L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance
trois axes, deux objectifs parfois antagoniques

Inscription autonome CMU ou rattachement à la couverture médicale des parents

question de conception de l'enfant accueilli (position idéologique)

ou question des objectifs de la protection de l'enfant (position pragmatique) ?

L'enfant accueilli est un enfant à protéger

la définition implique trois axes à mettre en œuvre pour lui, le temps de la prise en charge suppléante

- Traiter les dommages subis par des réponses adaptées, en termes de soins de formes multiples (objectif de protection de l'enfant)
- Prévenir les dommages possibles par l'éducation et l'accompagnement psycho social (objectif de protection de l'enfant et de sa santé d'adulte)
- Restaurer, autant que possible les capacités des parents, en les informant, en les impliquant, en leur permettant d'exercer leurs prérogatives tout en veillant à ce que leurs interventions ou leurs refus ne compromettent pas les actions menées sur les deux premiers axes (objectif de respect du droit des parents et de leur implication)

La santé, on pourrait dire que c'est le corps qui parle….
Des troubles qui témoignent d'une histoire

Les troubles présentés durant l'accueil sont une forme de langage de l'enfant protégé, selon un des médecins interrogés dans ce rapport.

Ce « langage du corps » de l'enfant témoigne

- pour partie de la qualité de ses premières relations notamment avec sa mère (conditions de la grossesse, des premières conditions de vie)
- des effets de son placement précoce en collectivité, des ruptures de placement conduites sans précautions
- des traces laissées par des relations insécures ou violentes, ou d'une absence de relation permanente

La question de la genèse des troubles

Le rapport précise que les enfants protégés « héritent » de la distance de leurs parents aux démarches de suivi et de soins…et que les troubles constatés (faible taille, petit poids de naissance, carences diverses …) s'originent dans une faible ou quasi absence de suivi de santé durant la grossesse et autour des premiers mois de vie, dans le cadre d'une dyade mère-enfant qui dysfonctionne, pour des raisons diverses.

Comment parler de cette réalité aux médecins qui vont suivre les enfants protégés, leur transmettre les éléments nécessaires, connus, relatifs aux conditions de vie antérieures de la famille?

Identifier les premiers troubles
Les prendre en compte dès l'admission

Il faut donc en reconnaitre l' existence **et leurs effets au long cours** sur la santé de l'enfant pour le protéger et le soigner

A l'admission, surtout en urgence, constat de parasitoses, états dentaires catastrophiques, vaccins non renouvelés, soins non réalisés, suivis oubliés, des états de fatigue, de vigilance extrême, d'avidité ou de refus de nourriture, d'angoisses, de troubles du sommeil, des agitations ou une sidération liés directement à la qualité antérieure du rythme et des interactions que l'enfant a connu durant les temps vécus et partagés avec ses parents…

Un premier bilan de santé indispensable autour de l'admission

Quelle transmission peut-on en faire aux parents et au magistrat, dès le début de l'exercice de la mesure de protection ?

Comment « dire les choses », à partir du constat des effets de la carence subie peu de temps après l'admission, à des parents encore très « défendus », peu accessibles car « acteurs impuissants »

et en même temps traiter rapidement, répondre aux premiers besoins, en termes de santé, de l'enfant à protéger?

Comment signifier la difficulté et intervenir rapidement sans stigmatiser ?

- En général les services « s'en tirent » en communicant peu avec les parents dans les premiers temps de la prise en charge et en effectuant les premiers soins….
- les parents, souvent également, se montrent peu présents, peu coopérants, fuyants au moment de l'admission…
- Le document d'accord général pour faire pratiquer les soins, qui n'a aucune valeur légale, est alors un « moyen pratique » pour tous, institutionnels et parents…, pour gérer et en même temps « tenir ces questions à distance ».
- Le PPE, le DIPC sont des documents qui peuvent aborder les questions mais avec prudence (chaque acte médical doit faire l'objet d'un accord précis)

Quelle marge de manœuvre pour mettre en place les premiers soins indispensables, si les parents ne sont pas coopérants?

Ne pourrait-on pas aborder cette question dès l'OPP? Ne faut-il pas sensibiliser les magistrats à cette question?

La santé des parents des enfants placés.

- A part une question posée, relative au discours des parents : de quel accompagnement bénéficient-ils par rapport à leur propre santé ? », cette question n'est pas abordée dans le rapport.
- Notre pratique longue et variée des visites médiatisées et du soutien de la relation parents enfant nous permet de témoigner des effets des troubles sévères de santé somatique et psychique dont souffrent une grande partie des parents des enfants accueillis.
- Les graves difficultés psycho sociales que traversent les parents (et qui sont à l'origine des motifs de protection de leur enfant) s'accompagnent d'une hygiène de vie défectueuse, de prise de toxiques, de suivis médicaux erratiques.
- Les parents des enfants placés peuvent aussi avoir des traitements lourds (psychotropes) avec des effets secondaires qui ont des conséquences sur leur comportement et évidemment leur capacité de vigilance et de présence.
- ils peuvent présenter un surpoids et des troubles fonctionnels, leur propre capacité à prendre soin d'eux est souvent amoindrie. Ils connaissent le plus souvent des conditions de vie précaires ou dangereuses (violences subies).

Les multiples difficultés de santé des parents sont peu reconnues
elles ont des effets sur leurs enfants

Par déni de leur propre état ou par crainte que sa reconnaissance ne les limite dans leur présence auprès de leur enfant, ces parents ne reconnaissent pas leurs propres problèmes de santé.

Car ils s'en sentent responsables et en ressentent une certaine honte

Car les reconnaitre peut entrainer une perte de droits relatif à l'hébergement de leur enfant, ce qui leur est évidemment insupportable.

Mais cette image parentale souffrante que ces parents renvoient à leurs enfants est aussi lourde de conséquences sur les attaques « au corps » que les enfants s'infligent durant leur accueil.

L'incidence des accidents, membres cassés, chutes… pourrait aussi être étudiée, de même les plaintes somatiques autour du sommeil, les maux de ventre, des fièvres inexpliquées autour des rencontres avec les parents dont nous pouvons témoigner…

Transmises par le témoignage éducatif (éducateur, assistant familial) ces manifestations de malaise figurent dans le rapport annuel de situation … Sont-elles prises en compte par le cadre ASE et le magistrat comme expression d'un mal-être ?

Quelles répercussions ont-elles sur la santé de l'enfant protégé?

L'expérience relationnelle favorise l'intériorisation du prendre soin de soi
Une opportunité de restauration pour l'enfant protégé

Place de l'adulte fiable, celui sur lequel on peut compter, auquel on peut dire son mal-être … et en être entendu, dans l'intimité d'une relation équilibrée

Importance des « petits riens » qui font la santé quotidienne et génèrent un sentiment de bien-être, la propreté des draps, le bain, des vêtements seyants et adéquats, une nourriture équilibrée, du calme, un espace personnel suffisant et respecté… une forme de quiétude possible…

Le droit à avoir plusieurs confidents, des adultes « qui s'entendent »…

Des moyens divers, le travail pluridisciplinaire, le médecin, le psychologue, l'éducateur, l'assistant familial, mais aussi l'assistante sociale du collège, les lieux tiers, le centre de planification ou la maison de l'Ado…. Encourager et soutenir la mobilisation des parents, entendre leurs craintes, respecter leurs impossibilités, aussi

Des portes d'entrée possibles pour le soin et l'écoute, à condition que « les adultes s'entendent et se fassent confiance » sans tout se dire.

La fiche d'observation, le Carnet de bord, la fiche de liaison santé, des moyens pour les professionnels de rendre compte de leurs actions et de leurs observations.

La tentation de l'absolue transparence porte atteinte à l'estime de soi et au droit à l'intimité

, les enfants, comme les adultes ont besoin qu'on respecte leur intimité, que leurs « petites misères » corporelles ne soient pas exposées n'importe où à n'importe qui…, décrites dans un rapport, exposées en audience et devant des parents pas toujours bienveillants….

La discrétion nécessaire pour aborder les questions de contrôle des sphincters, d'exéma, de troubles divers qui vont figurer dans le rapport annuel d'évaluation, de façon publique (ce qui heurte la plupart des jeunes concernés et qui blesse encore davantage les personnes à la lecture de leur dossier, à l'âge adulte !) voire leur intimité relationnelle et amoureuse (Cf le questionnaire médical pour les ados de certains départements…)

Cette transparence institutionnelle, conséquence de la protection, fait aussi violence, elle peut avoir des effets contre productifs en termes de prévention, de bien-être et de respect de soi…

Le portage institutionnel, territorial et professionnel autour de la santé interroge

Des causes multiples

Le rapport fait état d'un manque de coordination, de déficits et de lenteurs d'information…

Première hypothèse d'un déficit de prise en compte des observations transmises par les intervenants de terrain…peut-être parce qu'elles sont banalisées par la « qualité du rédacteur » du rapport ou de la note (intervenant éducatif…), de l'intervenant jugé non qualifié (assistant familial)

Que ces observations sont prises dans le flot des informations transmises, non décryptées, lues comme accidentelles justement…Ce que disent les professionnels les plus proches, assistants familiaux, éducateurs, semble peu transmis, peu entendu.

Le portage institutionnel, territorial et professionnel autour de la santé interroge

Autre hypothèse, tenir compte de la subjectivité de chaque acteur (magistrat, cadre, administratif, intervenant éducatif…) quant à l'évaluation des questions de santé et de bien-être

« Il apparait nettement que la préoccupation autour du soin de l'enfant protégé relève de la sensibilité, de la proximité, de l'aisance de chacun avec cette question, au-delà des fonctionnements organisationnels systématisés.. » précise le rapport.

Le portage institutionnel, territorial et professionnel autour de la santé interroge

- Des ambigüités, des positions non assumées, des tergiversations ou des points aveugles conduisent à une mésestimation de l'importance de cette question de la santé des enfants protégés.
- Faut-il d'une part rappeler aux professionnels non médicaux leur compétence à observer et à agir sur le plan du soin ?
- Faut-il d'autre part mieux leur reconnaitre cette compétence, en la sécurisant par le travail pluridisciplinaire?
- Le rapport transmis, pour être « fiable » au regard de l'administration et du magistrat, doit-il être co-signé ? Faire figurer tous les participants à sa rédaction (avis médical?) ?

Place des parents
comment progresser dans leur implication

- **Cette question s'adresse non seulement aux institutions,** depuis l'échelon central jusqu'aux professionnels de terrain,
- Elle concerne les parents, leur position est loin d'être univoque, ni dégagée de leurs propres difficultés à assumer leur rôle parental de façon cohérente et constante.
- Il serait déraisonnable de ne pas reconnaitre, dans certaines situations, les limites de l'exercice de l'autorité parentale, en lien avec les troubles de la parentalité et les motifs du placement et de la protection de l'enfant.

Quand le parent est absent ou inconséquent quelle protection pour l'enfant?

- Une certaine « candeur » à concevoir que l'enfant qui a été l'objet de carences sévères de soins (ce corps malmené, non reconnu comme existant à part distincte… témoignant d'une relation inadéquate qui va motiver la décision de protection… cette difficulté majeure pour le parent à entendre, regarder, considérer et à prendre soin de ce corps d'enfant, avec ses besoins propres, ses rythmes différents, qui impliquent que l'adulte « s'efface » devant les besoins de l'enfant à naitre puis de l'enfant réel, un enfant présent, encombrant, dérangeant…) puisse bénéficier, par le fait de son placement à distance, d'une sollicitude parentale devenue adéquate et fiable…imaginer que le parent va devenir disponible, joignable, en capacité d'écouter, de ne pas trop interpréter les évènements….

Les enfants peuvent bien attendre*…

titre du rapport UNICEF 2015 préfacé par Madame Christiane Taubira, ministre de la Justice

Loin des déclarations de principe, la réalité prosaïque de certains jeunes protégés…

En cas de refus des parents, aucune intervention….En cas d'absence également

la situation de Mathys, celle de Régis ou celle de Gustave

place et rôle de l'assistant familial, place du service, les difficultés de l'hôpital à tenir compte de la complexité de la situation des enfants protégés

le nécessaire accompagnement du service, entre compétence et appui technique, la place du médecin du service, du médecin psychiatre…

les limites protectrices que le service doit apporter

l'illusion des l'autonomie des familles face à la maladie grave de leurs enfants…

La santé des enfants confiés en accueil familial
Un travail pluri disciplinaire indispensable

Place de l'assistant familial

- La représentation du rôle et des compétences des assistants familiaux qui ressort du rapport (l'interview des cadres ASE, et des médecins PMI) témoigne d'une méconnaissance de la réalité de cette profession et d'une non reconnaissance des compétences quotidiennes que ces professionnels développent.

  Définition de son champ de compétence, la santé fait partie de l'intervention éducative, par les soins primaires apportés, rythmes et hygiène de vie, apprentissage des gestes de base

- Contenu de la formation des assistants familiaux (qu'en savent les cadres ASE ?) et son inscription dans le travail pluri disciplinaire. (fiche de poste, article sur la santé)

  Hypothèse d'une ambigüité de la définition de leur place dans un travail d'équipe

  Qu'attend-on de ces professionnels ? Quelles sont les limites qui sont fixées à leur action quotidienne ? Quelle délégation leur est accordée?

  Quelle aide, quels appuis des fonctions administratives supports pour leur faciliter la tâche?

  Quels rapports l'administration entretient-elle avec les partenaires des assistants familiaux, les médecins traitants, les services hospitaliers, les pharmacies et les laboratoires pour leur venir en appui?

La santé des enfants confiés en accueil familial
Un travail pluri disciplinaire indispensable

L'assistant familial ne peut être laissé à une intervention solitaire, veiller sur la santé de l'enfant qui lui est confié (contrat d'accueil) fait partie de ses fonctions

Rôles du référent éducatif, du médecin psychiatre, du psychologue, du chef de service, du service administratif et comptable

Comment la santé est-elle interrogée et portée par le travail pluridisciplinaire et institutionnel?

(fiche d'observation, Carnet de Bord des professionnels, dossier médical, questionnaire annuel et visite médicale de contrôle…)

Plusieurs écueils repérés dans le cours de l'accueil :

Le morcellement des interventions médicales et spécialisées, la perte des éléments d'information et le risque d'incohérence

La relative solitude de l'assistant familial et le risque d'usurpation de la place des parents.

Les effets distanciateurs du placement au long cours

Le déficit de prise en compte des observations des professionnels de terrain sur le plan de la santé de l'enfant protégé

Le déficit de prise en compte des fonctions supports pour traiter les questions de santé

Le carnet de santé de l'enfant

- Objet convoité il est le support de nombreuses projections des adultes
- Constitué par le service hospitalier de naissance, doit-il suivre l'enfant ?
- Doit- il rester propriété des parents ? Est-il transmis, retiré, perdu, brulé?
- Qui lit le carnet de santé, dans nos institutions, comment ce document suit-il l'enfant ? A quel intervenant est-il remis, confié?
- Quelle est la fiabilité des renseignements qu'il contient ?
- Qui le remplit, qui le consulte ? Où et comment est-il conservé ? En fait-on des photocopies, si oui, en avertit-on les parents ?

- Objet idéalisé :il contiendrait tout le parcours médical de l'enfant ? Renseigne-t-il sur les antécédents médicaux des parents ?
- Objet diabolisé: débats et des soupçons sur le contrôle des populations, par les fichiers Gamin et Odass dans les années 1980, à l'instar des origines du carnet de santé citées dans ce rapport, qui proviendrait du livret pour les enfants abandonnés…
- Il porterait idéalement trace et témoignage de l'ensemble de la prise en charge de la santé de l'enfant durant son parcours de protection ?
- Objet finalement inutilisé, et peut-être inutilisable en l'état ?….

Adresse de contact:
ammartinez@jean-cotxet.asso.fr