayant des problématiques de handicap a fait l'objet de plusieurs estimations. Selon le rapport du

-
33. Voir appel d'offre thématique 2010 de l'ONPE : « La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance ». Disponible en ligne.
 34. Gueydan G. ; Séverac N. ; Démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile, Inspection générale des affaires sociales, décembre 2019.
 35. Rousseau D. et al., Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001, rapport de recherche remis à l'Oned/ONPE, septembre 2013. Accessible en ligne.
 36. Robin P., Corbet E. et al., La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, rapport de recherche remis à l'Oned/ONPE, octobre 2012.
 37. Ledéser B., Boulahtouf H., Étude épidémiologique sur la santé des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'aide sociale à l'enfance en Languedoc-Roussillon, avril 2016.

défenseur des droits de 2015³⁸, le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH s'établirait à environ 17%, avec une fourchette allant de 13 à 20% (dans un panel de 18 départements répondant). Dans une autre étude, la DREES déclare qu'au 31 décembre 2017, « 13% des jeunes en établissement ont une reconnaissance administrative de handicap par une MDPH »³⁹. *A contrario*, si l'on s'intéresse à la part des enfants ayant une mesure de protection de l'enfance parmi les enfants accompagnés dans les structures médicosociales pour enfants ou adolescents en situation de handicap, le taux est d'environ 7%. Il s'agit donc d'une donnée complémentaire sur un périmètre différent⁴⁰.

Dans l'enquête du défenseur des droits, il est souligné une prédominance des handicaps psychiques et mentaux parmi les enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance. Par ailleurs, le rapport note que les troubles du comportement seraient surreprésentés à l'ASE. Ces enfants protégés et reconnus par la MDPH sont suivis pour moitié environ dans le cadre d'une mesure de milieu ouvert et pour l'autre dans le cadre d'une mesure de placement. Selon l'étude POSER précitée de 2016, pour 19,5% des 2357 enfants placés dans les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de Lozère et des Pyrénées-Orientales, un dossier a été déposé auprès de la MDPH en vue de la notification d'une aide, d'une prestation ou d'une orientation.

Il reste donc très important de conduire des travaux épidémiologiques systématiques pour consolider la connaissance. Les programmes PEGASE et Santé protégée (voir infra), dont les protocoles reposent sur la mise en place de bilans de santé standardisés, permettront le recueil de données de santé très complètes avant et pendant la prise en charge pour les enfants concernés et donc de compléter la compréhension de leurs besoins.

Les premiers résultats d'études pré-évoqués se retrouvent dans les observations cliniques des praticiens qui procèdent à des bilans à l'entrée dans certains dispositifs. Dans le cadre de son étude « Penser petit : des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de 6 ans confiés » publiée en 2019⁴¹, l'ONPE a recueilli des observations de pédiatres travaillant dans des dispositifs d'accueil de jeunes enfants confiés. Ces professionnels font état chez les jeunes enfants rencontrés de problématiques de malnutrition et d'anémie sur certains territoires à fort taux de précarité sociale, de troubles du sommeil, de retards de développement et de retards de langage, d'asthme, de pathologies cutanées, de problèmes moteurs (chez des enfants ayant peu de motricité libre au domicile), de pathologies de la relation et de pathologies neurologiques en lien avec des naissances prématurées, de séquelles de blessures physiques. Pour certains enfants sont repérés l'absence d'un carnet de santé et des retards de vaccination. Tous ces éléments nécessitent des prises en charge thérapeutiques multiples qui doivent

-
38. Défenseur des droits, Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles, novembre 2015.
39. Dossier de la DREES, 61 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance, n° 55, mai 2020, p.6
40. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER1230-2.pdf>
41. ONPE. Penser petit : des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de 6 ans confiés, 2019. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapport_penser_petit_ok_0.pdf

se faire avec une réelle prise en compte de la santé globale de l'enfant, comme le soulignait un directeur de pouponnière rencontré dans le cadre de l'étude « À la pouponnière on les prend en charge globalement et on arrive à avoir des effets plus importants sur leur santé [...] La prise en compte de la santé et la pédagogie soucieuse de leur bon développement, ça doit marcher en même temps. Par exemple, si un enfant a des carences en fer, vous pouvez y mettre toute la pédagogie que vous voulez, ça ne va pas lui permettre de récupérer physiquement et psychologiquement. La question de la santé est en parallèle avec l'intérêt de la pédagogie. Si on ne s'en occupe pas correctement, on passe à côté de certaines choses. »

Par ailleurs, la spécificité des besoins des mineurs non accompagnés⁴², notamment en santé, a été documentée. Une thèse conduite sur l'état de santé des mineurs non accompagnés (MNA) accueillis en Gironde entre 2011 et 2013⁴³ propose une analyse rétrospective d'un recueil de données médicales collectées concernant 235 MNA. D'une part, l'étude montre des pathologies somatiques qui se distinguent par leur fréquence (pathologies infectieuses comme des parasitoses digestives, marqueurs d'infection tuberculeuse, pathologies dentaires notamment) ou par leur gravité potentielle en l'absence de traitement (diabète insulino-dépendant, pathologies rénales sévères, ulcère gastrique hémorragique...). D'autre part, elle identifie une incidence élevée des états de stress post-traumatiques (45%), symptômes anxieux (37%) et dépressifs (34%). Les données rejoignent les résultats de plusieurs études menées sur la prévalence des troubles psychiatriques au sein de cette population particulièrement vulnérable au regard des parcours d'exil et des événements traumatiques vécus.

Ces caractéristiques justifient selon l'auteur une prise en charge spécifique, active et précoce, notamment un bilan de santé réalisé dès la phase d'évaluation⁴⁴, l'étude montrant à cet égard que les délais d'admission à l'ASE ont été à l'origine de nombreux dépistages incomplets et font courir le risque de retard de diagnostic.

Dans le même sens, le Comede (comité pour la santé des exilé-e-s) et Médecins Sans Frontières font état dans leur rapport publié en octobre 2021⁴⁵ de troubles psychiques marqués observés chez les jeunes non accompagnés pris en charge au centre d'accueil de jour de Pantin. Parmi les 395 patients des psychologues du centre, 50% sont atteints de troubles réactionnels à la précarité, 37% de syndromes psychotraumatiques, 12% de dépression. Les deux organisations soulignent les obstacles dans l'accès aux soins auxquels ce public est confronté, la majoration des troubles psychiques entraînée par les conditions d'accueil durant la procédure de reconnaissance de la minorité et proposent une série de recommandations afin d'améliorer leur prise en charge.

De manière générale, concernant la santé mentale, si les recherches sur ces questions restent limitées au regard de l'importance de ces

-
42. ONPE. Mineurs non accompagnés : quels besoins et quelles réponses ?, dossier thématique, février 2017. Disponible en ligne.
 43. Baudino P., État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Thèse d'exercice : université de Bordeaux, 2015.
 44. Voir également en ce sens l'avis du Haut Conseil de la santé publique du 7 novembre 2019 et l'instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
 45. La santé mentale des mineurs non accompagnés – Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion » MSF/Comède, octobre 2021. Disponible en ligne.

enjeux, des travaux français et internationaux récents ont constaté que les problématiques liées à la santé mentale étaient plus fréquemment constatées chez les enfants relevant de la protection de l'enfance, en raison notamment d'une insécurité psychique précoce et plus globalement de leur parcours de vie complexe⁴⁶ comme indiqué précédemment. Par ailleurs, ces enfants sont surreprésentés dans les services d'hospitalisations pédopsychiatriques où ils sont adressés tardivement, souvent à l'occasion d'un état de crise⁴⁷.

L'étude CREAI Rhône-Alpes/ORS de 2010 précitée relevait une prise en charge psychologique pour un tiers des jeunes placés, s'inquiétant de la prise de neuroleptiques par un nombre significatif de jeunes. Une autre étude très récente sur l'impact en santé mentale du premier confinement de mars 2020 sur des enfants confiés à des assistants familiaux (étude portant sur 622 enfants vivant auprès de 433 assistants familiaux) fournit une photographie de cette question pour cette cohorte au moment de l'entrée dans le confinement : 44% étaient suivis par un psychologue et/ou un pédopsychiatre, 19% l'avaient été dans le passé, 37% ne l'ont jamais été (S. Gaultier, 2021). Ces données semblent évoquer d'importants besoins de soins dans ce domaine, qui sont à mettre en perspective avec d'autres éléments issus de l'étude du CREAI Rhône-Alpes/ORS de 2010. S'intéressant aux pratiques des professionnels en matière de suivi de la santé des enfants protégés, ce travail soulignait que la question de la santé mentale, vue sous le seul angle psychologique, apparaissait tellement prégnante dans les préoccupations des intervenants qu'elle semblait recouvrir d'autres thématiques. Il est d'autre part à souligner que, toujours dans sa partie qualitative, la même étude du CREAI Rhône-Alpes s'est intéressée à la santé perçue par les jeunes confiés, et a alerté sur le fait qu'ils avaient une perception dégradée de leur santé, évoquaient un manque d'énergie, de la fatigue (disant que « tout demande un effort », parlant de difficultés d'endormissement). Les jeunes interviewés ont exprimé à la fois des plaintes et un mal être, ont mentionné des douleurs et des réactions émotionnelles aux événements de leur vie, et un sentiment de mal être diffus. Ils ont évoqué, en parlant de leur santé, des craintes quant à leur avenir (une peur liée aux problèmes d'orientation et à des changements proches ou lointains) ou encore leur difficulté à être en classe. Les jeunes rencontrés par les chercheurs montraient également dans leur rapport à la santé une grande solitude, des sentiments faisant écho aux difficultés liées à leur situation de vie, et, malgré leur accueil dans des établissements ou des familles d'accueil, un faible appui sur les ressources externes, l'étude soulignant une banalisation et une insuffisante prise en compte de leur mal être. Ces observations viennent souligner que répondre aux besoins de soins médicaux et psychiques des enfants doit s'accompagner d'une préoccupation de leur bien-être au quotidien pour prendre en compte leur santé globale.

Par ailleurs, plusieurs services d'accueil soulignent que la santé de l'enfant et la réponse à ses besoins en ce domaine peuvent constituer

46. Even M., *Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance*, revue de littérature. Thèse, Bordeaux, 2017.

Jamet L., *La prévention des ruptures de parcours pour les jeunes bénéficiant de mesures de protection de l'enfance : des motifs et facteurs de rupture à l'élaboration de stratégies d'action*. Rapport final, 2020. Recherche ayant bénéficié d'un soutien de l'ONPE dans le cadre de son appel d'offres thématique 2018-2020. Disponible en ligne : https://onpe.gouv.fr/system/files/ao/rapport_de_recherche_idefhi_-_etude_rap_vf.pdf

Bronsard G., et al. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system, a systematic meta-analysis. *Medicine*. 2016, 95(7).

Bronsard G., *Évaluation en santé mentale chez les enfants placés : épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger*. Thèse, Marseille, 2012.

47. Rappaport C., Service d'hospitalisation temps plein et service de protection de l'enfance : demandes croisées. *Perspectives psy*. 2007, vol. 46, n°1, p.40-52.

un espace intéressant de collaboration avec les parents, comme l'explique cette intervenante d'une pouponnière : « *J'accompagne les parents à toutes les visites médicales spécialisées, pour leur redonner confiance, parce qu'on voit bien qu'ils sont souvent dépassés par tout ce qui est médical, c'est très angoissant pour eux [...]* je coordonne tous les soins et je tiens le fil de la santé de l'enfant. Je partage beaucoup avec les parents, et puis après avec l'équipe. Dès qu'il s'agit de la santé des enfants, les parents sont souvent très preneurs, les enjeux ne sont pas les mêmes, ce qui fait que le contact avec les parents n'est pas le même. » Dans cette pouponnière, les parents sont conviés à la première visite médicale organisée une quinzaine de jours après l'admission et continueront de l'être pour toutes les visites médicales programmées, dont le rythme leur est expliqué.

Ainsi, si des préoccupations fortes s'expriment aujourd'hui sur la santé mentale des enfants protégés, il est important de ne pas négliger d'autres dimensions et notamment, les conditions de vie quotidienne de ces enfants comme leur santé somatique qui nécessite également des prises en charge importantes comme le montrent les travaux scientifiques. L'étude de 2016 sur l'accès à la santé des enfants pris en charge⁴⁸ soutenue par le défenseur des droits a montré que les enfants protégés bénéficient d'une couverture santé, mise en place par les services de protection dès leur prise en charge (avec un recours privilégié à la CMU pour 88 % des services de l'ASE et 50 % des unités éducatives d'hébergement de la PJJ), affiliation facilitée grâce à des allègements et accélérations de procédures réalisés par les CPAM. Néanmoins sont apparues des difficultés de couverture santé dans des périodes charnières de prise en charge de l'enfant telles que le passage à la majorité et le retour en famille. Cette étude souligne que la dimension de la santé n'échappe pas au risque de parcours fractionné, avec un manque d'historicité, de globalité et de cohérence. Cette analyse est confirmée par le rapport de la Cour des comptes de 2020⁴⁹ pour qui la prise en charge de la santé sur le plan somatique (médecin généraliste, dentiste, etc.) est mise en œuvre sans trop de difficultés, le principal problème résidant dans la continuité des soins. Selon la Cour, les ruptures de parcours de soins semblent fréquentes, à l'occasion d'un changement d'accueil ou d'un déménagement des parents, l'absence de référent médical au niveau local pouvant porter préjudice à la qualité de prise en charge, même si le département finance dans certains établissements des postes infirmiers.

Par ailleurs, l'étude précitée de 2016 relève que, face à la diversité des acteurs et institutions compétentes, mais aussi à l'ampleur des démarches à réaliser, parents et enfants semblent particulièrement désorientés. Les parents sont faiblement impliqués et les professionnels expriment un sentiment de malaise global sur ces questions d'où l'intérêt de revenir sur le cadre juridique et les dispositifs émergents sur lesquels il est aujourd'hui possible de s'appuyer.

48. 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, Rapport d'étude, mars 2016.

49. Cour des comptes, La protection de l'enfance, une politique inadaptée au temps de l'enfant, rapport public thématique, novembre 2020.

Partie 2 : La prise en compte des besoins en santé des enfants en protection de l'enfance

L'état des connaissances scientifiques disponibles précédemment décrit met en évidence des marges d'amélioration afin que les besoins en santé des enfants protégés soient effectivement pris en compte. L'ONPE s'est à ce titre intéressé aux pratiques existantes en la matière. Ainsi, après un retour sur le cadre juridique en vigueur et les déclinaisons qui en sont faites au travers des schémas départementaux (1), cette partie propose de détailler les programmes ou actions mis en place sur certains territoires pour assurer un accompagnement en santé systématique des enfants protégés (2).

2.1. La santé des enfants protégés vue par le droit et par les schémas départementaux de protection de l'enfance

Le droit est nécessairement une référence importante lorsque l'on s'intéresse à la prise en compte des besoins en santé des enfants protégés. À ce titre, deux séries de dispositions sont pertinentes : celles qui concernent l'ensemble des enfants, et qui s'appliquent donc *a fortiori* aux enfants protégés (2.1.1), et celles ciblées sur la santé des enfants protégés (2.1.2). Enfin, l'ONPE s'est intéressé au contenu de plusieurs schémas départementaux et à la manière dont ils déclinent, sur le plan opérationnel, le droit applicable (2.1.3).

2.1.1. Les dispositions juridiques protégeant la santé de l'ensemble des enfants

En matière de santé des enfants, le droit international et le droit interne définissent un ensemble de dispositions communes aux personnes mineures et majeures (*voir annexe*). Garantir le droit à la santé des enfants revêt une complexité supplémentaire, liée à l'exercice en principe conjoint de l'autorité parentale par les parents et à la nécessité d'impliquer et d'autonomiser progressivement les enfants dans la prise de décision concernant leur santé. L'article 371-1 du code civil rappelle que « l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs

ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant [...]. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ». En matière de santé comme pour l'ensemble des décisions, « les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ». Dans ce cadre, pour les enfants de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents choisit le médecin traitant. Pour les enfants de plus de 16 ans, le jeune choisit son médecin traitant, mais le document en question est signé par le ou les titulaires de l'autorité parentale jusqu'à la majorité de l'enfant⁵⁰.

En ce qui concerne l'accès aux soins, le guide du ministère des Solidarités et de la Santé sur les actes usuels et non usuels⁵¹ rappelle que sont des actes usuels, pouvant être assurés directement par un des parents (ou le cas échéant par le service de l'aide sociale à l'enfance à qui l'enfant est confié), la poursuite d'un traitement récurrent, les soins courants et le suivi santé de l'enfant. En revanche, la mise en place d'un traitement ou encore la réalisation d'une saisine de la MDPH sont des actes non usuels qui nécessitent l'accord des deux parents.

Si le principe est celui de la représentation légale de l'enfant par ses parents, le droit prévoit un certain nombre d'exceptions. Il en est ainsi de l'accès facilité des mineurs à la contraception (notamment via les centres de planification familiale renommés depuis la loi du 7 février 2022, centres de santé sexuelle⁵²), ou encore des dispositions spécifiques qui encadrent l'interruption volontaire de grossesse, et permettent, à titre exceptionnel, de pratiquer cet acte médical à la demande de l'intéressée et dans le respect des conditions posées par la loi⁵³.

À l'occasion de l'épidémie de Covid-19, des dispositions dérogatoires au droit commun supplémentaires ont été introduites en matière de vaccination obligatoire. Il faut en effet rappeler que la loi organise, outre 20 examens médicaux obligatoires entre la naissance et 16 ans, une série de vaccinations obligatoires. Lorsque ces vaccinations ne sont pas rendues obligatoires par la loi, le guide précité produit par le ministère des Affaires sociales rappelle qu'il s'agit d'un acte non usuel qui nécessite l'accord des deux parents. Or, la vaccination pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 bénéficie d'un statut dérogatoire : l'accord d'un seul parent est suffisant pour vacciner les enfants de 5 à 16 ans⁵⁴ et les enfants de plus de 16 ans peuvent choisir seuls de se faire vacciner⁵⁵. Enfin, pour les jeunes accueillis au titre de l'aide sociale à l'enfance ou de la PJJ, l'autorisation des parents n'est pas soumise à un accord formel : le président du conseil départemental ou le directeur interrégional de la PJJ peut autoriser la vaccination si les titulaires de l'autorité parentale, invités à donner cette autorisation, n'ont pas répondu pendant un délai de quatorze jours à compter de cette invitation⁵⁶.

50. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>

51. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf, p.20

52. Art. L2311-1 du code de la santé publique

53. Art. L2212-7 du code de la santé publique

54. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15393>

55. Art. 1 H de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire

56. Art. 1 I de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire

Par ailleurs, il est important de souligner que la décision des titulaires de l'autorité parentale ne peut conduire à mettre l'enfant en danger. L'article L1111-4 du code de la santé publique précise à ce titre que « dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur [...] risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables ». De même l'article L1111-5 du code de la santé publique précise que « par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé ». Néanmoins, dans ces situations, le texte précise que « le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix »⁵⁷. Ces dispositions sont essentielles à connaître pour l'ensemble des professionnels intervenant au titre de la protection de l'enfance car elles doivent s'appliquer à tout enfant, sans distinction (qu'il soit ou non protégé).

2.1.2. Les dispositions juridiques ciblées sur la santé des enfants protégés

En sus des textes et principes susvisés, les enfants protégés sont concernés par des dispositions juridiques ciblées qui renforcent l'attention portée à leur santé. L'insuffisance ou l'absence de prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, du soutien à son développement physique, affectif, intellectuel et social⁵⁸, ont des conséquences sur la santé tout au long de l'enfance, qui peuvent se poursuivre à l'âge adulte et font de la santé des enfants en protection de l'enfance une question de santé publique.

L'obligation d'un suivi en santé adapté aux besoins de chaque enfant protégé

L'article 3-3 de la convention internationale des droits de l'enfant rappelle que « Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine

57. Pour aller plus loin sur l'ensemble de ces dispositions, la DGCS met à disposition des professionnels de santé des fiches techniques permettant de préciser l'ensemble des droits reconnus aux patients mineurs, et la manière d'interpréter les textes en vigueur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_13.pdf

58. Art. 375 du C. Civ

de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié ». En droit interne, les dispositions précédentes mettent en évidence l'attention portée à la santé de l'enfant, *a fortiori* des enfants protégés. Ainsi, une jurisprudence ancienne du Conseil d'État souligne-t-elle que le manque de surveillance des services administratifs sur le suivi médical de l'enfant est de nature à engager la responsabilité du département⁵⁹. De même, le juge des enfants est appelé, par ses fonctions, à porter une attention centrale à la santé de l'enfant⁶⁰. Plus largement, les décisions des cours d'appels sont particulièrement éclairantes et illustrent la variété et la gravité des atteintes à la santé des enfants protégés⁶¹.

Dans ce cadre, le droit met à la charge des conseils départementaux, et plus particulièrement des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, un certain nombre d'obligations visant à prendre en considération les besoins en santé des enfants protégés et à les satisfaire. Parmi ces dispositions, on pense notamment à celles liées à l'évaluation, l'orientation et l'accompagnement des enfants protégés.

En ce qui concerne l'évaluation des enfants protégés, le code de l'action sociale et des familles rappelle que l'attribution d'une ou plusieurs prestations au titre de l'aide sociale à l'enfance est précédée d'une évaluation de la situation prenant en compte l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement⁶². Les textes réglementaires précisent que l'évaluation de la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante et de celle des autres mineurs présents au domicile a pour objet « d'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur. Elle n'a pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués »⁶³. En ce qui concerne plus spécifiquement l'évaluation de la minorité et de l'isolement, il est également précisé par voie réglementaire que l'évaluation sociale effectuée par le conseil départemental peut « permettre de déceler d'éventuels problèmes de santé nécessitant des soins rapides »⁶⁴.

Durant l'accompagnement, le service départemental de l'aide sociale à l'enfance est également garant du bien-être et de la santé de l'enfant. Depuis la loi du 14 mars 2016 complétée par celle du 7 février 2022, l'article L223-1-1 du CASF déclare qu'« 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, lequel formalise une coordination de parcours de soins, notamment pour les

59. Conseil d'État, 5/3 SSR, du 22 juin 1987, 39761, inédit au recueil Lebon, commenté par F. Capelier « Responsabilité et protection de l'enfance », Dunod, 2016, p.158

60. Gebler L., le juge des enfants et la santé du mineur, AJ Famille, mai 2015, p.267

61. Briand L., Protection de l'enfance et santé : exemple de décision de cours d'appel, AJ Famille, mai 2015, p.271

62. Art. L223-1 CASF

63. Art. D. 226-2-3.-I du CASF issu du décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels

64. Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille

enfants en situation de handicap. 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 ».

Des enjeux institutionnels et organisationnels variés

Une série de questions pratiques se posent aux professionnels pour appliquer ces dispositions : comment associer l'enfant, mais aussi chaque fois que possible la famille à ce bilan de santé et aux suites données ? Qui assurera l'accompagnement de l'enfant chez les professionnels du soin ? Quel sera le circuit d'information pour garantir le secret médical tout en permettant aux professionnels socio-éducatifs de connaître les conduites à tenir pour répondre au quotidien aux besoins de l'enfant ? Au-delà des consultations médicales, comment les prescriptions ou recommandations médicales seront-elles suivies d'effet ? La formalisation des besoins comme des objectifs et actions réalisés en la matière dans le projet pour l'enfant a vocation à répondre à une partie de ces questions.

Il faut en effet rappeler que depuis le décret du 28 septembre 2016⁶⁵, les textes réglementaires affirment que le projet pour l'enfant prend en compte notamment « le développement, la santé physique et psychique de l'enfant »⁶⁶. À ce titre, le PPE doit identifier les besoins de soins et d'accompagnement, notamment dans les situations de handicap, les actions à mettre en œuvre, leur échéance et les acteurs concernés⁶⁷. De manière complémentaires, le CASF rappelle que « le rapport de situation de l'enfant est élaboré après une évaluation pluridisciplinaire [...]. Il prend en compte les objectifs poursuivis et le plan d'actions définis dans le projet pour l'enfant et porte notamment sur [...] le développement, la santé physique et psychique de l'enfant »⁶⁸. Pour rappel, ce rapport de situation est établi au moins tous les ans pour les enfants de plus de deux ans et tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, et concerne tous les enfants accueillis ou faisant l'objet d'une mesure éducative⁶⁹. Ainsi, dans un rapport social, il est nécessaire de faire apparaître les besoins de santé de l'enfant, sans nécessairement mentionner un diagnostic ou une maladie, mais plutôt en donnant l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension des besoins de l'enfant et aux conduites à tenir dans son accompagnement quotidien afin de prendre en compte ceux-ci.

Sur la prise de médicaments, le législateur rappelle qu'au sein des établissements et services de la protection de l'enfance⁷⁰, « lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute

-
65. Décret n° 2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixant le contenu du projet pour l'enfant prévu à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles
66. Art. D. 223-15.-I.-1° du CASF
67. Art. D. 223-15.-II.-2° du CASF
68. Art. R. 223-19 du CASF
69. Art. L. 223-5 du CASF
70. Mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF

personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier»⁷¹. Le même article précise d'une part que c'est «le libellé de la prescription médicale [qui] permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante», d'où l'importance d'une vigilance des médecins sur ce point à l'égard des enfants protégés. D'autre part, l'article déclare *in fine* que «des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise». Si ces protocoles sont loin d'être systématiques en pratique, ils sont essentiels afin de donner aux professionnels qui entourent l'enfant des informations indispensables sur les conduites à tenir.

Au titre des moyens juridiques de mise en œuvre des soins nécessaires, on peut aussi rappeler que dans certains cas, qui doivent rester exceptionnels, l'article 375-7 du code civil permet au service départemental de l'aide sociale à l'enfance de demander au juge des enfants d'autoriser «la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un ou plusieurs actes déterminés relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale [...]». Dans ces situations, le service doit alors rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure. En d'autres termes, si les parents s'opposent à un traitement médical ou ne donnent pas d'accord, alors que ce traitement est dans l'intérêt de l'enfant, rien n'empêche le service départemental de l'aide sociale à l'enfance de saisir le juge des enfants. Il convient néanmoins dans ces situations de veiller à l'articulation entre cette disposition ciblée sur les enfants accueillis et les dispositions générales du code de la santé publique précitées⁷² qui doivent en principe s'appliquer à tout enfant, sans discrimination.

Par ailleurs, depuis la loi du 14 mars 2016, les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance doivent en principe se doter d'un médecin référent «chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part, dans des conditions définies par décret⁷³»⁷⁴. Le rôle de ce médecin est essentiel. Pour autant, force est de constater d'une part, la difficulté pour les départements de recruter sur ces postes, d'autre part, le besoin de penser ce médecin référent comme ayant un rôle de coordination et d'impulsion qui nécessite ensuite de se reposer sur des partenariats solides avec le corps médical afin de garantir le suivi de proximité de l'ensemble des enfants confiés dans le département en question.

71. Art. L313-26 du CASF

72. Art. L1111-4 et -5 du CSP

73. 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

74. Art. L221-5 du CASF

La couverture santé des enfants protégés

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement de la Sécurité sociale, le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (Puma) remplace la couverture maladie universelle (CMU). Cette réforme garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière et à leurs enfants, un droit à la prise en charge des frais de santé.

Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'Assurance Maladie – soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence – le dispositif de la CMU de base (CMU-B) n'a plus de raison d'être et est donc supprimé. En revanche, la CMU-C continue d'exister, la réforme n'intervenant pas sur son périmètre. Avant 16 ans, l'enfant est en principe rattaché en qualité d'ayant droit à l'un de ses parents ou à ses deux parents. À partir de 16 ans, il peut demander la qualité d'ayant droit autonome⁷⁵. De manière complémentaire, la carte vitale peut être commandée dès 15 ans⁷⁶. En ce qui concerne les enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance, la loi prévoit deux séries de dispositions : la première permet une affiliation autonome des mineurs pris en charge à l'aide sociale à l'enfance (sans préciser le fondement administratif ou judiciaire)⁷⁷ ; la seconde encadre l'affiliation de principe des enfants pupilles de l'État au régime général⁷⁸.

Si l'affiliation au régime général est obligatoire pour les pupilles de l'État, pour les enfants accueillis au titre de l'aide sociale à l'enfance, le service départemental auquel il est confié peut demander à ce que l'enfant ait un compte autonome. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une obligation. Ainsi, le département a-t-il en principe toute latitude pour choisir le modèle qui lui paraît le plus pertinent au regard de la situation de l'enfant et de l'association possible des titulaires de l'autorité parentale au suivi santé de l'enfant.

Sur un plan réglementaire en revanche, les choses semblent moins évidentes. En effet, les textes sont très parcellaires et relativement anciens. L'article R. 861-2 du code de la Sécurité sociale qui précise les conditions d'accès à la CMU-C ne dit rien sur la situation des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. C'est donc une circulaire de 1999 qui régleme la question. La circulaire DSS/2A n°99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU prévoit diverses dispositions pour les enfants mineurs confiés aux services de l'ASE ou de la PJJ pour lesquels il est impossible de faire jouer la protection sociale de leur famille d'origine. Selon ce texte :

- ▶ si le régime du représentant légal est connu, c'est le président du conseil général ou le directeur de l'établissement gardien de l'enfant qui effectue la démarche d'identification autonome du mineur au lieu et place du représentant légal des intéressés ;

75. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16620>

76. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/carte-vitale>

77. L'article L. 160-2 du code de la Sécurité sociale rappelle que « les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité ».

78. Art. L380-4 du CSS

- ▶ si le régime d'assurance maladie du représentant légal n'est pas connu, il y a lieu de leur appliquer les dispositions prévues pour les pupilles de l'État.

Ainsi, selon ce texte, l'affiliation à la CMU de base, et donc aujourd'hui à la Puma, et à la CMU-C sont organisées par le président du conseil départemental « lorsque le mineur placé à l'ASE ou à la PJJ dépend pour sa couverture complémentaire de sa famille et qu'il n'est pas possible, par suite de difficultés de relation, de faire jouer la protection sociale de celle-ci ».

Dans ces situations une attention tout à fait particulière devra être portée aux liens entre le département et la CPAM pour garantir que l'enfant confié au service de l'aide sociale à l'enfance soit rapidement couvert (sans par exemple que l'absence de domiciliation de l'enfant dans le département bloque son affiliation), mais aussi que la majorité de l'enfant soit anticipée afin qu'à 18 ans, ou avant, il puisse bénéficier d'une affiliation autonome et faire valoir ses droits.

Les Unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED) et la coordination du parcours de soins des enfants victimes de violences

Le plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022⁷⁹ piloté par le secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles prévoit le déploiement des UAPED sur l'ensemble du territoire (mesure n° 6), la désignation d'équipes pédiatriques référentes à la fois pour repérer et constater les violences faites aux enfants mais aussi prendre soin des mineurs victimes (mesure n° 7) ainsi que le déploiement d'unités spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme (mesure n° 15).

L'instruction du ministère de la Santé aux Agences régionales de santé en date du 3 novembre 2021⁸⁰ relative à la structuration du parcours de soins pour les enfants victimes de violences décrit par ailleurs les orientations pour « construire l'offre de soins graduée et coordonnée » dans le cadre de la mesure n° 14 de ce plan dont l'objectif est de « garantir à chaque enfant victime une évaluation de ses besoins et l'accès à un parcours de soins adapté ».

Pour ce faire, les UAPED, en sus de l'aspect médico-légal de leurs missions, sont explicitement positionnées comme des acteurs chargés « d'organiser et de faciliter l'accès à un parcours de soins » des mineurs victimes⁸¹ dans le cadre d'un pilotage par le ministère des Solidarités et de la Santé en lien avec le ministère de la Justice. Comme le soulignent des praticiens, « l'enjeu pour le pédiatre et le médecin légiste est de garantir ensemble aux mineurs victimes un accueil éthique en milieu pédiatrique associant constat, soins et protection »⁸². Le rôle des UAPED en termes d'appui, de conseil et de sensibilisation des

79. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/22_mesures_pour_lutter_contre_les_violences_faites_aux_enfants.pdf

80. Instruction du ministère des Solidarités et de la Santé N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf

81. Protocole de mise en place d'une UAPED p.2 annexé à l'instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021

82. Vabres N., Fleury J., Clément R., Des équipes hospitalières pédiatriques référentes sur les violences faites aux enfants aux unités d'accueil pédiatriques enfance en danger, in Balençon M. (sous la direction de), *Pédiatrie Médico-légale Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé*, Elsevier Masson, octobre 2020, p.755

professionnels de santé s'articule également avec celui des équipes pédiatriques régionales référentes de l'enfance en danger. Outre l'animation territoriale du réseau des UAPED, ces équipes créées en 2021 doivent en effet assurer des missions de recours et d'expertise pour les situations les plus complexes (coordination du parcours de soins en relai des UAPED et prise en charge spécialisée pour les situations complexes) et devenir une ressource pour les professionnels sur la thématique de la violence faite aux mineurs⁸³.

Cette instruction invite les agences régionales de santé à un état des lieux des actions déjà mises en place, des acteurs mobilisés et des besoins sur chaque territoire. Y est rappelé tout l'intérêt de s'appuyer sur les instances de concertation déjà existantes comme les ODPE, dans lesquels une représentation directe de l'ARS est attendue.

Le secret professionnel partagé, un levier pour la santé des enfants protégés

La volonté d'améliorer la prise en charge médicale des enfants protégés et la cohérence de leurs parcours de soins doit aussi être conciliée avec les dispositions relatives au secret et au droit au respect de la vie privée des patients, reconnus à l'article 1110-4 du code de la santé publique qui s'impose à tous les professionnels de santé.

Alors que la loi du 4 mars 2002 n'autorisait l'échange d'informations qu'entre professionnels de santé, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 ont facilité l'échange d'information strictement nécessaires à la prise en charge d'une personne, entre des professionnels de santé d'une part et des professionnels du secteur social et médico-social, tels que les assistants de service social, les assistants familiaux, les éducateurs et aides familiaux, d'autre part. Il est posé comme conditions que ces professionnels participent tous à la prise en charge de la personne concernée, que la communication de ces informations soit strictement nécessaire à la coordination, à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social ou social et que ce partage d'information soit circonscrit au périmètre des missions des professionnels concernés⁸⁴. Ces échanges d'informations entre professionnels de catégories différentes requièrent l'information préalable de la personne concernée quant à la nature des informations devant faire l'objet de l'échange et quant à l'identité du destinataire⁸⁵.

D'autre part, en dehors de cette hypothèse, des professionnels de santé peuvent être considérés comme apportant leur concours à la politique de protection de l'enfance et, à ce titre, être autorisés à partager des informations à caractère secret avec les autres acteurs de cette politique, afin d'«évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide», conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des

83. Annexe 3 de l'instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021

84. Article R. 1110-1 du code de la santé publique

85. Art. R. 1110-3 du code de la santé publique

familles⁸⁶. C'est en se fondant sur ces dispositions que la Cour de cassation, par une décision du 8 juin 2021⁸⁷, a reconnu la possibilité à des médecins participant à la prise en charge médicale d'un enfant de partager les éléments strictement nécessaires à l'évaluation de sa situation et couverts par le secret professionnel lors d'une réunion de synthèse organisée sous l'égide du conseil départemental au titre de la protection de l'enfance. Elle a à cette occasion rappelé les deux conditions posées par la loi : l'information préalable des parents (et non leur consentement) et la limitation du partage aux informations strictement nécessaires.

2.1.3. La déclinaison du droit dans les schémas départementaux de protection de l'enfance

La santé des enfants protégés est une compétence partagée entre de très nombreux acteurs. Elle relève en effet de la prise en charge quotidienne de l'enfant et donc des personnes qui l'accueillent, mais aussi de la responsabilité du service départemental de l'aide sociale à l'enfance à qui l'enfant est la plupart du temps confié (dans le cadre d'un accueil provisoire ou d'une décision de justice), enfin, la santé des enfants protégés relève également de l'offre de soins existantes en la matière (médecine libérale, inter secteur de pédopsychiatrie, hôpital, établissements médico-sociaux ou sanitaire, etc.). Sur un plan institutionnel, les agences régionales de santé jouent également un rôle majeur, comme la Caisse primaire d'assurance maladie. Enfin, la Maison départementale des personnes handicapées est également un acteur déterminant en ce qui concerne plus spécifiquement l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

Sans chercher à être entièrement exhaustif, l'ONPE a travaillé à l'occasion de ce rapport annuel sur une quinzaine de schémas en vigueur au 1^{er} janvier 2022, en constituant un échantillon diversifié (avec des départements de densité de population et de configuration géographique différentes et des taux de prise en charge en protection de l'enfance divers).

La santé des enfants protégés fait l'objet de développements très différents dans l'ensemble des schémas étudiés, pour autant, il est intéressant de constater que tous mentionnent, *a minima*, cet axe de travail en s'appuyant sur la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, mais également la volonté de réduire les inégalités sociales et de santé et d'améliorer la prise en compte des besoins des enfants en situation de handicap. Les diagnostics pointent par ailleurs de manière récurrente le sous-dimensionnement de l'offre de soin et l'engorgement des services, notamment de pédopsychiatrie. Au-delà de ce premier constat, plusieurs schémas soulignent également une offre de service existante sur le territoire parfois

86. Article L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

87. Cass. Crim. 8 juin 2021 ; arrêt n° 20-86.000

méconnue et sous-exploitée dans le champ du soin. Le diagnostic porté par le schéma départemental de la protection de l'enfance de la Creuse 2021-2026⁸⁸ souligne que la démographie médicale dans ce département rural «impacte la qualité du suivi des enfants». Il est mis en évidence l'absence de lits en psychiatrie infanto-juvénile sur ce territoire, des délais d'attente pour des rendez-vous auprès des CMP ou de médecins spécialistes tels que les orthophonistes supérieurs à 6 mois, ou encore, concernant les dentistes, kinésithérapeutes et orthophonistes, une densité 3 fois inférieure à la moyenne nationale (9 contre 27). Cette situation oblige professionnels et parents lorsqu'ils le peuvent à la mobilité en recherchant des solutions en dehors du département. Dans ce contexte, le schéma affirme que «les facteurs de vulnérabilité des enfants se situent bien dans le domaine de l'accès à la santé» et décline une fiche action sur le thème «faciliter l'accès aux soins par la mobilité». Il est par ailleurs soulevé que certaines mesures de protection de l'enfance peuvent être mises en place «en compensation de non-réponse en matière de soin».

Certains schémas mettent en évidence d'autres données départementales significatives. À titre d'exemple, le schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2018-2023 de l'Indre⁸⁹ donne des chiffres intéressants sur l'activité des services de psychiatrie infanto-juvénile et des centres médico-psycho-pédagogiques. Il rappelle par ailleurs les problématiques spécifiques des enfants ayant des prises en charge multiples, et notamment, la part importante de ces enfants également accompagnés au titre d'un handicap à la suite d'une orientation de la MDPH. Ce schéma, comme quelques autres⁹⁰, ne propose pas de fiche action ciblée sur la santé mais traite cette question sous l'angle du parcours de l'enfant, de l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes et d'une attention particulière portée aux situations dites «complexes». D'autres départements font le choix d'actions dédiées sur le sujet. Ainsi, sur les 14 actions retenues par le schéma départemental de l'enfance du Calvados⁹¹, l'une d'elle s'intitule «développer l'accès aux soins pour l'ensemble des enfants confiés». La fiche action correspondante affirme la volonté du département de «garantir l'accès de chaque enfant à un parcours de soins coordonnés tant sur le plan physique que psychique» avec la nomination d'un médecin-référent de la protection de l'enfance coordonnant ce parcours, mais aussi «le financement de soins alternatifs et non remboursés pour l'enfant (ostéopathie, thérapie EMDR, équithérapie, etc.)». Le schéma départemental enfance famille jeunesse du Finistère 2017-2022 dédie également une fiche action au suivi médical des enfants confiés et au renforcement de la continuité du parcours de soin dans toutes ses dimensions. L'objectif assigné est de garantir l'organisation du suivi médical des enfants de manière coordonnée entre les acteurs concernés en visant notamment la systématisation des bilans de santé, la formalisation du suivi médical et une meilleure traçabilité des informations qui lui sont relatives.

88. https://www.creuse.fr/IMG/pdf/schema_departemental_enfance_creuse_version_de_finitive_23_02_2021-2.pdf

89. <https://www.indre.fr/sites/default/files/pages/info/CG36-Schema-enfance%26famille2018-2023.pdf>

90. On pense notamment au schéma départemental de l'enfance et de la Famille de l'Aisne 2021/2025

91. <https://www.calvados.fr/schema-departemental-enfance-2021-2025>

L'action associe la direction enfance famille, la PMI, des représentants d'associations gestionnaires des structures, d'assistants familiaux, le secteur de la santé et des représentants de parents et de jeunes. Elle prévoit un état des lieux des pratiques en la matière, la définition des étapes du parcours de soin, des modalités de tenue et d'archivage du dossier médical de l'enfant, mais aussi des modalités d'organisation entre médecins référent/traitant et le secteur hospitalier. De manière intéressante, le schéma du Finistère associe à cette action l'objectif de systématiser une fiche de coordination au sein du projet pour l'enfant (PPE). En dehors de cet exemple, on peut noter que le PPE n'est pas toujours évoqué par les schémas étudiés comme outil support en matière de santé.

Le schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance de Charente-Maritime 2018-2022 consacre un de ses axes à « améliorer la prise en compte de la santé des enfants confiés » et évoque à ce titre des « actions de prévention renforcées et une amélioration de l'accès aux droits (CMU par exemple) », cet axe comprend également une fiche action visant à « améliorer l'accompagnement et la prise en charge des situations complexes »⁹². Le département de la Seine-Saint-Denis accorde une place majeure aux réponses aux besoins de santé des enfants accompagnés en y consacrant également un des 5 axes stratégiques du schéma de prévention et de protection de l'enfance 2018-2022⁹³. Cet axe se structure autour de la cohérence et la qualité du parcours de santé en impliquant les parents d'une part et de l'amélioration de la prise en charge des enfants ayant des besoins de soins spécifiques et en situation de handicap d'autre part. Sont notamment visés dans ce cadre la mise en œuvre systématique de bilans de santé inscrits dans une procédure d'accueil formalisée, la création d'un dossier médical partagé par enfant entre les médecins de l'ASE et de PMI ou encore le renforcement de l'articulation entre les équipes de l'ASE et les Maisons des adolescents (en s'appuyant sur un poste en charge du lien avec les équipes de l'ASE dans les MDA). Concernant les besoins de soins spécifiques et les situations de handicap, le département prévoit entre autres la déclinaison de réponses conjointes ASE/ARS (comme la création de structure co-financée), l'identification d'un référent handicap au sein de l'ASE ou encore la consolidation des solutions de relais/répét existantes à destination des assistants familiaux et des établissements accompagnant des jeunes en grande difficulté. Le schéma met également l'accent sur les actions d'information et de sensibilisation sur la santé au sens de l'OMS à destination des professionnels du secteur ainsi que sur les formations réciproques sur le handicap et le dispositif de protection de l'enfance. Dans le même sens, le schéma départemental de la protection de l'enfance et de la famille 2018-2022 de la Gironde⁹⁴ comporte deux fiches actions transversales concernant la santé et le handicap poursuivant notamment l'objectif de développer la formation. Il s'agit d'une part de renforcer la formation des professionnels de l'enfance

92. <http://ebook.charente-maritime.fr/eBook/solidarite-population/schema-enfance/index.html>

93. https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/schemapreventionprotectionenfance20182022_def_ase_20190711.pdf

94. https://www.gironde.fr/sites/default/files/2018-10/SCHEMA_DPE_2018.pdf

aux problématiques de santé et d'addictions, au développement de l'enfant, au repérage du handicap et des troubles du spectre autistique ainsi qu'aux documents utilisés tout au long du parcours (une optimisation dans l'utilisation du carnet de santé est également recherchée). D'autre part, le développement de la formation des acteurs de la santé dans le domaine de la protection de l'enfance est visé et la nomination d'un médecin référent protection de l'enfance dans tous les hôpitaux est encouragée. Par ailleurs, le schéma girondin prête une attention spécifique à l'implication des parents concernant le suivi en santé de leur enfant et propose de renforcer leur accompagnement dans la mise en œuvre des orientations médicales et médico-sociales préconisées comme en ce qui concerne l'accès aux droits (prestation de compensation handicap, allocation d'éducation de l'enfant handicapé...).

Le schéma départemental de l'enfance 2022/2026 des Alpes-Maritimes adopte une approche autour de la santé globale des enfants protégés en proposant de « développer des actions de communication pour valoriser l'importance de l'éducation à la santé et son offre de services, notamment par les réseaux sociaux ». Dans ce cadre, il est notamment proposé d'établir une cartographie de l'offre de soins en lien avec les ARS et de mobiliser les ressources locales en incluant « les médecins traitants dans le suivi et ceux de l'hôpital dans le soin des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance en lien avec le médecin de PMI ». Il est également rappelé l'importance de « garantir le parcours de soins pour tous par les examens préventifs obligatoires en lien avec la CPAM⁹⁵ ». Ce schéma fait écho à des pratiques qui se développent également dans d'autres départements en cherchant à créer des outils tels qu'un « protocole de suivi médico-psychologique standardisé en faveur des enfants confiés » ou encore la désignation d'un référent santé par structure⁹⁶.

95. 20 examens médicaux jusqu'à 16 ans, comme les examens liés au suivi de grossesse.

96. <https://www.departement06.fr/actualites-24/lancement-du-schema-departemental-de-l-enfance-2022-2026-47166.html?cHash=999c4221b3e288207efd8d1d4298b25c>

97. Schéma départemental des solidarités de l'Aude, volet enfance famille, 2021-2025 <https://www.aude.fr/le-schema-departemental-des-solidarites-feuille-de-route-pour-2021-2025>

98. Schéma parisien de prévention et de protection de l'enfance 2021-2025, Tome 2, <https://cdn.paris.fr/paris/2022/05/04/75eb1193d58ff651bb3680782096f5cb.pdf>

Enfin, les schémas départementaux étudiés mettent en évidence un positionnement de la PMI différent d'un département à l'autre. Si certains passent cette question sous silence, plusieurs schémas, comme celui du département de l'Aude, évoquent le besoin de « préciser les collaborations de la PMI à la prise en compte de la santé des enfants bénéficiant d'une mesure ASE »⁹⁷. Cet objectif est complété, d'une part, d'une préoccupation autour de la diversification des compétences des équipes de l'aide sociale à l'enfance sur la santé du tout petit et de l'enfant ; d'autre part, par la volonté d'associer le médecin de PMI au projet pour l'enfant au titre du bilan médical des enfants confiés à l'ASE. Sur la même thématique, la fiche action relative au droit à la santé, à l'inclusion et à la compensation du handicap prévue par le schéma parisien de prévention et de protection de l'enfance 2021-2025 propose de « Faire en sorte que chaque enfant suivi à l'aide sociale à l'enfance ait un référent unique en santé »⁹⁸. Il s'agit dans ce cadre de poursuivre l'expérimentation menée dans

cette collectivité autour d'un dispositif de référents du parcours de santé des enfants placés à l'ASE impliquant les médecins de PMI et de santé scolaire et l'APHP. La ville propose également de poursuivre le partenariat avec l'Espace santé jeunes pour les jeunes de plus de 16 ans en errance (dont les mineurs non accompagnés), afin de proposer un accompagnement adapté à ce public. Sur un plan très pragmatique, le schéma parisien évoque des enjeux communs à différents départements sur le besoin de définir le rôle et identifier les interlocuteurs au sein de l'ASE impliqués dans le référencement et la mise en œuvre de ces parcours en santé (recueil et transmission d'informations au fur et à mesure, échanges avec les professionnels de santé, accompagnement aux rendez-vous...), mais aussi de préciser les articulations entre le référent de parcours et le référent de proximité en ce qui concerne la santé de l'enfant en s'appuyant sur le guide de la référence éducative.

L'exposé rapide de ces différents schémas met en évidence la diversité des enjeux soulevés par la santé des enfants protégés et des actions à poursuivre relevant à la fois d'une logique de prévention et de promotion de la santé mais aussi de protection des enfants accompagnés dans le cadre d'une mesure de milieu ouvert ou de placement.

2.2 La santé des enfants protégés saisie par des programmes inédits

2.2.1 Les programmes «PEGASE» et «Santé protégée» : des initiatives de prise en charge des besoins spécifiques des enfants protégés

La loi n°2017 - 1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018 offre, à travers le dispositif prévu à l'article 51, la possibilité d'expérimenter de nouvelles organisations en santé. Deux expérimentations menées sur le fondement de cet article concernent des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance. Il s'agit des programmes «PEGASE»⁹⁹ et «*Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés*» également appelé «*Santé protégée*»¹⁰⁰ qui visent à renforcer et à structurer le suivi de la santé physique et psychologique des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance. Comme l'ensemble des programmes relevant de l'article 51 précité, ces projets seront évalués du point de vue de leur faisabilité, de leur efficacité et efficience ainsi que de leur reproductibilité en vue de leur extension.

Bénéficiaires

«PEGASE» propose un protocole de santé standardisé pour des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 7 ans. Le second programme «Santé protégée» met en œuvre, pendant une durée de 4 à 5 ans, un parcours de soins coordonné pour des enfants et des adolescents protégés, ainsi que des jeunes suivis par la PJJ, incluant une prise en charge somatique et psychique précoce.

Les bénéficiaires de «PEGASE» sont 2450 enfants de moins de 5 ans relevant de 15 pouponnières situées dans les départements des Ardennes, des Bouches-du-Rhône, du Gard, d'Ille-et-Vilaine, de l'Isère, de Loire-Atlantique, de Maine-et-Loire, du Pas-de-Calais, des Pyrénées-Orientales, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, de la Savoie, de la Vendée, de la Vienne et des Vosges et adhérentes au Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSo). «Santé protégée» va concerner 6907 enfants et adolescents protégés par une mesure administrative ou judiciaire, à domicile ou dans le cadre d'un accueil, issus des départements de Loire-Atlantique, de la Haute-Vienne, des Pyrénées-Atlantiques et de la Seine Saint Denis ainsi que 692 jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse en Loire-Atlantique.

Contenu des programmes et parcours de soins

Les enfants entrant dans ces programmes bénéficient de diagnostics approfondis concernant leurs besoins en santé. S'agissant de

99. Voir arrêté du ministère des Solidarités et de la Santé du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance.

100. Voir arrêté du ministère des Solidarités et de la Santé du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés.

« PEGASE », est réalisé un bilan de santé initial standardisé comprenant le recueil des données anténatales et des données de santé avant placement. Sont ensuite programmés 20 bilans de santé réguliers à âges fixes jusqu'à 7 ans, comprenant les examens médicaux de l'enfant systématiquement proposés entre une semaine et 7 ans auxquels s'ajoutent des bilans supplémentaires. Ces bilans sont complétés par la passation d'échelles permettant de mesurer le niveau de développement, la symptomatologie pédopsychiatrique, le développement du langage et la sévérité de l'état psychologique, en retenant des échelles simples d'utilisation et reconnues scientifiquement sur le plan international. Ce dispositif s'appuie sur le calendrier des examens pédiatriques obligatoires et mobilise des grilles d'évaluation utilisées dans les réseaux de suivi des prématurés, afin de dépister les retards de développement, qu'ils soient moteurs ou psychiques et de réajuster les prises en charge en proposant des activités adaptées au stade de développement de l'enfant.

« Santé protégée » s'organise autour de bilans de santé standardisés, avec un premier bilan à l'entrée dans le dispositif de protection puis des bilans d'actualisation annuelle.

Du point de vue du parcours de soin, « PEGASE » comprend un plan de soins pour chaque enfant. Outre les suivis courants de santé en droit commun, peuvent être apportés, le plus précocement possible, des soins psychologiques et en psychomotricité selon différentes modalités : soins individuels en cabinet ou sur la pouponnière, vacations de psychomotricité sur un groupe de vie, interventions plus soutenues de psychologie sur le groupe de vie, etc. « Santé Protégée » facilite, par l'intermédiaire d'une plateforme recensant les acteurs de santé qui participent au dispositif, l'accès des enfants et adolescents aux professionnels spécialisés en mesure de répondre à leurs besoins (sur les plans dentaire, ORL, ophtalmo par exemple) et, si nécessaire, permet une prise en charge financière de soins habituellement non remboursés, en psychologie, en psychomotricité ou en ergothérapie. Le parcours de soin de l'enfant peut être suivi par le médecin qui a réalisé le bilan à l'entrée, médecin généraliste ou pédiatre volontaire et formé qui, avec l'accord des parents, peut être désigné comme médecin traitant du mineur.

Modes de financement

Les deux programmes se caractérisent par un mode de financement dérogatoire et des forfaits spécifiques. Pour « PEGASE », un premier forfait pour les bilans médicaux et psychologiques (avec la passation des outils de dépistage ASQ et ASQ-SE notamment), incluant la saisie informatique en ligne des données, est de 636 € par enfant et par an. Un second forfait de soins de 630 € par enfant et par an permet de mobiliser des interventions en supplément de celles délivrées au titre du budget des pouponnières pour les soins courants. Pour « Santé protégée », les consultations de bilan à l'entrée et annuelles peuvent être revalorisées sur la base d'une consultation très complexe (60 €)

pour le bilan à l'entrée et d'une consultation complexe (46 €) pour le bilan d'actualisation annuel. Le forfait est de 430 € par enfant et par an pour « prévenir, soigner et structurer un suivi médical régulier »¹⁰¹.

Formations des professionnels

Une formation des intervenants est intégrée dans chacun des deux programmes. La formation des acteurs professionnels de « PEGASE » comporte quatre modules indépendants et complémentaires, sur les principes de fonctionnement de PEGASE, sur les pratiques mises en œuvre dans le programme (en particulier la passation des différents bilans, l'utilisation du système d'information, l'organisation des soins), sur l'optimisation de la prise en charge et la pertinence des soins en fonction des difficultés identifiées chez l'enfant ou dans son environnement (troubles de l'attachement, déni de grossesse, troubles post traumatiques, gestion des liens avec les parents, retards de développement, etc..) et sur les questions de maltraitance infantile et de protection de l'enfance (voir www.programmepegase.fr).

Dans le cadre de « Santé protégée », les médecins volontaires, qui peuvent travailler en secteur libéral ou en tant que salariés, dans le secteur public ou privé, signent un contrat avec la structure de coordination du programme¹⁰², dans lequel ils s'engagent à suivre une formation initiale puis continue aux spécificités des besoins des enfants et adolescents en protection de l'enfance, à la clinique des violences faites aux mineurs et à leurs conséquences sur la santé.

La mise en place d'une coordination des acteurs du soin est un des critères d'éligibilité des projets au dispositif de l'article 51 de la loi de 2017 précitée. « PEGASE » vise à structurer le suivi des enfants par la coordination de différents professionnels de santé, en favorisant un maillage de professionnels (médecins, psychologues, psychomotricien(ne)s) associé à chaque pouponnière pour assurer et améliorer le suivi et la prise en charge de la santé des enfants. Pour ce qui est de « Santé protégée », son objectif est de structurer un suivi médical régulier des enfants autour de la réalisation de l'évaluation médicale et psychologique par la coordination de différents professionnels de santé.

« PEGASE » et « Santé protégée » ont également en commun de viser la production de données épidémiologiques pour mieux connaître les besoins en santé de la population des enfants protégés, voire de permettre des comparaisons avec d'autres cohortes, ce que rend possible l'utilisation de bilans standardisés. L'inclusion des sujets est en cours pour les deux programmes.

101. Vabres N, Pendezec G. et al, Santé protégée : un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés, Perfectionnement en Pédiatrie 2021 ; 4:E47-E48.

102. Dans tous les programmes de l'article 51, il y a des structures de coordination qui sont différentes selon les territoires.

2.2.2 La démarche «PJJ promotrice de santé» : une approche institutionnelle globale adossée aux références de l'Organisation mondiale de la santé

La démarche nationale «PJJ promotrice de santé» (PJJPS) a été initiée par la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) par une note de 2013¹⁰³ fixant l'objectif général d'«améliorer la santé globale des jeunes pris en charge par la PJJ (la santé étant posée comme moyen de réussite de la prise en charge éducative) en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge, dans une approche de promotion de la santé». Elle fait écho aux constats renseignés par la recherche des vulnérabilités sanitaires et sociales accrues des jeunes sous protection judiciaire par rapport aux jeunes de la même tranche d'âge en population générale¹⁰⁴ et conçoit l'intervention comme une opportunité d'amélioration de leur état de santé.

Les orientations définies visent la prise en compte intégrée de la santé et du bien-être dans les prises en charge, indépendamment de toute problématique sanitaire. Les services de la PJJ sont ainsi appelés à renforcer leurs projets pédagogiques, leurs partenariats, ou encore leurs organisations de travail pour promouvoir la santé des jeunes qu'ils accompagnent. PJJPS mobilise l'ensemble de l'institution et des niveaux décisionnels, le secteur public comme le secteur associatif habilité ainsi que l'ENPJJ. La DPJJ entend diffuser au travers de PJJPS non pas un modèle d'intervention clef en main mais un cadre de pensée et une méthodologie d'action irrigués par une vision de la santé élargie et positive¹⁰⁵. Celle-ci a aussi vocation à se dégager d'une approche strictement médicale et/ou normative de la santé reposant sur des injonctions et des interdits. La démarche institutionnelle s'inscrivant à tous les niveaux de l'administration cherche à prévenir les fonctionnements par «à coups», en réponse à l'urgence ou tributaires des initiatives individuelles de professionnels motivés mais isolés.

PJJPS s'articule autour de plusieurs lignes directrices. En premier lieu la santé n'est pas conçue comme un objectif figé à atteindre mais comme un moyen de l'action éducative et de la construction du projet de vie des jeunes dans les meilleures conditions de bien-être possibles. Il s'agit ensuite de mettre en évidence que la santé est déterminée par des facteurs avant tout non bio-médicaux. La plupart des déterminants de santé et de bien-être sont liés aux conditions de vie, au support social des personnes et à leurs aptitudes individuelles, ils relèvent à cet égard des champs relationnel, environnemental et éducatif. La démarche repose sur un postulat fort qui consiste à considérer que l'ensemble des actions éducatives puissent être promotrices de santé, notamment lorsqu'elles contribuent au développement des compétences psychosociales et au renforcement du pouvoir d'agir des jeunes. Dans le même sens, les actions de nature à créer des environnements physique et relationnel favorables sont encouragées.

103. Note de lancement de la PJJ promotrice de santé, DPJJ, 1^{er} février 2013.

104. Voir notamment : Choquet M., Hassler C. et Morin D., Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après, Dpjj, ministère de la Justice/Inserm, Paris, La documentation française, 2005. Et L.H. Choquet et coll., Retraitement, 2011.

105. La PJJ se réfère également à la définition de la santé proposée par Christophe Dejours, (psychiatre, psychanalyste et sociologue du travail) : « la santé pour chaque femme et chaque homme, c'est avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychologique et social »

Une telle approche légitime et conforte l'ensemble des professionnels comme acteurs de la santé au-delà des spécialistes du soin, ainsi « la santé n'est pas qu'une affaire de responsabilité individuelle ou de professionnels de santé, mais bien aussi une affaire collective sociale et politique »¹⁰⁶. Enfin, la situation des professionnels est prise en considération au sein du programme : leur santé est en effet conçue comme un facteur déterminant pour la santé des jeunes. La démarche PJJPS intègre ainsi des questions liées à la qualité de vie au travail des professionnels et fait l'objet d'un portage transversal avec les services des ressources humaines de la PJJ et le soutien de la médecine de prévention (relevant du ministère de la Justice).

Ces orientations trouvent pour référence théorique le concept de promotion de la santé défini par la charte d'Ottawa lors de la conférence mondiale de la santé de l'OMS en 1986.

Par la charte d'Ottawa de 1986, l'OMS indique comment promouvoir la santé (déterminée avant tout par des facteurs non bio-médicaux), en développant des actions selon les 5 axes stratégiques suivants :

«Axe 1 : Développer des politiques positives pour la santé (à tous les niveaux décisionnels, favoriser la prise en compte de la santé-bien-être des jeunes, dans les diagnostics, l'organisation, les formations, les projets, porter attention à la santé-bien-être des professionnels...)

Axe 2 : Créer des environnements favorables (travailler sur l'environnement naturel du jeune comme sur celui que lui offre la PJJ dans les unités pour qu'ils soient porteurs de santé et de bien-être par l'accueil, l'organisation, les lieux, la cohérence du cadre...)

Axe 3 : La participation active de la population concernée (celle des jeunes et de leur famille, identifiés comme ressources pour eux-mêmes et pour leurs pairs...)

Axe 4 : Développer les aptitudes individuelles (les connaissances sur la santé mais surtout les compétences psychosociales indispensables à la maîtrise de certains facteurs de risque)

Axe 5 : Optimiser l'accès aux soins et à la prévention (identifier les ressources, développer les partenariats et préparer comme un acte éducatif le recours au sanitaire, le recours au droit commun...)

Extraits de la note PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021, DPJJ, 1^{er} février 2017

106. Marchand Buttin, Françoise. « Devenir PJJ promotrice de santé. De rencontres en rencontres », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 70, n° 4, 2016.

Le programme vise l'appropriation des 5 axes de promotion de la santé, tels que définis par la Charte d'Ottawa, pour en faire un cadre unique de réflexion pour guider l'action en santé et bien-être des enfants accompagnés par la PJJ. Le concept de promotion de la santé prend en compte la complexité et l'interdépendance entre les déterminants et facteurs d'influence de la santé. Plus les stratégies d'actions s'appuient sur les 5 axes plus elles sont efficaces et durables. Aussi, chaque projet et action doit pouvoir être passé au crible de ces 5 axes, leur prise en compte assurant leur cohérence d'ensemble et leur efficacité.

La note de la DPJJ du 27 décembre 2013¹⁰⁷ organisant la déclinaison opérationnelle de la démarche institue comme référence un document de cadrage national¹⁰⁸ construit à partir d'ateliers participatifs organisés avec les professionnels lors des premières « journées PJJPS ». En partant des 5 axes de la promotion de la santé, adaptés au contexte de l'institution et à la mission de protection judiciaire de la jeunesse, le document décline des objectifs assortis de propositions de déclinaison opérationnelle et de points de vigilance. À titre d'exemple, l'axe 2 comporte pour objectif d'instaurer le meilleur accueil possible prenant en compte les droits des usagers. Il se décline en premier lieu par un accueil humain : chaleureux, anticipé et personnalisé, présentant les rôles et place de chaque adulte, les règles de vie, le sens et le contenu de la mesure. En point de vigilance, une attention doit être portée au livret d'accueil adapté et différent pour le jeune et sa famille, à l'accueil par les pairs (le nom de l'arrivant est connu, une place lui est faite...), aux « détails » : linge propre disponible, lit fait, photos, tasse personnelle... L'accueil physique est ensuite précisé : locaux propres, esthétiques, confortables, comportant un local assurant la confidentialité des entretiens et une attention à porter à la propreté des sanitaires et la mise à disposition des produits d'hygiène.

Les « journées PJJPS » organisées annuellement avec des professionnels de tous les corps de métiers de la PJJ ont vocation à échanger autour des objectifs et nourrir le projet par les allers retours avec le terrain, les initiatives et pratiques susceptibles d'être mutualisées : protocole d'accueil, pratiques autour du bien-être, outils pour accompagner le portage de la démarche et étayer les professionnels (formations, guide d'entretien compréhensif autour des déterminants de santé, logiciel d'auto estimation de sa santé par le jeune).

À titre d'illustration s'inscrivant dans le cadre de PJJPS, le développement des compétences psychosociales des jeunes constitue un des fils rouges des actions de la direction interrégionale (DIR) de la PJJ Grand ouest dont les services investissent des projets éducatifs variés en ce sens : ateliers thématiques sur le rythme de vie et le sommeil, la reconnaissance et la gestion du stress, la connaissance de soi et des autres avec l'appui méthodologique de l'IREPS et de média divers tels que le photolangage, le portrait chinois, un humeuromètre ; lecture immersive par les jeunes suivis en milieu ouvert à destination des personnes âgées en Ehpad sur des récits de vie de la seconde

107. Cadrage opérationnel du projet « PJJ promotrice de santé » 2013-2016, DPJJ, 27 décembre 2013

108. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_sante_juenes1_annexe3bis_cadrage_ope.pdf

guerre mondiale ; création d'une émission de radio sur le thème des addictions animée par les jeunes interrogeant des professionnels de santé¹⁰⁹, etc. La DIR a également conçu avec ses partenaires différents outils pédagogiques, un outil de prévention et de réduction des risques en matière de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis (dispositif « T.A.C. ») à destination des adolescents afin de soutenir leur réflexion en s'appuyant sur le développement des CPS ou encore l'outil « Devine-moi si tu peux ! » qui vise, de manière ludique et interactive, à favoriser la conscientisation des stratégies de coping¹¹⁰ ainsi que les conséquences pour soi et les autres.

Les modalités de pilotage du projet PJJPS sont soutenues par une organisation institutionnelle déclinée à chaque échelon de l'administration et par laquelle les objectifs sont également priorisés et adaptés aux diagnostics, contextes des territoires et besoins identifiés des jeunes. L'approche est par ailleurs diffusée au travers du dispositif de formation statutaire et continue. À l'échelle nationale, les objectifs prioritaires définis par la DPJJ en 2013 ont porté sur le développement de la santé et du bien-être dans les projets de service et la qualité de l'accueil des jeunes et de leurs familles. La note du 1^{er} février 2017¹¹¹ renouvelant et renforçant la démarche insiste de surcroît sur deux autres lignes d'action, le développement d'une démarche de qualité de vie au travail en synergie avec PJJPS et le développement de la participation des jeunes et des familles sans se limiter au champ du suivi en santé.

PJJPS bénéficie également de l'appui d'experts du champ de la santé publique et de la méthodologie de projet en promotion de la santé, la convention de partenariat a été renouvelée entre la DPJJ et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) pour accompagner le déploiement de la démarche sur les territoires avec les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (binômes régionaux PJJ/IREPS) et assurer un transfert de compétences continu. La démarche est plus largement inscrite dans la politique publique de santé et fait appel à ses partenaires institutionnels (INPES, MILDECA...) et associatifs, le soutien de la DGS et des ARS est notamment formalisé au travers d'une convention cadre DGS/DPJJ en lien avec la stratégie pour la santé des personnes sous-main de justice. La convention cadre définit les domaines d'action et les modalités de travail pour mettre en œuvre et développer les coopérations utiles au déploiement des orientations dans l'ensemble des champs concernés (partenariat, recherche, évaluation, formation...), au niveau national, régional et territorial.

Le programme est inscrit dans un processus d'évaluation dont les résultats donnent à voir une institutionnalisation et une structuration de la promotion de la santé en évolution mais une appropriation encore inégale par les services, comme par les professionnels. Il est à noter que parmi les 5 axes, l'accès aux soins des jeunes est celui où les professionnels rapportent rencontrer le plus de difficultés, notamment

109. <https://radiobalises.com/music/ueaj-rencontre-les-infirmiers-du-centre-de-soins-en-addictologie-de-kerdudo/>

110. Le terme coping (de l'anglais to cope : faire face) réfère à l'ensemble des stratégies (cognitives, émotionnelles, comportementales) qu'un individu met en place pour s'adapter à un événement qu'il juge inquiétant, voire dangereux, afin d'en limiter les conséquences négatives potentielles sur son bien-être physique et psychique.

111. Note PJJ promotrice de santé : renouvellement 2017-2021, DPJJ, 1^{er} février 2017

vis-à-vis de la santé mentale. L'évaluation relève également que les jeunes sont plutôt en demande d'accès aux soins et d'actions bien-être, mais plus réticents envers les actions qui abordent frontalement des sujets « problématiques » et les activités « bien-être » proposées apparaissent comme un « point d'entrée » pour les prises en charge. Il est aussi souligné que la démarche nécessite un soutien des cadres aux différents niveaux pour une pleine efficacité.

L'approche engage un changement profond de culture institutionnelle et si elle tend à faire progresser une vision partagée de la santé, les pratiques ont encore à évoluer. Aussi, la DPJJ souhaite maintenir cet engagement dans la durée pour que ces orientations puissent s'inscrire dans la vie des différents services et couple à celles-ci une politique d'amélioration de la connaissance concernant l'état de santé des jeunes et leurs déterminants afin d'ajuster les interventions. La DPJJ a notamment soutenu dernièrement des recherches thématiques¹¹² ou ciblées sur le dispositif des Centres éducatifs fermés¹¹³. Elle renouvelle actuellement une enquête épidémiologique d'ampleur¹¹⁴ afin d'actualiser les données existantes pour obtenir une photographie de l'état de santé des jeunes, la comparer à la population de référence de la même tranche d'âge et appréhender l'évolution de ces données par rapport aux enquêtes précédentes réalisées par l'Inserm en 1997 et 2004.

Les différents programmes présentés proposent de soutenir un accompagnement adapté en santé des enfants protégés au quotidien. Ces programmes sont toujours en cours de déploiement, l'évaluation de leur mise en œuvre permettra de repérer leurs points forts mais aussi leurs limites. En outre, ils doivent être étayés par des politiques publiques permettant d'assurer à un niveau local une adéquation des ressources aux besoins fondamentaux des enfants. À ce titre, les partenariats institutionnels jouent un rôle important comme le montre l'enquête réalisée par l'ONPE et présentée dans la partie suivante.

112. Amsellem-Mainguy Y., Dumollard M., Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ. Entre priorité et évitement, Rapport d'étude/INJEP, octobre 2015.

113. Bronsard G., Boyer L., Étude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre éducatif fermé en France, CHRU de Brest, Aix Marseille université-CEReSS, 2019-09

114. L'enquête nationale en cours vise un échantillon de 2 500 mineurs pris en charge par la PJJ entre 2020 et 2023. Elle est réalisée par questionnaires en « face à face » auprès de mineurs suivis en milieu ouvert ou confiés (SP et SAH), en métropole et en outre-mer.

Partie 3. Enquête exploratoire de l'ONPE sur les partenariats existants localement pour répondre aux besoins en santé mentale des enfants protégés

En 2021, l'ONPE, en association avec la faculté de médecine de Brest, a mis en place un séminaire de recherche autour de la santé mentale des enfants pris en charge par le système de protection de l'enfance¹¹⁵. À travers la présentation de diverses recherches scientifiques récentes, l'objectif était de mieux connaître cette population d'enfants encore peu étudiée et ainsi de mieux appréhender et améliorer par la suite leur suivi et le système d'organisation des soins qui les entoure. Comme l'a rappelé le Pr G. Bronsard en introduction du séminaire de recherche, le partenariat entre la protection de l'enfance et les services spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale des enfants n'est pas nouveau, comme en témoigne par exemple la collaboration dès 1925 entre Georges Heuyer, neuropsychiatre infantile, et Henri Rollet juge des enfants¹¹⁶. Dans le cadre de ce séminaire, l'ONPE a réalisé une enquête exploratoire auprès des Directions enfance famille visant à faire un premier état des lieux des relations et des partenariats pouvant être mis en œuvre entre les services départementaux de protection de l'enfance et le secteur de la pédopsychiatrie.

Cette initiative fait écho aux constats dressés dans le récent rapport de la défenseure des droits (2021) qui rappelle la nécessité d'interroger le travail au quotidien entre ces deux secteurs. Ce rapport invite notamment les pouvoirs publics à faire de la pédopsychiatrie une priorité.

115. Séminaire de recherche ayant eu lieu entre le 12 mars et le 5 novembre 2021, dont les vidéos sont accessibles sur le site Ideal Connaissances en suivant ce lien : <https://www.idealco.fr>
L'ONPE a également publié en ligne des bibliographies sélectives à la suite de chacune des séances de ce séminaire, disponibles en suivant ce lien : https://www.onpe.gouv.fr/publications?field_categorie_publication_tid=1989

116. Périssol G. *Le droit chemin : jeunes délinquants en France et aux États-Unis au milieu du XX^e siècle*. Paris : PUF, 2020. 574 p

Le secteur de la pédopsychiatrie en souffrance sur l'ensemble du territoire

La pénurie de moyens dédiés à la pédopsychiatrie est mise en évidence par le récent rapport de la défenseure des droits, publié à l'automne 2021. Ce constat s'inscrit dans un contexte de crise sanitaire liée à la Covid-19, dans lequel les inquiétudes sur la santé mentale des enfants sont croissantes.

En effet, la défenseure des droits souligne un fort accroissement des besoins en soins pédopsychiatriques au cours des dernières décennies : « le nombre de patients suivis chaque année en psychiatrie infanto-juvénile a augmenté de plus de 60 % en 20 ans ». De même, « le nombre d'admissions en hospitalisation complète et partielle a plus que doublé en 15 ans ». Dans ce contexte de besoins déjà importants, les enfants sont rapidement apparus comme étant particulièrement fragilisés par la crise sanitaire qui a débuté en 2020. Les confinements successifs, les craintes suscitées par le virus, la scolarité en distanciel, l'arrêt des activités périscolaires ainsi que l'affaiblissement des liens sociaux chez les jeunes ont eu des effets délétères sur leur santé mentale. Des inquiétudes du même ordre ont été remontées à l'ONPE, dans le cadre du travail mené sur la crise sanitaire¹¹⁷, par les acteurs de la protection de l'enfance qui ont rapporté, au fur et à mesure de l'avancée de la crise, des signaux de mal-être graves de certains jeunes¹¹⁸.

Si les besoins des enfants semblent en augmentation, le nombre de pédopsychiatres exerçant en France n'a pas connu une évolution corrélée à ces besoins. Ce constat explique pour une part que les réponses de soins pédopsychiatriques sont aujourd'hui très insuffisantes : « Les besoins des patients en soin pédopsychiatrique ont plus que doublé en vingt ans alors même que la démographie des professionnels de la pédopsychiatrie tend à décliner »¹¹⁹. La profession souffrirait d'un déficit d'attractivité et de visibilité. Le manque de personnels s'observe par ailleurs dans tous les domaines de soins : pédopsychiatres, infirmières, psychologues, psychomotriciens, etc. De ce fait, les structures de soins fonctionnent avec de nombreuses vacances de postes et sont confrontées à un fort turn-over de leurs personnels, ce qui peut fragiliser le travail d'équipe. Les services de soins, pas assez nombreux ni suffisamment diversifiés dans les offres de soins qu'ils proposent, sont ainsi saturés sur l'ensemble

117. ONPE, Quinzième rapport au Gouvernement et au Parlement, septembre 2021. Disponible en ligne : <https://onpe.gouv.fr>

118. C'est notamment ce que montre Santé publique France dont les données indiquent « depuis début 2021, une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles de l'humeur chez les enfants de 11-17 ans (niveaux collège, lycée) et dans une moindre mesure chez les 18-24 ans. Les enfants de 11-14 ans (niveau collège) étaient les plus impactés ». <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>

119. Défenseur des droits, *Rapport annuel « Santé mentale des enfants : le droit au bien être »*, 2021.

du territoire. Il en résulte des délais de prise en charge très longs, plus particulièrement pour un premier rendez-vous en CMP ou CMPP.

En outre, le rapport de la défenseure des droits pointe les inégalités territoriales en la matière, celles-ci mettant à mal l'application de l'article 24 de la convention internationale des droits de l'enfant qui rappelle que le droit à la santé s'accompagne d'un droit d'accès aux soins. Sur ce point, le comité des droits de l'enfant invitait la France, en 2016, à « revoir à la hausse les ressources humaines et financières mises à la disposition des services de santé mentale spécialisés, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins pédopsychiatriques à l'échelle nationale » pour que les enfants soient traités dans des établissements conçus pour eux¹²⁰. Or, pour ne donner qu'un exemple, aujourd'hui, 15% de la population se situe à plus d'une heure d'un CMPP¹²¹. De même, si l'offre hospitalière a progressé, elle est inégalement répartie sur le territoire : « plus d'une dizaine de départements n'ont aucune capacité d'hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie (alors que dans le même temps certains départements dépassent les 100 lits pour 100000 habitants) »¹²². La situation est de ce point de vue particulièrement complexe en Outre-mer.

Les inégalités d'accès aux soins sont accentuées par le recours aux spécialistes libéraux : ils sont peu présents sur des territoires ruraux et leur recours reste plus souvent dépendant des ressources financières des familles. Aux inégalités territoriales s'ajoutent dès lors des inégalités sociales.

Ainsi pour la défenseure des droits, « l'offre de soins en pédopsychiatrie doit être renforcée quantitativement mais aussi mieux répartie, afin de permettre à tous les enfants qui en ont besoin, un égal accès aux soins »¹²³.

Au regard de ces premiers constats, il s'agissait pour l'ONPE de questionner les départements sur la manière dont le service de l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie s'articulent et s'organisent en termes de suivi des enfants confiés mais aussi d'accompagnement des professionnels de la protection de l'enfance dans leurs prises en charge. Cette enquête exploratoire visait à réaliser une première observation sur la mise en place de partenariats entre ces services sur le territoire national.

L'ONPE a conçu un questionnaire, envoyé en février 2021 par voie électronique à l'ensemble des Directions enfance-famille : fin août

120. Comité des droits de l'enfant, Observations finales faites à la France sur le sujet de la santé mentale, 2016

121. Défenseur des droits, op. cit., p.34

122. *Ibid*, p.42

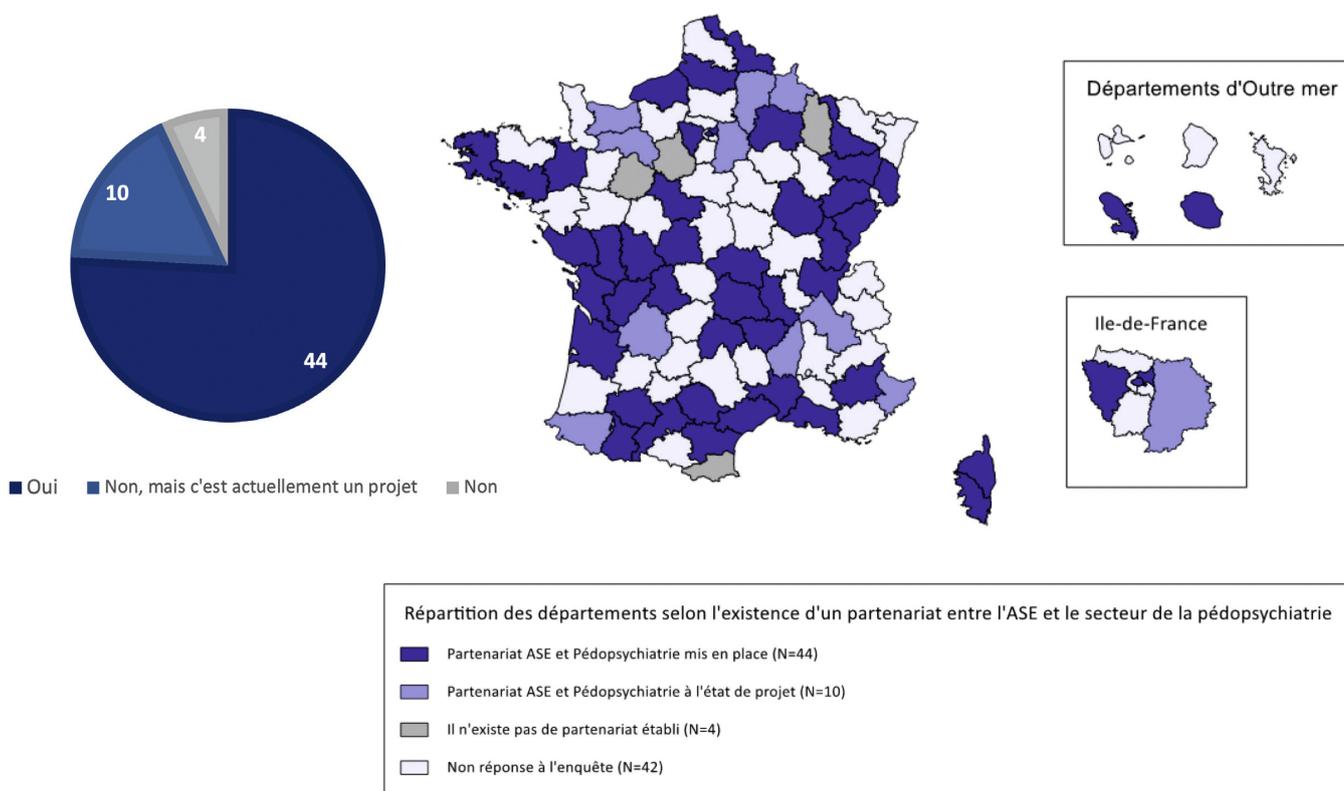
123. *Ibid*, p.40

2021, 58 départements sur 100 ont répondu à l'enquête dans son intégralité. Il est à rappeler que cette enquête, conçue en amont de l'organisation du séminaire santé mentale et protection de l'enfance, donne un aperçu de la collaboration entre ces services du point de vue des Directions enfance-famille. Elle n'a pas eu pour objectif d'appréhender l'ensemble de l'offre en pédopsychiatrie dans les départements ou d'interroger les acteurs territoriaux du champ de la santé. Par conséquent, ces résultats ne reflètent pas de manière exhaustive l'ensemble des actions, des pratiques et des recherches mises en œuvre sur les territoires, mais permettent de donner à voir certains partenariats locaux et d'illustrer la diversité des liens existants aujourd'hui entre les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie.

3.1 Un partenariat aux objectifs pluriels

En 2021, les trois-quarts des départements répondants (soit 44 sur 58) ont souligné l'existence d'un partenariat entre les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et le secteur de la pédopsychiatrie. En 2021, dans 10 départements, ce partenariat est actuellement à l'état de projet et dans 4 autres, il n'existe pas de partenariat établi (Figure et Carte 1).

Figure 1 et Carte 1 : Répartition des départements selon la mise en place d'un partenariat entre l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie (N = 58).



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : Enquête exploratoire - Protection de l'enfance et santé mentale des enfants (N = 58), France métropolitaine et DOM TOM, hors Mayotte. Traitement ONPE.

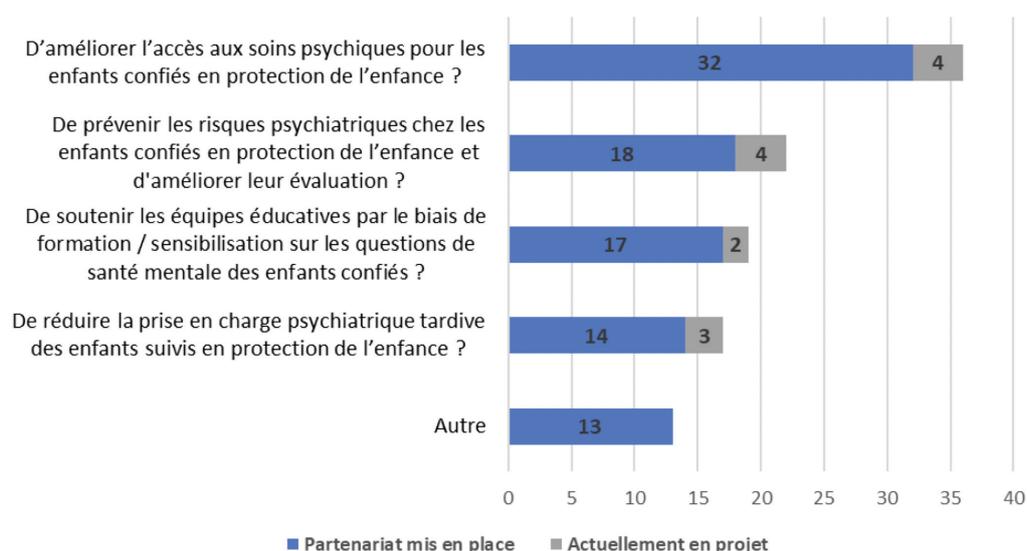
Le travail exploratoire conduit par l'ONPE visait d'abord à identifier les objectifs de ce partenariat, qu'il soit établi ou encore à l'état de projet (Figure 2), entre les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie. Le questionnaire proposait aux répondants de choisir, parmi quatre objectifs principaux émergents des articles et

témoignages recueillis, ceux qui leur paraissaient prioritaires, plusieurs réponses pouvant être codées. Ces quatre objectifs principaux sont : l'accès aux soins, le soutien apporté par les professionnels du soin aux professionnels de l'aide sociale à l'enfance au regard des besoins en santé des enfants protégés, la prise en charge des situations dites complexes et la prévention précoce. Pour les 54 départements disposant d'un partenariat établi ou à l'état de projet, l'enquête met en évidence une priorité donnée aux objectifs suivants :

- ▶ l'amélioration de l'accès aux soins psychiques pour les enfants confiés en protection de l'enfance (32 départements) ;
- ▶ la prévention des risques psychiatriques chez les enfants et l'amélioration de leurs évaluations (18 départements) ;
- ▶ le soutien des équipes éducatives par le biais de formation/de sensibilisation sur les questions de santé mentale des enfants confiés (17 départements) ;
- ▶ la réduction de prises en charge psychiatriques tardives des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance (14 départements).

Il est à noter que pour les départements pour lesquels ce type de partenariat est à l'état de projet, l'objectif qui ressort prioritairement est de prévenir les risques psychiatriques chez les enfants confiés et d'améliorer leur accès aux soins psychiques.

Figure 2 : Répartition des départements selon le(s) objectif(s) de ce partenariat (N = 54)



Source : Enquête exploratoire - Protection de l'enfance et santé mentale des enfants. France métropolitaine et DOM TOM, hors Mayotte. Traitement ONPE (N = 54, comprenant les départements déclarant la mise en place d'un partenariat effectif entre l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie et ceux dont ce partenariat est à l'état de projet).

Parmi les 13 départements évoquant d'autres objectifs que ceux proposés par l'enquête, certains estiment que ce partenariat doit permettre d'organiser «*des passerelles*» entre établissements, mais aussi entre professionnels, en favorisant l'organisation de réunions de travail permettant une connaissance mutuelle des champs d'intervention de chacun, «*une culture commune*»¹²⁴ et plus largement «*œuvrer pour une prise en charge plurielle de l'enfant confié*». Un département précise que ce partenariat devrait rassembler d'autres acteurs participant au quotidien des enfants protégés, notamment les magistrats, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'Éducation nationale, la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) et ce, particulièrement dans le cadre de situations de «*cas complexes*» ou de «*jeunes à difficultés multiples*», où il est d'autant plus nécessaire de «*faire lien*» pour éviter les ruptures dans le parcours de l'enfant.

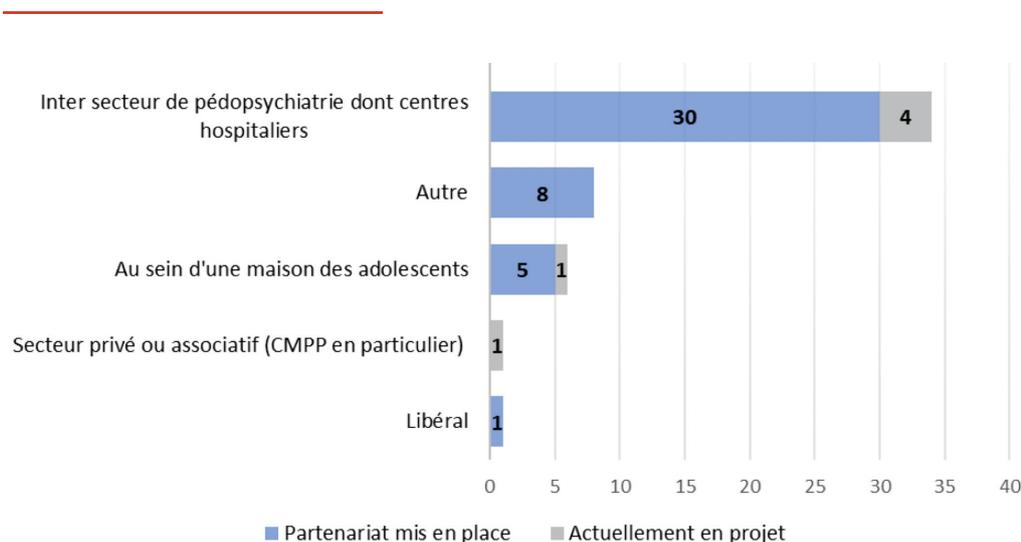
Dans certains territoires, des commissions pluri-partenariales dédiées au suivi et à la prise en charge coordonnés de jeunes relevant de différents champs de compétence et institutions sont déjà organisées pour répondre à ce besoin de concertation et de coordination (*voir infra*).

124. Dans cette partie, les extraits en italique rapportent des propos tels qu'ils ont été rédigés dans le questionnaire par la personne s'étant chargée de le remplir.

3.2 Un partenariat répandu et multiforme

L'enquête interrogeait l'organisation de ce partenariat et notamment les dispositifs à travers lesquels il s'établit (Figure 3) : pour 30 départements, soit la majorité des répondants, ce partenariat s'organise avec l'inter-secteur de pédopsychiatrie (dont les centres hospitaliers), et pour 6 départements, ce partenariat s'organise avec la Maison des adolescents.

Figure 3 : Répartition des départements selon la manière dont s'effectue ce partenariat (N = 54).



Source : Enquête exploratoire - Protection de l'enfance et santé mentale des enfants. France métropolitaine et DOM TOM, hors Mayotte. Traitement ONPE (N = 54, comprenant les départements déclarant la mise en place d'un partenariat effectif entre l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie et ceux dont ce partenariat est à l'état de projet).

Dans la grande majorité des départements, le partenariat apparaît « sporadique ». Il semble alors principalement motivé par la gestion de situations de « crise » en raison de la détresse psychologique ou psychiatrique de certains enfants, conduisant à des demandes de prise en charge « en urgence ».

Ce travail interrogeait également les modalités de ce partenariat (Figure 4). Un tiers des répondants souligne que ce partenariat se construit au travers de liens interpersonnels quand, pour 9 départements ayant répondu, il prend la forme de liens de proximité via un réseau formel, par exemple à l'occasion de réunions ou de « commissions de cas partagés », c'est-à-dire de temps de travail réunissant plusieurs professionnels du champ médico-psycho-social pour réfléchir et penser collectivement la poursuite du parcours de prise en charge d'enfants confiés et de leurs familles¹²⁵.

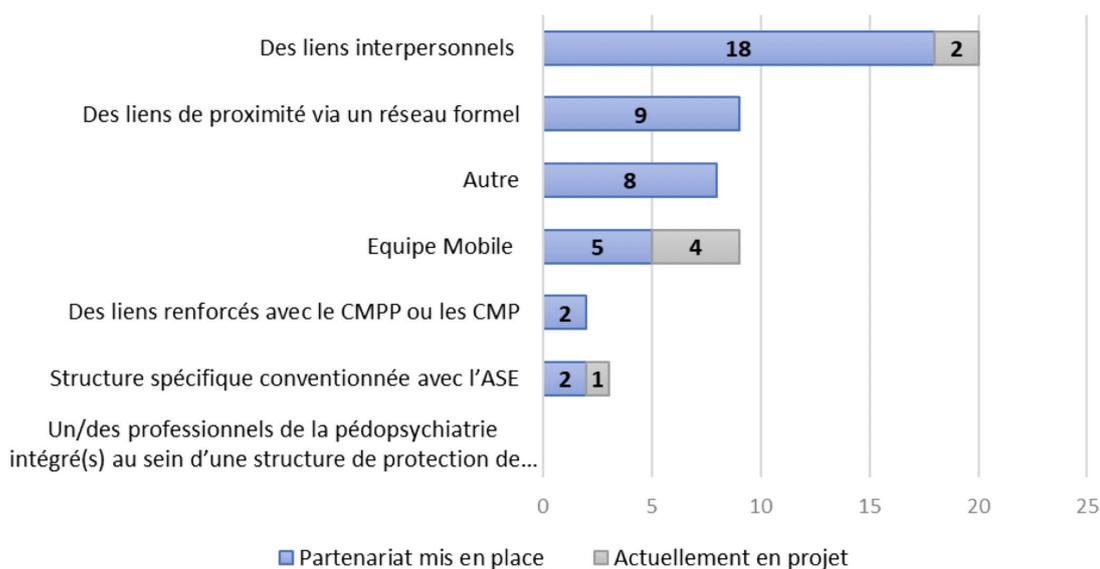
125. La loi du 7 février 2022 (article 37) s'appuie notamment sur ces expériences en prévoyant l'expérimentation de comités départementaux de la protection de l'enfance pouvant « se réunir, le cas échéant en formation restreinte, pour coordonner les actions menées pour la prise en charge d'un mineur ou d'un majeur âgé de moins de vingt et un ans, lorsqu'elle se caractérise par une particulière complexité, ou pour apporter une réponse coordonnée à un dysfonctionnement grave intervenu dans la prise en charge d'un mineur ou d'un majeur âgé de moins de vingt et un ans au titre de la protection de l'enfance ».
126. Il est à noter qu'une équipe ambulatoire rencontre également le jeune confié à l'ASE hors des temps d'accueil classiques, pour construire un lien et continuer d'exister auprès de lui.

Pour 5 départements, il s'agit davantage d'équipes mobiles, pour 2 départements de liens renforcés avec les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), et enfin pour 3 départements, de structures spécifiques conventionnées avec l'ASE. Pour l'un de ces départements, il s'agit d'un service éducatif et thérapeutique pour adolescents de 13 à 18 ans, sans trouble déficitaire associé, confiés à l'aide sociale à l'enfance, dont les parcours, les caractéristiques et les besoins spécifiques nécessitent un accompagnement pluridisciplinaire de professionnels du champ sanitaire et social. Les jeunes sont accueillis en séquentiel sur des temps individuels et en groupe¹²⁶.

Pour un autre département, une structure spécifique conventionnée avec l'ASE est inscrite dans le schéma départemental et est actuellement à l'état de projet : il s'agit d'une « unité haute mobilité périnatale » dont l'objectif est la mise en place d'un accompagnement médico-psychosocial à destination de femmes enceintes et/ou de futures mères souffrant de troubles psychiatriques.

Dans un troisième département, une structure dédiée à la prise en charge du psychotraumatisme pour des enfants et des adolescents suivis en protection de l'enfance doit ouvrir début 2022. Le public prioritaire devrait être dans un premier temps des enfants de moins de 6 ans, au regard des bénéfices attendus d'une prise en charge précoce.

Figure 4 : Répartition des départements selon les modalités de ce partenariat (N = 54).



Source : Enquête exploratoire - Protection de l'enfance et santé mentale des enfants. France métropolitaine et DOM TOM, hors Mayotte. Traitement ONPE (N = 54, comprenant les départements déclarant la mise en place d'un partenariat effectif entre l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie et ceux dont ce partenariat est à l'état de projet).

Pour les 8 départements rapportant d'autres modalités d'organisation, les résultats montrent que le secteur de la pédopsychiatrie et l'ASE peuvent également se rencontrer et échanger ponctuellement au détour de réunions de travail thématiques, de séminaires, de temps annuels où le regard croisé ASE-Pédopsychiatrie est volontairement recherché autour de problématiques communes. Ces temps de partage semblent parfois portés par l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE). Enfin quelques départements indiquent avoir participé à des projets spécifiques ou expérimentaux de recherche concernant la santé mentale des enfants confiés à l'ASE, en lien pour certains avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Par ailleurs, l'enquête cherchait à identifier la nature du partenariat et son éventuelle formalisation : 21 départements sur 44 ont répondu qu'un document conjoint entre l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie existait, il s'agit essentiellement d'une convention (pour 14 d'entre eux), d'un protocole (pour 2) et d'un « arrêté conjoint d'autorisation »¹²⁷ pour l'un d'entre eux. D'autres départements évoquent des documents tels que des « fiches projets », « des guides de procédure » ou des « fiches actions » au sein du schéma départemental.

Il est à noter que 14 départements sur 44 répondants mentionnent l'existence d'un comité de pilotage chargé d'animer et d'organiser la mise en œuvre et le suivi de ce partenariat.

Ces résultats conduisent à constater l'existence de partenariats ASE-pédopsychiatrie dans la majorité des départements.

Ces partenariats sont variés au regard des objectifs poursuivis mais aussi au regard de leur caractère plus ou moins formalisé. Plusieurs départements répondants évoquent la création de liens professionnels au détour de la situation d'un enfant, sans que le cadre ne soit institutionnalisé. C'est à la suite de ces échanges sur une situation particulière qu'un département répondant indique qu'est né « *le réel désir de travailler ensemble* ». Quand une formalisation existe, cette dernière recouvre des modalités différentes. Les acteurs interrogés à ce propos seraient demandeurs d'un cadre, plus formel, pour organiser ces temps de travail bien que certains soulignent l'intérêt de ne pas trop rigidifier ces échanges qui, en cas d'urgence, nécessitent des liens flexibles et de proximité. Ces liens restent néanmoins difficiles à pérenniser, notamment parce qu'ils semblent se nouer souvent dans le cadre de situations de crise.

Les résultats de cette enquête soulignent la nécessité pour les répondants d'un travail resserré entre l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie. Certains acteurs interrogés déplorent des délais d'attente trop longs pour accéder à des consultations en pédopsychiatrie alors que, selon la littérature scientifique précitée, les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précocement mises en œuvre. D'autre part, l'offre de soins est jugée insuffisante (nombre de lits en pédopsychiatrie trop restreint, notamment) et contrastée : certains répondants décrivent un manque important

127. Il s'agit dans ce département, dans le cadre de son partenariat avec l'inter secteur de pédopsychiatrie dont le centre hospitalier, d'une structure spécifique conventionnée avec l'ASE.

voire une absence totale de pédopsychiatres sur leurs territoires, une forte chute de cette spécialité médicale étant observée depuis plusieurs années, ne permettant pas toujours d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins des enfants faisant l'objet d'une mesure de protection (voir encadré *supra*).

De même, du point de vue des départements interrogés, ce partenariat se justifie avant tout dans le cadre de suivi de situations jugées complexes, d'enfants et/ou d'adolescents présentant des difficultés multiples. La nécessité de trouver des réponses médicales, psychologiques et éducatives leur apparaît alors primordiale et la coordination multi-institutionnelle indispensable : « *le travail en réseau est le seul soin possible pour ces enfants* ».

3.3 Une représentation partielle de la pédopsychiatrie au sein des ODPE

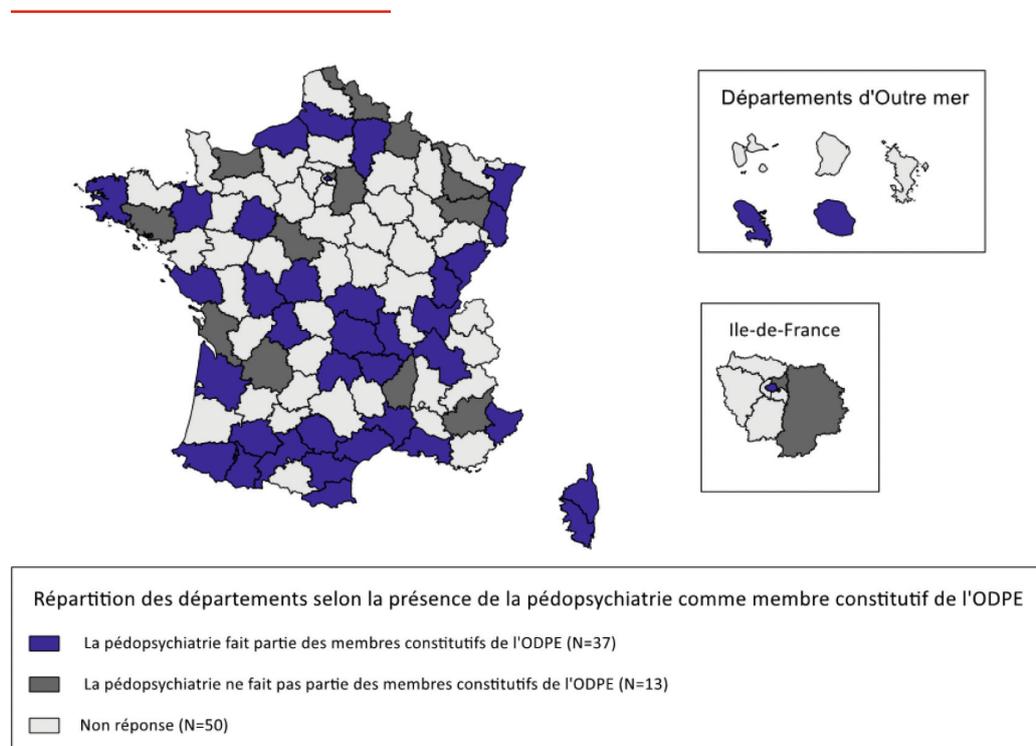
Le décret n° 2016-1285 du 29 septembre 2016¹²⁸ (pris en application de l'article L. 226-3-1 du CASF) définit la composition pluri-institutionnelle de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), au regard des cinq missions qui lui sont dévolues. Il dispose à ce titre que des professionnels exerçant dans le champ de la pédopsychiatrie doivent participer au travail d'observation des ODPE. L'enquête posait ainsi la question de la présence de la pédopsychiatrie en tant que membre constitutif des observatoires départementaux : 37 sur les 58 départements répondants ont déclaré avoir intégré le secteur de la pédopsychiatrie au sein de leur ODPE (Carte 2).

Ces résultats viennent confirmer ce qui s'observe au niveau national dans l'état des lieux des ODPE réalisé tous les deux ans par l'ONPE à travers une enquête auprès des conseils départementaux¹²⁹ : parmi les ODPE installés en 2020, nous observons que le secteur de la santé apparaît comme un acteur majeur, avec la participation toujours croissante de l'ordre des médecins et de professionnels de santé, dont des pédopsychiatres, dans près d'un ODPE sur deux.

128. Décret N° 2016-1285 du 29 septembre 2016 : [...] « De représentants du conseil de l'ordre des médecins, des professionnels exerçant notamment dans les champs de la pédiatrie, de la pédopsychiatrie, de la périnatalité et, le cas échéant, de la médecine légale ».

129. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_odpe_2020.pdf

Carte 2 : Répartition des départements selon la présence de la pédopsychiatrie comme membre constitutif de l'ODPE (N = 58).



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : Enquête exploratoire - Protection de l'enfance et santé mentale des enfants (N = 58), France métropolitaine et DOM TOM, hors Mayotte. Traitement ONPE.

3.4 L'offre de soins spécifiques repérée par les services de l'ASE

Le questionnaire interrogeait les départements sur l'existence de dispositifs dédiés à la pédopsychiatrie, qu'ils soient ou non adossés à l'ASE. 28 départements ont apporté des réponses, sans qu'il soit toujours possible de distinguer le type de structure ni leur inscription dans la pédopsychiatrie.

Un premier repérage de services accueillant des enfants et relevant de l'offre de soin pédopsychiatrique fait émerger l'identification de structures spécifiques. Ces dernières se différencient par le public ciblé (âge, type de troubles, etc.), la durée de la prise en charge, les équipes de professionnels mobilisées, les modalités d'interventions (ambulatoire, hébergement, séquentiel, etc.), le type de prise en charge ASE et la nature du soin proposé, etc.

Parmi ces structures, l'enquête exploratoire met particulièrement en lumière l'existence de services d'Accueil familial thérapeutique (AFT)¹³⁰ évoqués dans 8 départements. Trois départements évoquent la mise en place de Maisons d'enfants à caractère social (MECS) dédiées aux situations complexes ou faisant intervenir des équipes mobiles soignantes au sein de l'établissement et deux départements, de Maisons des adolescents (MDA) avec hébergement thérapeutique ou avec la présence d'une équipe mobile pédopsychiatrique.

S'agissant de l'accueil familial thérapeutique, il est à noter que, lors de la clôture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues sous l'égide du ministère des Solidarités et de la Santé en septembre 2021 et parmi les 30 mesures annoncées pour la psychiatrie, la mesure 15 porte sur le développement de l'offre d'accueil familial thérapeutique pour les enfants et adolescents par la création de 100 places supplémentaires en deux ans, réparties de manière à équilibrer le nombre de places disponibles sur le territoire.

130. Une fiche dispositif réalisée par l'ONPE présente un service d'Accueil familial thérapeutique : https://www.onpe.gouv.fr/sites/default/files/dispositifs/86_aft.pdf

3.5 Quelques initiatives d'études et de recherche en santé mentale

Parmi les répondants, huit départements ont déclaré avoir participé ou projettent de s'associer à des études ou des recherches sur la thématique de la santé mentale des enfants confiés aux services de l'ASE. Bien que ce recensement ne soit pas exhaustif, ces travaux témoignent de la volonté d'améliorer les connaissances sur la santé mentale des enfants protégés mais aussi de mettre en lumière des pratiques de soins et d'accompagnement pertinentes et potentiellement novatrices. Quelques exemples témoignent de l'intérêt porté à ces questions :

- ▶ **Bouches-du-Rhône** : Une étude médico-psychologique menée auprès d'adolescents placés en Centre éducatif fermé en France, par le professeur Guillaume Bronsard, pédopsychiatre et ancien directeur de CMPPD et de la maison des adolescents (un rapport mené conjointement par le CHRU de Brest, l'université Aix Marseille – Ceres a été publié en septembre 2019).
- ▶ **Calvados** : Thèse de doctorat en médecine sur le thème des soins pédopsychiatriques en période périnatale (il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des enfants placés à la naissance nés au CHU de Caen de 2006 à 2015).
- ▶ **Cantal** : Participation à un diagnostic sur la santé mentale des mineurs mené par l'ARS en 2019 (non spécifiquement dédié aux enfants confiés à l'ASE).
- ▶ **Seine-Maritime** : Une recherche prévue en 2021 sur les facteurs de vulnérabilité et de résilience influençant les trajectoires développementales et les modalités adaptatives d'enfants et d'adolescents confiés à l'ASE. Le médecin référent protection de l'enfance est associé à ce travail.
- ▶ **Somme** : Deux études menées au sein de l'ODPE portant sur les enfants en situation de handicap en protection de l'enfance (dont une partie interroge la santé mentale de ces enfants).
- ▶ **Vendée** : L'ODPE travaille actuellement sur une étude relative aux enfants confiés et porteurs de handicap. L'échéance est posée à fin 2021.

Les résultats de cette enquête exploratoire soulignent en creux la nécessité de poursuivre l'analyse des relations entre le secteur de la pédopsychiatrie et les services de l'ASE, qui font aujourd'hui l'objet de connaissances partielles. Ce travail témoigne de la nécessité de développer des études et des recherches inscrites dans des champs disciplinaires pluriels (médecine, sciences humaines et sociales, droit, etc.), cela pourrait permettre notamment de recueillir les points de vue des professionnels de la protection de l'enfance et de la santé qui font souvent défaut.

Lorsque ces partenariats ASE-pédopsychiatrie existent, ils sont rarement insérés dans un cadre formel, et résultent souvent de liens basés sur des

relations interpersonnelles. En outre, les liens sont présentés comme trop sporadiques. Si ce partenariat apparaît particulièrement justifié dans le cadre de suivi d'enfants en grande souffrance psychique, le besoin de mieux travailler ensemble s'exprime au-delà de la gestion de ces situations. Ainsi, les départements répondant regrettent que les relations de travail entre ces professionnels se nouent essentiellement dans les situations « d'urgence ».

D'autres difficultés sont exprimées dans ce travail, comme des délais d'attente trop longs pour accéder à des consultations en pédopsychiatrie témoignant d'une offre de soin insuffisante. Les interventions sont aussi jugées tardives, ce qui invite à porter une attention particulière à la prévention, au repérage des troubles psychiques et au développement de soins précoces.

À l'aune des connaissances disponibles, ces développements mettent en évidence trois premiers enjeux : d'une part, comment bâtir des partenariats pérennes qui ne reposent pas sur des liens interpersonnels ? D'autre part, comment renforcer les partenariats centrés sur une approche globale en santé et la réponse aux besoins fondamentaux spécifiques de l'enfant ? Comment favoriser l'interconnaissance de la culture, des possibilités et des contraintes de chacun ? Ce premier état des lieux sera utilement complété par la journée d'études coportée par l'ONPE et la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui aura lieu le 23 septembre 2022 à Paris¹³¹ qui permettra de croiser les regards entre l'aide sociale et la pédopsychiatrie, et plus largement par les recherches à venir dans le domaine.

131. <https://onpe.gouv.fr/actualite/journee-rencontre-ase-pedopsychiatrie>

Partie 4. Les derniers chiffres de référence en protection de l'enfance

Chaque année, le rapport au Gouvernement et au Parlement de l'ONPE fait état des dernières données disponibles en protection de l'enfance. Pour les données présentées dans ce seizième rapport, l'année de référence est celle de 2020 ; le décalage temporel entre l'année observée et la diffusion de ces chiffres est lié au temps nécessaire à l'ensemble des acteurs, tant au niveau local que national, pour la collecte et la consolidation des données.

Il convient également de préciser la nécessité d'interpréter les chiffres et leurs évolutions dans leur contexte (social, économique, juridique, etc.), précaution qui prend tout son sens avec la crise sanitaire traversée depuis 2020. En effet, celle-ci a pu avoir des conséquences aussi bien sur la situation socio-économique des familles, sur le contexte de vie des enfants que sur l'organisation et le fonctionnement des services. En outre, l'état d'urgence sanitaire a conduit à la mise en place de lois et de réglementations dérogatoires au droit commun qui ont également pu impacter les données disponibles et leurs évolutions. Dans ce cadre, et en raison des multiples facteurs susceptibles d'expliquer l'évolution des données recueillies, il convient d'être prudent sur les hypothèses formulées.

4.1 Les chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020

Institués à la demande du Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE), les chiffres clés sur la protection de l'enfance permettent de suivre annuellement depuis 2018 l'évolution d'un minimum de données nationales. Au nombre de quatre initialement, ces indicateurs sont au nombre de huit depuis 2020. Les chiffres clés portant sur l'année 2020 ont fait l'objet d'une note d'actualité parue en février 2022¹³², complétée d'une présentation infographique de ces chiffres (reproduite en annexe du présent rapport).

132. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020. Paris : ONPE, février 2022. Disponible en ligne : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2020_ok.pdf

Le nombre de mineurs et de jeunes majeurs suivis en protection de l'enfance

Au 31 décembre 2020, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de

l'enfance est estimé à 308 000 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 21,4‰ des mineurs, soit une diminution de 1,5% par rapport à 2019.

Au 31 décembre 2020, le nombre de jeunes majeurs concernés par un suivi en protection de l'enfance est estimé à 32 160 sur la France entière, ce qui représente 13,2‰ des jeunes âgés de 18 à 21 ans. Ce nombre, en hausse de 30% entre 2019 et 2020, prolonge une tendance entamée en 2017.

Concernant les mineurs et jeunes majeurs, ces évolutions (diminution du nombre de mineurs et augmentation du nombre de jeune majeurs suivis) peuvent s'expliquer en partie par l'évolution du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) sur le territoire français depuis 2016. Les chiffres fournis par le ministère de la Justice mettent en évidence un nombre croissant de décisions entre 2016 et 2019 : 8 054 ordonnances et jugements de placement concernant des personnes déclarées MNA en 2016, 14 908 en 2017, 17 022 en 2018 et 16 760 en 2019. Or, ces jeunes sont entrés majoritairement entre 16 et 18 ans dans le dispositif de protection de l'enfance et sont donc susceptibles en 2020 d'être concernés par une prise en charge jeune majeur après avoir été suivis durant leur minorité. D'autre part, la Protection judiciaire de la jeunesse indique que « le nombre des MNA pris en charge au titre de la protection de l'enfance au 31 décembre 2020 accuse également une baisse sensible de -24,50% par rapport à l'année précédente »¹³³, ce qui a contribué à faire diminuer le nombre total de mineurs suivis.

Concernant spécifiquement les jeunes majeurs deux autres facteurs explicatifs peuvent être avancés :

- ▶ les effets des dispositions relatives à l'état d'urgence sanitaire interdisant aux départements de mettre un terme aux accompagnements des jeunes majeurs en cours, pour les jeunes de 18 à 21 ans, mais aussi au-delà du vingt-et-unième anniversaire ;
- ▶ les effets de la crise économique et sociale et de la situation fragile du marché de l'emploi qui ont pu freiner l'insertion sociale et professionnelle de certains jeunes et ont peut-être conduit à prolonger certains accompagnements.

Le nombre de mineurs ayant fait l'objet de la saisine d'un juge des enfants en protection de l'enfance

Sur l'ensemble de l'année 2020, les juges des enfants ont été saisis de la situation de 102 678 nouveaux mineurs, soit une diminution de 9% en un an. Cette diminution contraste avec l'augmentation régulière du nombre de saisines entre 2007 et 2019 (+42% de saisines du juge des enfants sur la période). Cette situation semble pouvoir, en partie au moins, s'expliquer par des effets de la crise sanitaire et les périodes de

133. DPJJ Mission MNA ; Rapport d'activité 2020 (p.4) ; http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_activite_MNA_2020.pdf

confinement successifs qui sont venus bouleverser l'organisation et le fonctionnement du dispositif de protection de l'enfance, du repérage des situations de danger jusqu'à l'activité des juges des enfants. Cette diminution peut également être liée à la fermeture des frontières qui a eu un impact fort sur le nombre de personnes se déclarant mineures non accompagnées auprès des départements. Ainsi, cette dernière hypothèse doit être rapprochée de l'évolution constatée concernant les ordonnances et jugements de placement des MNA et qui sont passés de 16 720 en 2019 à 9 524 en 2020, soit une diminution de 43%.

En 2020, les saisines du juge des enfants ont essentiellement pour origine le parquet (pour 86% d'entre elles). Notons la nette diminution des saisines initiées par les mineurs (-42%) en 2020 qui passent de 6 162 en 2019 à 3 546 en 2020.

Le nombre de mineurs décédés de mort violente au sein de la famille

En 2020, 89 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés par les forces de sécurité, l'auteur pouvant être un membre de la famille ou une personne extérieure à la famille. Parmi ces victimes, 49 enfants sont décédés dans le cadre intrafamilial (contre 53 en 2019) et le très jeune âge des victimes reste une constante, les trois quarts des enfants étant âgés de moins de 5 ans au moment du décès.

Les dépenses en protection de l'enfance

En 2020, les dépenses brutes des départements pour l'ASE s'élèvent à 8,9 milliards d'euros pour la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (Drom), hors Mayotte. Ces dépenses sont en augmentation constante : +50% entre 1999 et 2020 ; +30% entre 2010 et 2020 et +3,8% entre 2019 et 2020.

Ces dépenses ont par ailleurs un périmètre limité puisqu'elles ne comprennent pas les dépenses en personnel des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (à l'exception des assistantes familiales employées par le département). Elles ne tiennent pas compte non plus des dépenses imputables aux services centraux et déconcentrés de l'État ou encore des budgets alloués dans le cadre du récent mouvement de contractualisation État département¹³⁴.

134. Dernière instruction sur le sujet : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45303?origin=list>

Le nombre d'enfants bénéficiant du statut de pupille de l'État

L'ONPE estime à 3 500 le nombre d'enfants ayant le statut de pupille de l'État au 31 décembre 2020 un chiffre en augmentation de 8 % par rapport à 2019, qui comptait 3 248 enfants bénéficiaires de ce statut.

Le nombre d'enfants nés sous le secret

L'ONPE estime à 510 le nombre d'enfants nés sous le secret au cours de l'année 2020, un chiffre en hausse de 6 % par rapport à 2019, après trois années consécutives de baisse.

Le nombre d'adoptions d'enfants bénéficiant du statut de pupille de l'État

L'ONPE estime à 590 le nombre de pupilles de l'État ayant quitté le statut à la suite d'un jugement d'adoption au cours de l'année 2020. Ce chiffre est en baisse de 16 % par rapport à 2019. Là encore, l'état d'urgence sanitaire pourrait en partie expliquer l'importance de cette diminution, les périodes de confinement ayant pu conduire à suspendre certaines adoptions en cours, à retarder des jugements ou encore à ralentir les procédures d'agrément des candidats à l'adoption. Néanmoins cette tendance à la baisse du nombre d'adoption n'est pas nouvelle et s'inscrit dans la durée, puisque les adoptions de pupilles de l'État diminuent depuis 2016. Cette baisse peut également s'expliquer par une évolution importante du profil des enfants admis sous le statut de pupille de l'État comme le montre le rapport annuel de l'ONPE sur le sujet.

Le nombre d'agrément d'adoption en cours de validité

L'ONPE estime à 9 580 le nombre d'agrément en cours de validité au 31 décembre 2020, un chiffre en diminution de 7 % par rapport à 2019, prolongeant ainsi un phénomène observé dès 2007.

4.2 Crimes et délits commis sur les mineurs durant l'année 2020¹³⁵

Depuis le 11^e rapport annuel au Gouvernement et Parlement, l'ONPE et le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) ont convenu d'un travail partenarial concernant la connaissance de la population des mineurs victimes de violences physiques et sexuelles¹³⁶. Cette connaissance est produite à partir des données relatives aux crimes et délits enregistrés dans les logiciels de la police et de la gendarmerie faisant suite à un dépôt de plainte¹³⁷. Si le périmètre des données transmises par le SSMSI portant sur les victimes de violences volontaires physiques reste inchangé pour l'année 2020, celui relatif aux victimes de violences sexuelles (viols, harcèlement sexuel et autres agressions sexuelles) a évolué sur cette même année (cf. encadré), en lien avec les travaux effectués dans le cadre de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE). Ainsi, dans le cadre de ces travaux, le SSMSI, membre du groupe de travail portant sur la production statistique de la CIIVISE, a fait évoluer le périmètre d'observation des violences sexuelles¹³⁸. Outre les infractions mentionnées plus haut, les infractions suivantes sont incluses dans le nouveau périmètre d'observation : infractions relatives à la prostitution et au proxénétisme, aux atteintes sexuelles et à l'exhibition sexuelle, ainsi que les infractions relevant de la pornographie ou pédopornographie, de la corruption de mineurs mais aussi relatives à la captation d'images à caractère sexuel.

Les chiffres présentés ci-après exposent les phénomènes de violences physiques et sexuelles à l'égard des mineurs pour lesquels les services de police et de gendarmerie ont été saisis (France métropolitaine) entre 2016 et 2020.

En 2020, les forces de sécurité ont enregistré 39433 mineurs victimes de violences sexuelles (Figure 1), un chiffre en hausse de près de 2% par rapport à 2019, malgré la crise sanitaire. Cette augmentation s'inscrit en continuité des évolutions constatées depuis 2016 et plus largement, avec une tendance à l'augmentation de ces plaintes depuis 2010¹³⁹.

Parmi ces mineurs victimes de violences sexuelles, près de 31 600 (80%) sont des filles. Pour près de trois victimes sur dix, l'atteinte a été subie dans la sphère familiale (28%). En 2020, dans l'ensemble de la population mineure de France métropolitaine, 2,8 personnes sur 1 000 dénoncent des violences sexuelles auprès des services de police ou de gendarmerie. Ce taux de victimation est le plus élevé pour les mineurs de sexe féminin : en 2020, 4,7 mineures sur 1 000 ont été victimes de violences sexuelles, contre 1,1 sur 1 000 pour les mineurs de sexe masculin. On observe également que parmi les violences sexuelles, les viols touchent encore plus fortement les filles que ce soit dans le cadre intrafamilial (80%) ou dans un cadre plus large (83%).

135. Hors infanticides, voir *supra*

136. Les chiffres présentés concernant les violences physiques et sexuelles sont à interpréter avec précaution puisqu'ils ne révèlent qu'une partie du phénomène. Les enquêtes dites de victimation en population générale permettent de mesurer l'écart entre ce qui est porté à la connaissance des forces de sécurité et la réalité du phénomène.

137. Les infractions sont constatées à la suite d'une plainte déposée par une victime, d'un signalement, d'un témoignage, d'un délit flagrant, d'une dénonciation, etc., mais aussi sur l'initiative des forces de sécurité.

138. En parallèle de ce travail statistique, une revue de littérature sur les enfants victimes de violences sexuelles et d'inceste est en cours d'élaboration au sein de l'ONPE, à paraître au plus tard au dernier trimestre 2022.

139. Notons également que cette augmentation s'inscrit dans un contexte d'augmentation plus large de plaintes consécutives à des violences physiques et sexuelles quel que soit l'âge des victimes. Il faut noter que ces augmentations ne signifient pas forcément que ces violences sont en augmentation mais il s'agit probablement d'un recours plus important aux services de police et gendarmerie de la part des victimes.

En termes d'évolution, le nombre d'enregistrements de victimes de violences sexuelles a évolué de manière différenciée chez les filles et les garçons : entre 2019 et 2020 le nombre de filles victimes a légèrement augmenté (+2,8 %) tandis qu'il a diminué pour les garçons (-1,3%).

Figure 1 : Nombre de mineurs victimes de violences physiques et sexuelles enregistrés par les forces de sécurité en 2020

Catégorie d'infractions	Nombre de victimes					Dont nombre de victimes en intrafamilial						Taux de victimation (‰)		
	Ensemble	Sexe féminin		Sexe masculin		Ensemble		Sexe féminin		Sexe masculin		Ensemble	Sexe féminin	Sexe masculin
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%			
Violences physiques	63 883	26 921	42	40 701	58	33 468	52	16 477	49	16 991	51	4,6	4,0	5,2
Violences sexuelles	39 433	31 589	80	7 844	20	11 085	28	8 697	78	2 388	22	2,8	4,7	1,1
... dont viols	12 286	10 103	82	2 183	18	3 861	31	3 080	80	781	20	0,9	1,5	0,3
... dont harcèlement et agressions sexuels	17 343	13 943	80	3 400	20	5 703	33	4 524	79	1 179	21	1,3	2,1	0,5
... autres infractions sexuelles	9 804	7 543	77	2 261		1 521	16	1 093	72	428	28	0,7	1,1	0,3

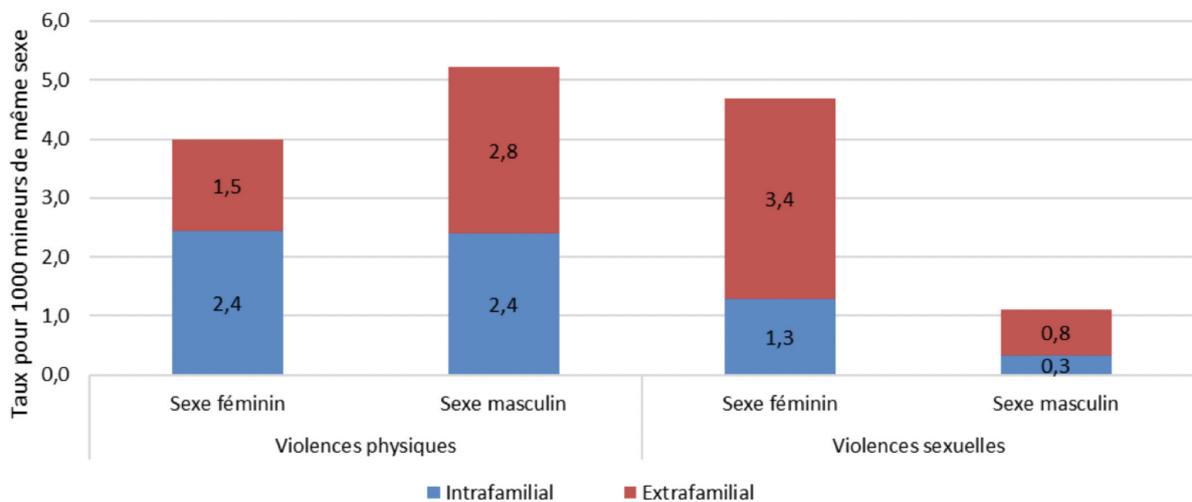
Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2020.

Champ : France métropolitaine.

Par ailleurs en 2020, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 63883 mineurs victimes de violences physiques, un nombre en recul de 7 % par rapport à 2019. Cette baisse, probablement à mettre en lien avec la crise sanitaire, s'explique par la diminution du nombre de victimes de violences physiques subies hors du cadre familial (-20 %) tandis que le nombre de victimes de violences physiques dans le cadre intrafamilial a augmenté de près de 10 %. Ainsi, la proportion de victimes de violences physiques dans la sphère familiale est passée de 44 % à 52 %.

Si les violences physiques affectent les filles et les garçons dans des proportions identiques (taux de victimation de 2,4 pour 1 000 mineurs en 2020 contre 2,2 en 2019) dans le cadre intrafamilial (*Figure 2*), celles-ci touchent plus largement les garçons dans le cadre extrafamilial avec des taux de victimation en 2020 de 2,8‰ pour les garçons contre 1,5‰ pour les filles (en 2019 ces taux étaient respectivement de 3,5‰ et de 2,0‰).

Figure 2 : Taux de victimation chez les mineurs victimes de violences physiques et sexuelles en 2020, selon le sexe et le lien familial

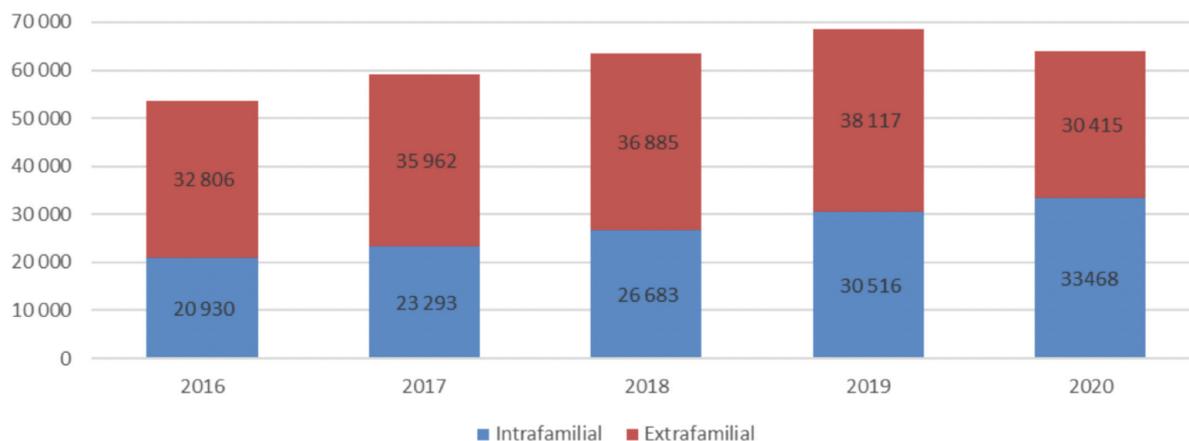


Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2020.
Champ : France métropolitaine.

4.2.1 Violences physiques

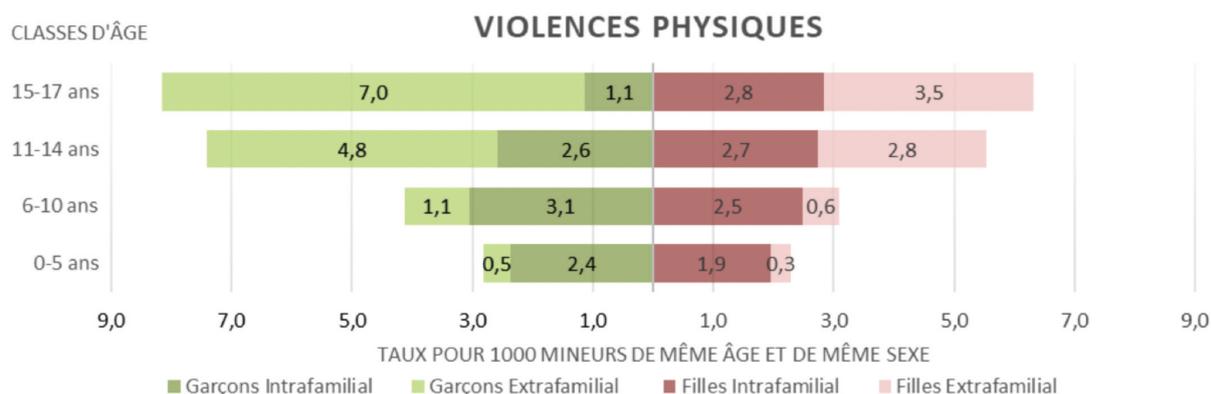
Concernant les violences physiques sur mineurs en 2020, les différentes périodes de confinement en lien avec la situation sanitaire ont vraisemblablement impacté de manière notable les dépôts de plaintes. En effet, le nombre de mineurs victimes de violences physiques a diminué de 7% entre 2019 et 2020, passant de 68 633 à 63 883 (*Figure 3*). Toutefois, en fonction du cadre de commission des faits, l'évolution est distincte : elle est en recul de 20% lorsque les faits ont été commis en cadre extrafamilial et en augmentation de près de 10% lorsque les violences physiques sur mineurs concernent le cadre intrafamilial.

Figure 3 : Évolution du nombre de mineurs victimes de violences physiques enregistrés par les forces de sécurité en 2020, selon le cadre de commission des faits



Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2020.
Champ : France métropolitaine.

Figure 4 : Part des individus enregistrés comme victimes de violences physiques pour 1000 personnes de même âge et sexe en 2020



Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2020.
 Traitements ONPE.

Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : En 2020, 7,0 garçons âgés de 15 à 17 ans sur 1000 du même sexe et âge ont subi des violences physiques dans le cadre extrafamilial. Ce taux de victimation pour les garçons est plus faible dans le cadre intrafamilial (1,1).

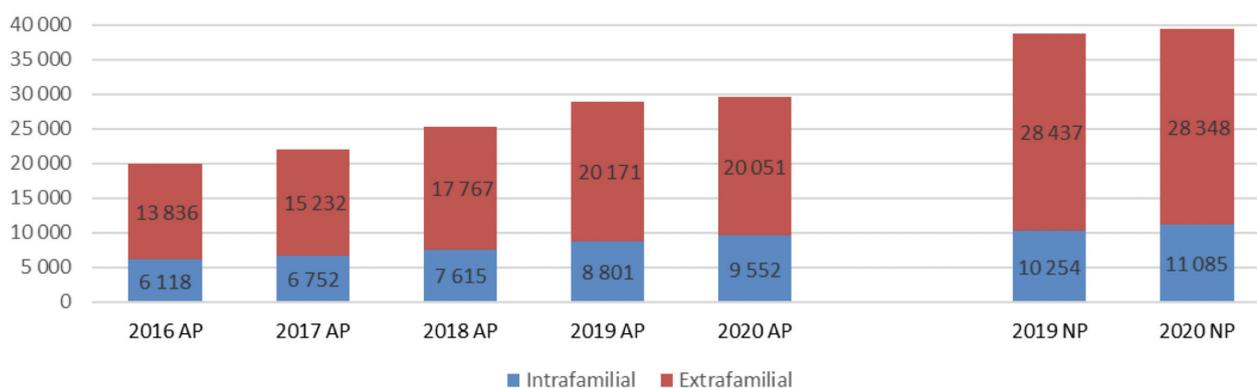
140. Prise de conscience née de l'affaire Weinstein et du mouvement #MeToo qui a suivi.

Le taux de victimation, croissant avec l'âge, est, quelles que soient les classes d'âge parmi les mineurs, plus élevé chez les garçons : variant de 3,9‰ pour les garçons âgés de moins de 6 ans à 8,1‰ pour ceux âgés de 15 à 17 ans contre respectivement 2,2‰ à 6,3‰ chez les filles (Figure 4). Dans le cadre intrafamilial, le taux de victimation diminue chez les garçons au moment de l'adolescence alors qu'il continue d'augmenter chez les filles.

4.2.2 Violences sexuelles

Près de 40 000 mineurs victimes de violences sexuelles ont été enregistrés par les services de police et gendarmerie pour l'année 2020, un nombre en augmentation de 45 % depuis 2016. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de libération de la parole et de prise de conscience collective des violences sexuelles¹⁴⁰ également caractérisé par une volonté forte d'amélioration de l'accueil et de la prise en compte de la parole des victimes. Parmi ces victimes, 11 085 sont victimes de violences sexuelles dans le cadre intrafamilial, soit près de trois mineurs sur dix (28,1 %), un nombre (+8,5 %) en augmentation par rapport à 2019. L'augmentation de la part des victimes dans le cadre intrafamilial (+26,5 %) est à relativiser puisque les périodes de confinement ont entraîné un recul des dépôts de plainte pour violences sexuelles hors cadre familial (-0,3 %) alors qu'ils augmentaient de plus de 10 % chaque année depuis 2016.

Figure 5 : Évolution en 2020 du nombre de mineurs victimes de violences sexuelles enregistrés par les forces de sécurité, selon le cadre de commission des faits



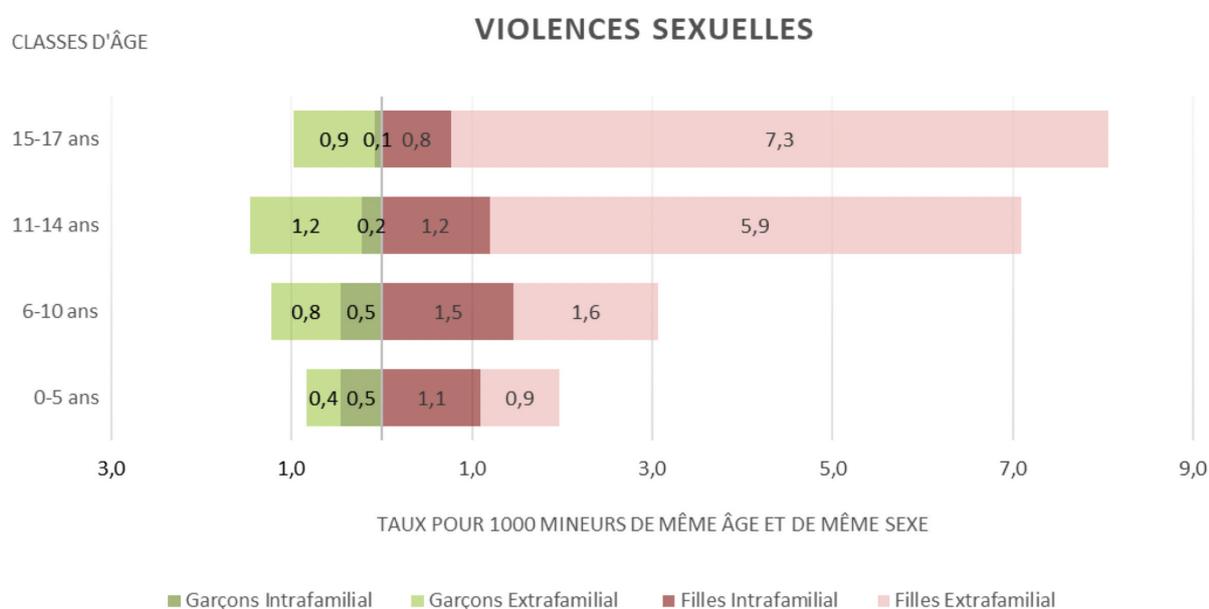
Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2020. Traitements ONPE.

Champ : France métropolitaine.

Note : les mentions AP et NP désignent respectivement « ancien périmètre d'observation » et « nouveau périmètre d'observation ».

Le taux de victimation (intrafamilial + extrafamilial) est plus élevé chez les filles en matière de violences sexuelles et ce, quelles que soient les classes d'âge : plus de deux fois plus élevé pour les moins de 11 ans, cinq fois plus élevé chez les 11-14 ans et huit fois plus élevé chez les 15-17 ans. Si chez les filles, le taux de victimation global augmente avec l'âge (figure 6), le taux de victimation dans le cadre intrafamilial décline à partir de 11 ans, passant de 1,5‰ chez les filles âgées de 6 à 10 ans à 1,2‰ chez les 11-14 ans et 0,8‰ chez les 15-17 ans.

Figure 6 : Part en 2020 des individus enregistrés comme victimes de violences sexuelles pour 1000 personnes de même âge et sexe



Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2020. Traitements ONPE.

Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : En 2020, 7,3 filles âgées de 15 à 17 ans sur 1000 du même sexe et âge ont subi des violences sexuelles dans le cadre extrafamilial. Ce taux de victimation est plus faible pour les garçons du même âge (0,9).

Champ de l'étude et sources

Deux bases statistiques du SSMSI ont été exploitées : la base des victimes permettant de caractériser les mineurs victimes (sexe et âge) et la base des mis en cause permettant de distinguer le cadre familial ou extrafamilial de la commission des infractions à l'égard des victimes.

La nomenclature des infractions, très détaillée, permet de reconstituer deux grands types d'infractions :

1) Les « violences physiques » contre les personnes, les catégories d'infractions retenues sont les suivantes : index 7 (coups et blessures volontaires criminels ou correctionnels sur personnes de quinze ans ou plus) et index 52 (coups et blessures volontaires sur mineurs de moins de quinze ans, mauvais traitements et abandons d'enfant). Au sein de cette dernière catégorie concernant les mineurs de moins de quinze ans, les violences représentent 92% des faits constatés, les autres 8% étant constitués par les infractions de délaissement de mineur de 15 ans compromettant sa santé ou sa sécurité et de soustraction d'un parent à ses obligations légales compromettant la sante, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant.

2) Le champ des violences sexuelles

Le champ des violences sexuelles est construit à partir des index de l'« état 4001 » (séries historiques du ministère de l'Intérieur) et de la nature d'infraction (code NATINF). Les index permettent d'identifier des grandes catégories d'atteintes que le ministère de l'Intérieur jugeait utile de suivre, qui ne correspondent pas forcément à des catégories juridiques mais peuvent le cas échéant fournir des informations complémentaires à celles données par le code NATINF de nature d'infraction. Les catégories d'infractions retenues sont les suivantes : index 45 (proxénétisme), 46 (viols sur majeurs), 47 (viols sur mineurs), 48 (agressions sexuelles sur majeurs, y compris harcèlement sexuel), 49 (agressions sexuelles sur mineurs, y compris harcèlement sexuel), 50 (atteintes sexuelles) et index 13 (atteintes à la dignité et à la personnalité) si la nature d'infraction (code NATINF) fait partie du champ des infractions sexuelles défini par la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG-ministère de la Justice).

Les index 46 et 48, réservés aux victimes majeures, ont été retenus par le SSMSI. En effet, il peut arriver que l'indexation soit imprécise (index utilisé par les services pour caractériser la procédure plutôt que de l'infraction, information sur l'âge non prise en compte, etc.) et pour limiter le critère des violences sur mineurs, l'âge de la victime au moment des faits est utilisé, variable disponible dans la base « victimes ». Les incohérences entre index et âge de la victime sont cependant rares (0,9% des viols sur mineurs et 1,4% des agressions sexuelles sur mineures comportent un index visant des victimes majeures).

Ce champ est plus large que celui retenu antérieurement par le SSMSI. Par souci de cohérence entre les ministères de l'intérieur et de la justice, et dans le cadre des travaux de la CIIVISE, le champ est étendu aux index 45 et 50, car les infractions relatives à la prostitution et au proxénétisme (classées dans l'index 45), ainsi que les atteintes sexuelles et l'exhibition sexuelle (classées dans l'index 50) font partie des natures d'infractions retenues par la DACG pour définir les violences sexuelles. Le champ de l'index 50 est cependant plus large que celui des infractions sexuelles telles que définies par la DACG. Il englobe également des infractions relevant de la pornographie ou pédopornographie, et de la corruption de mineurs. Enfin dans l'index 13, seules les NATINF d'infractions sexuelles sont retenues (essentiellement des infractions relatives à la captation d'images à caractère sexuel).

Le caractère intrafamilial de l'infraction peut être identifié à partir du lien connu entre l'auteur et la victime ou par la nature de l'infraction, qui peut comporter cette information lorsqu'elle constitue une circonstance aggravante.

Ainsi, dès lors que la victime est mineure, le champ des violences sexuelles comprend les infractions de viols, agressions sexuelles, atteintes sexuelles, harcèlement sexuel, exhibition sexuelle, corruption de mineurs, propositions sexuelles, pornographie et pédopornographie, captation d'images à caractère sexuel, voyeurisme et prostitution (proxénétisme et recours à la prostitution).

Les victimes sont dénombrées autant de fois que d'infractions de nature différente subies au sein d'une même procédure judiciaire. De plus, les données administratives ne permettent pas dans leur enregistrement actuel, qui anonymise les victimes, de rendre compte de la continuité d'un phénomène dans le temps, sauf dans certains cas lorsque la fréquence des atteintes est déclarée au moment de la plainte et qu'une nature d'infraction permet d'en rendre compte. Une même personne victime de la même infraction à deux dates éloignées sera donc comptée deux fois.

POUR ALLER PLUS LOIN :

SSMSI. Insécurité et délinquance en 2021 : une première photographie. Interstats Analyse. Janvier 2022, n° 41. Disponible en ligne : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Analyse/Insecurite-et-delinquance-en-2021-une-premiere-photographie-Interstats-Analyse-N-41>

SSMSI. Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique. Paris : ministère de l'Intérieur, avril 2021. Disponible en ligne : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Hors-collection/Insecurite-et-delinquance-en-2020-bilan-statistique>

Annexe 1 : Repères juridiques sur le droit à la santé

L'article 24 de la convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) consacre le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. L'article, reproduit dans l'encadré ci-dessous, insiste sur le développement de la prévention et des soins de santé primaires. Il affirme également l'importance d'une approche globale de la santé de l'enfant associant les parents (dûment informés), mais aussi plus largement la société.

L'article 26 de la CIDE complète utilement ces dispositions en ajoutant que « les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la Sécurité sociale, y compris les assurances sociales ». Enfin, soulignant la nécessité de penser la santé en lien étroit avec le bien-être de l'enfant, l'article 31 de ce même texte reconnaît à l'enfant un droit au repos, aux loisirs, mais aussi le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique, et demande aux États parties d' « encourager l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité ».

Ces dispositions trouvent une déclinaison dans le droit européen. Sans être exhaustif, on rappellera simplement que la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne promeut le droit de toute personne « d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux »¹⁴¹.

En France, le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 à valeur constitutionnelle rappelle, aux alinéas 10 et 11, d'une part, que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement », d'autre part, qu'elle garantit à tous, notamment à l'enfant, la protection de la santé.

Le Code de la santé publique précise ensuite le contenu de ce droit comme à l'article L1110-1 selon lequel « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des

141. Art. 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

Article 24 de la Convention internationale des droits de l'enfant

- 1/ Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

- 2/ Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :
 - a - réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
 - b - assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
 - c - lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
 - d - assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés
 - e - faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
 - f - développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

- 3/ Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

- 4/ Les États parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. À cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

soins et la meilleure sécurité sanitaire possible». Les articles suivants détaillent les droits de toute personne, mineure comme majeure, en matière de santé.

À l'issue d'une évolution législative concernant le système de santé dans son ensemble, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé rappelle dans son exposé des motifs qu'il s'agit « d'une vision globale et innovante du système de santé qui a atteint un degré de complexité préjudiciable aux patients et aux professionnels eux-mêmes et appelle une prise en charge globale des déterminants de santé donnant toute sa place à la prévention »¹⁴². Cette loi contient, entre autres, un titre dédié au parcours de santé des Français, sans distinction entre les personnes mineures et majeures.

Il faut par ailleurs préciser que « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté »¹⁴³. À ce titre, l'enfant a droit comme toute personne à la compensation de son handicap¹⁴⁴. Cette compensation se fait sous l'égide de la Maison départementale des personnes handicapées chargée d'évaluer les besoins des enfants concernés et de se prononcer sur leur orientation¹⁴⁵.

142. Exposé des motifs, loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/?detailType=EXPOSE_MOTIFS&detailId=

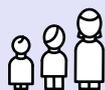
143. Art. L114-1 du CASF

144. Art. L114-1-1 du CASF

145. Art. L146-1 et suivants du CASF

Annexe 2 : Chiffres clés en protection de l'enfance

CHIFFRES POUR L'ANNÉE 2020



Au 31/12/2020

308 000 mineurs suivis
en protection de l'enfance

32 160 jeunes majeurs suivis
en protection de l'enfance

- 1,5 %
par rapport
à 2019



En 2020

102 678 mineurs
ont fait l'objet de la
saisine d'un juge des enfants
en protection de l'enfance

- 9 %
par rapport
à 2019

+ 30 %
par rapport
à 2019



En 2020

49 mineurs décédés
de mort violente
au sein de la famille

53
décès au sein
de la famille
en 2019



En 2020

8,9 milliards d'euros
de **dépenses départementales**
en protection de l'enfance

+ 3,8 %
par rapport
à 2019



Au 31/12/2020

3 500 enfants
bénéficiant du statut
de pupille de l'État

+ 8 %
par rapport
à 2019

+ 6 %
par rapport
à 2019

En 2020

510 enfants
admis au statut de
pupille à la suite d'une
naissance sous le secret



En 2020

590 adoptions
d'enfants bénéficiant du
statut de pupille de l'État

- 16 %
par rapport
à 2019

- 7 %
par rapport
à 2019

Au 31/12/2020

9 580 agréments
d'adoption
en cours de validité



REMERCIEMENTS

Ce seizième rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement par l'Observatoire national de la protection de l'enfance est issu d'un travail collectif mené par Flore Capelier, directrice de l'ONPE, et par Marion Cerisuela, Magali Fougère-Ricaud, et Anne Oui, chargées de mission de l'ONPE, ainsi que Caroline Touraut, Louise Genest et Milan Momic, chargés d'études.

Ce document a également bénéficié de la relecture attentive d'Aurélié Picot, chargée de mission. Les remerciements s'adressent également à l'ensemble des départements, des services ministériels, des magistrats, des chercheurs et des associations qui ont communiqué à l'ONPE divers éléments présentés dans ce rapport. Sans l'apport fécond de l'ensemble de ces personnes, le présent rapport n'aurait pu voir le jour. Qu'elles en soient vivement remerciées.

Les cartes ont été réalisées avec le logiciel Cartes & Données © de la société Articque.

Le seizième rapport au Gouvernement et au Parlement s'intéresse à la santé des enfants protégés. Il insiste sur l'intérêt de retenir une approche globale de la santé de l'enfant et dresse une synthèse de l'état des connaissances disponibles en la matière en France mais aussi à l'international. Fort de ces constats, le rapport fait le lien entre les recherches existantes, le droit applicable et les pratiques mises en œuvre à un échelon local. Il contient enfin une dernière partie rappelant les chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020.

