



<< S'il ne fait  
aucun doute que le  
placement à l'ASE  
m'a sauvé la vie, ces  
années n'ont pas été  
une sinécure, ni sur  
le plan de la prise en  
charge de ma santé,  
ni sur le plan de la  
facilitation de ma  
scolarité >>

Pr Céline Greco

# Un centre d'appui à l'enfance

Enfant victime de violences intrafamiliales graves, repérée (trop) tardivement à l'âge de 14 ans alors que je rentrais en seconde et que je ne pesais plus que 31 kg, placée à l'Aide Sociale à l'Enfance jusqu'à mes 18 ans, j'ai décidé de m'engager, alors que j'étais interne en médecine, pour la protection de l'enfance.

S'il ne fait aucun doute que le placement à l'ASE m'a sauvé la vie, ces années n'ont pas été une sinécure, ni sur le plan de la prise en charge de ma santé, ni sur le plan de la facilitation de ma scolarité. En changeant quatre fois de lieu de placement en 4 ans, il a été difficile pour moi d'assumer des temps de trajets devenant de plus en plus longs pour aller au lycée. Lever à 4 h 30 en milieu de 1<sup>re</sup> et terminale pour prendre le premier RER de 5 h 30 dans un département et arriver péniblement à 8h devant le lycée deux départements plus loin. Je me suis accrochée car mon étoile du Berger était de faire des études de médecine, mais beaucoup de jeunes filles placées avec moi n'avaient pas la chance d'avoir encore des rêves et la majorité n'étaient plus scolarisées. Malgré un poids qui aurait pu me conduire en réanimation, je n'ai pas été suivie, ni sur le plan médical, ni sur le plan psychologique pendant toute la durée de ce placement. Rentrée dans le dispositif de protection de l'enfance à 31 kg, j'en suis ressortie avec le même poids, des carences installées en plus. J'ai pu compter sur le soutien d'éducateurs merveilleux pendant ces années-là, bien entendu. Que pouvaient-ils faire de toute façon quand c'est tout un système qui manque de moyen et des structures, à l'Éducation nationale ou encore dans le monde de la santé, qui n'ont pas su ou pas pu se mettre à la hauteur de ces plus de 350 000 enfants pris en charge en protection de l'enfance pour leur offrir l'attention très particulière dont ils ont besoin.

Mon rêve d'être médecin m'a tenue en vie et dans mes études.

Lorsque j'ai été interne en médecine, je me suis demandé ce que je pouvais faire pour faire changer les choses. À mon niveau.

J'ai réalisé que si je n'étais pas médiatisée, je ne serais pas audible. J'ai alors démarré mon engagement en protection de l'enfance par l'écriture d'un livre intitulé « La Dèmesure » et publié sous le pseudonyme de Céline Raphael.

**Pr Céline Greco**

Cheffe du service de médecine de la douleur et palliative de l'Hôpital Necker-enfants malades

Présidente de l'association IMPACTES

Ce livre m'a ouvert de nombreuses portes et, je l'espère tant, a permis peut-être de faire prendre un peu conscience à notre société toute entière que les violences faites aux enfants touchent tous les milieux, ni plus, ni moins.

Il m'a permis de rencontrer Madame La ministre de la Famille et de l'Enfance, Laurence Rossignol et de travailler avec elle à l'élaboration de la loi du 14 mars 2016 réformant la protection de l'enfance. Il m'a permis d'être nommée au sein du Conseil National de la Protection de l'Enfance et d'y monter la commission Santé de l'Enfant en Protection de l'Enfance. Il m'a permis aussi de réfléchir très sérieusement à ce qui serait désormais mes deux chevaux de bataille : la scolarité et la santé des enfants pris en charge.

---

## LES ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES ET PRIS EN CHARGE PAR L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE PERDRONT EN MOYENNE 20 ANS D'ESPERANCE DE VIE

---

Les enfants victimes de violence, victimes collatérales de féminicides et pris en charge en protection de l'enfance présentent un double traumatisme. Et malgré les séquelles somatiques et psychologiques liées aux violences ou négligences subies pendant de nombreuses années, leur prise en soin est aujourd'hui loin d'être optimale, quand elle n'est pas tout simplement inexistante. En effet, à l'heure actuelle, moins de 30 % de ces enfants bénéficient d'un bilan de santé dès leur admission, et moins de 10 % d'un suivi adapté par la suite, en laissant ainsi 90 % gravement traumatisés sans aucun soin.

Nous avons la conviction qu'il est possible de changer cette réalité en permettant une prise en charge coordonnée, graduée et exhaustive de leur santé psychique et physique dans un même lieu et par une équipe d'experts, à travers la création d'un **Centre d'Appui à l'Enfance**, centre de santé entièrement dédié aux besoins des enfants pris en charge en protection de l'enfance.

---

## UN ÉTAT DES LIEUX CONSTERNANT

---

En matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance, ou ceux victimes collatérales de féminicides constituent une population particulièrement vulnérable.

La prise en charge du double traumatisme des victimes de violences ou de négligences graves, et des victimes collatérales de féminicides placées en protection de l'enfance, est très spécifique et nécessite une expertise forte, tant du point de vue de la santé somatique que de la santé psychique de ces enfants pour leur bon développement.

Les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte de leurs besoins en santé par rapport à la population générale : manque d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, facteurs de risque (prématurité, retard

de croissance néonatal, etc.), parcours souvent marqués de pathologies associées, de traumatismes et d'hospitalisations, fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, et besoin de prise en charge en santé mentale. Les situations de handicap sont surreprésentées chez les enfants et les adolescents en protection de l'enfance, puisque près d'1/4 d'entre eux ont une notification auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)<sup>1</sup> de même que des problématiques de santé mentale et somatique.

Les maltraitements subies dans l'enfance (violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques, conjugales, négligences lourdes) peuvent avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie : traumatismes physiques (voire décès), altération du développement cérébral par un stress prolongé grave, facilitant notamment la survenue de pathologies auto-immunes, d'asthme, de maladies dermatologiques, de diabète dans l'enfance, troubles du développement staturé-pondéral, troubles du développement sensoriel et cognitif, ainsi que des troubles du développement psycho-affectif et social. L'impact peut être majeur sur les compétences psychosociales, la santé mentale (états de stress post traumatiques, syndromes dépressifs, tentatives de suicides), comportementale (addictions, mises en danger, comportements sexuels à risque, hétéro-agressivité), la santé sexuelle et génésique (grossesses non désirées, syndromes douloureux complexes), la maladie chronique (obésité, troubles cardio-vasculaires, AVC, cancer).

**Les situations de handicap sont surreprésentées chez les enfants et les adolescents en protection de l'enfance**

Pourtant, l'accès aux soins des enfants et adolescents bénéficiant d'une mesure de protection est souvent difficile. D'après une étude de 2016 du Défenseur des droits, seul un tiers bénéficie d'un bilan de santé à l'admission. Peu disposent d'un dossier médical à la sortie. Leurs parcours de soins sont mal coordonnés, alors même qu'ils peuvent s'avérer très complexes, du fait des besoins de suivi et de soins, et du nombre de professionnels impliqués. En outre, l'offre de soins adaptés n'est pas toujours suffisante, notamment dans le secteur de la pédopsychiatrie.

Enfin, l'accès aux soins peut se heurter à des difficultés financières. En effet, les consultations de psychologues libéraux et les consultations en psychomotricité dont ils ont besoin ne sont aujourd'hui pas remboursées par la sécurité sociale, hors dispositifs dédiés sanitaires ou médico-sociaux pour lesquels les délais d'attente peuvent excéder 24 mois dans certains territoires.

## **LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS, UN PHÉNOMÈNE MASSIF ET MAL CONNU AVEC DES CONSÉQUENCES GRAVES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE**

---

Si l'on se réfère aux études nationales réalisées sur la santé des enfants bénéficiant d'une prise en charge en protection de l'enfance, on retrouve des problématiques médicales lourdes liées à des malformations congénitales, des pathologies

---

1. voir par exemple le rapport du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant en 2015 : « Des droits pour des enfants invisibles » et le rapport de l'OREES (Observatoire régional de l'économie sociale et solidaire) de 2021.

Le 16<sup>e</sup> rapport de  
l'Observatoire National  
de la Protection  
de l'Enfance  
(juillet 2022) consacré  
à la santé des enfants  
protégés, [...], met en  
évidence l'impact des  
maltraitements et des  
traumatismes précoces  
sur le développement  
cérébral des enfants  
[...]

chroniques, des handicaps moteurs ou mentaux dont la fréquence est évaluée à 21 % des enfants, et 13 % des adolescents. Les troubles du développement psychomoteur touchent plus d'un enfant sur trois, 13 % des adolescents, et sont attribués à des séquelles psychologiques (30 %) et/ou physiques (8 %) de mauvais traitements. Il existe également des perturbations psychologiques fréquentes (troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires, troubles du comportement) et des syndromes dépressifs (14 % chez les nourrissons, 20 % chez les 3-6 ans, 25 % chez les 14-15 ans)<sup>2</sup>.

Le 16<sup>e</sup> rapport de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (juillet 2022) consacré à la santé des enfants protégés, et s'appuyant sur de nombreuses recherches internationales et françaises, met en évidence l'impact des maltraitances et des traumatismes précoces sur le développement cérébral des enfants, affectant, outre les régions du cerveau impliquées dans la régulation du stress, l'ensemble des fonctions perceptives, cognitives, du langage et de la communication. Les approches neurobiologiques mettent en évidence l'impact de la répétition des traumatismes sur la réactivité émotionnelle, et l'existence de périodes d'âge cruciales (3-4 ans puis 16-17 ans) en termes de retentissement des psycho traumatismes. À ces conséquences neurodéveloppementales s'ajoutent des conséquences majeures sur la santé somatique pendant l'enfance, puis à l'âge adulte, avec une incidence bien plus importante de la survenue de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'asthme, de pathologies dermatologiques, de maladies auto-immunes ou encore de cancers, et une espérance de vie amputée de 20 ans.

Si la plasticité cérébrale pendant l'enfance et l'adolescence ouvre la possibilité de remaniements dans l'organisation du cerveau, cela ne peut pas s'envisager sans modifications de l'environnement de l'enfant, ni sans démarches thérapeutiques les plus précoces et spécifiques possibles, pour prendre en charge des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes et d'une altération majeure de leur santé physique.

**Les troubles  
du développement  
psychomoteur  
touchent plus  
d'un enfant  
sur trois**

Pourtant, ces enfants sont orientés trop tardivement vers le soin, fréquemment à l'occasion d'états de crise qui mettent en difficulté les structures d'accueil, favorisent la répétition de ruptures dans leur prise en charge et aggravent le traumatisme. Ces états de crises répétées ont également des conséquences sur les structures elles-mêmes, avec un épuisement des professionnels, un sentiment d'impuissance et finalement un turn-over très important des travailleurs sociaux au contact de ces enfants.

Les urgences pédiatriques, pédopsychiatriques, les services de pédiatrie générale et de pédopsychiatrie paient également ces soins tardifs en étant souvent démunis devant ces enfants qui reviennent régulièrement, et dont la Durée Moyenne de Séjour (DMS) ne permet pas d'accueillir d'autres enfants qui le nécessiteraient pourtant. Nous ne le répèterons jamais assez : les besoins en santé sont importants pour les enfants pris en charge en protection de l'enfance, tant du point de vue somatique que du point de vue psychique.

---

2. Etude réalisée par le Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

## COÛTS ÉCONOMIQUES

---

L'absence de prise en charge adaptée du psychotraumatisme est la cause principale de ces conséquences à long terme. Le présent perpétuel de la souffrance, dont parle la CIIVISE, doit être pris en compte d'abord par respect pour les victimes elles-mêmes, mais aussi pour son impact social et économique.

L'absence de prise en compte de la santé des enfants victimes de violence est également associée à des problèmes humains, sociaux et sociétaux majeurs comme les troubles des apprentissages, du développement et des comportements, de déscolarisation, d'abandon des études secondaires, de chômage, de pauvreté, de situation de rue, de délinquance, sources de répétition intergénérationnelle des violences subies.

**une prise en charge précoce de la santé somatique et psychique des enfants grâce à des forfaits de soins adaptés, de l'ordre de 1500 à 2000 euros par an et par enfant, permet de le remettre dans la trajectoire de santé des enfants en population générale.**

Ainsi, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge sur le plan de leur santé somatique et psychique, les enfants rencontrent plus tard des difficultés d'insertion socioprofessionnelle, puisqu'il est établi qu'ils ont 31 fois plus de risque d'être orientés en éducation spécialisée médico-sociale, que 15,8 % de ces jeunes ne sont plus scolarisés à 16 ans et que 70 % des jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance n'ont aucun diplôme. 45 % des jeunes sans-abri de 18 à 25 ans sont issus de la protection de l'enfance. Les conséquences sur la santé des enfants à l'âge adulte entraînent donc également de profondes répercussions au niveau sociétal.

En revanche, les expérimentations en cours dont l'expérimentation article 51 Pégase<sup>3</sup> mettent en évidence qu'une prise en charge précoce de la santé somatique et psychique des enfants grâce à des forfaits de soins adaptés, de l'ordre de 1500 à 2000 euros par an et par enfant, permet de le remettre dans la trajectoire de santé des enfants en population générale. Le coût économique des conséquences à long terme des violences subies dans l'enfance est estimé à 38 milliards d'euros par an pour la France.

## UN ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES SE FAISANT TROP SOUVENT EN SITUATION D'URGENCE

---

Revenons aux situations qui ne sont pas prises à temps en ambulatoire, pouvant conduire à une orientation en urgence lors de « crises » vers les services de pédopsychiatrie ou de pédiatrie, notamment en hospitalisation. Ces situations ont été décrites comme fréquentes pour les enfants protégés, alors que les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précocement mises en œuvre. Ce recours en urgence a été identifié comme pouvant s'expliquer :

- Par des délais d'accès trop importants à des consultations ambulatoires en pédopsychiatrie, notamment en Centres Médico-Psychologiques (CMP) et en Centres Médico-Psychopédagogiques (CMPP)

---

3. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51\\_resume\\_protocole\\_pegase.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_protocole_pegase.pdf)

- Par le fait que les acteurs de la protection de l'enfance interpellent la psychiatrie tardivement, quand les troubles psychiques s'accompagnent de manifestations comportementales bruyantes et nécessitent une intervention urgente. Une étude française a notamment montré que les adolescents suivis par l'ASE et/ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse consultent moins en CMP, et davantage en structures d'urgence que les adolescents non suivis par la protection de l'enfance
- Par une réticence de l'enfant et/ou des parents.

En parallèle, un recours aux traitements psychotropes serait plus fréquent chez les enfants placés à l'ASE, et peu d'actions de prévention sur la thématique de la souffrance psychique seraient mises en place par les établissements de l'ASE (par rapport à d'autres thématiques telles que la vie affective et sexuelle ou les addictions).

## **UN MANQUE DE FORMATION DANS L'ÉCOSYSTÈME DE L'ENFANT**

---

Il existe une insuffisance très importante de formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux à ces traumatismes, et aux séquelles physiques et psychiques spécifiques de ces enfants. Ceci a pour conséquence une réticence importante à les prendre en charge, par peur de mal faire. Les professionnels de l'Éducation nationale se trouvent également démunis devant ces enfants à besoins particuliers.

En ce qui concerne les professionnels de la protection de l'enfance au contact direct des enfants, l'étude des pratiques professionnelles du rapport « Santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance » met en évidence une perception de la santé relativement restrictive et cloisonnée, limitant leur prise en compte des déterminants de santé et leurs actions : « Leur connaissance de l'état de santé des enfants accueillis ne leur semble pas suffisante et ils rencontrent différents obstacles, en premier lieu celui de l'absence de suivi systématique ainsi que leur confrontation régulière à des situations d'urgence ». Ces professionnels expriment un malaise sur ces questions, et interrogent sur les actions à mener pour une meilleure promotion de la santé au bénéfice des enfants pris en charge par l'ASE.

Il serait donc important de pouvoir mettre en place des formations initiales spécifiques, puis régulières sous forme collaborative, à laquelle participeront les différents établissements sur le principe des « Communautés de pratiques professionnelles » conceptualisées au Québec. Il s'agit de sortir de l'isolement des établissements en partageant savoirs, expériences et innovations pour ériger le niveau de compétences, mieux accompagner le développement du programme et promouvoir un accueil de qualité des enfants.

**sortir de l'isolement  
des établissements en  
partageant savoirs,  
expériences et innovations  
pour ériger le niveau  
de compétences**



## LES PRINCIPALES LIMITES DE L'OFFRE ACTUELLE

---

En France, les enfants victimes de violences/négligences intrafamiliales (80 % des violences se passent dans les familles, selon le Centre National de Ressources et Résilience -CN2R-) sont pris en charge par l'ASE et peuvent être confiés à des établissements ou à des familles d'accueil pour assurer leur protection. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (OREES), 204 000 mesures de placement ont été prononcées en 2021, dont 73 000 dans des établissements (Maisons d'Enfants à Caractère Social -MECS-, foyers, pouponnières, lieux de vie, etc).

On note également en 2022 110 féminicides, laissant ainsi 143 enfants gravement traumatisés et déracinés. En termes de soins, ces enfants nécessitent donc une expertise singulière du fait d'un double traumatisme : celui lié aux violences subies, et celui inhérent au changement brutal de lieu de vie.

- La difficulté majeure pour les médecins généralistes ou les pédiatres libéraux est le manque de formation, d'expertise sur les besoins spécifiques de ces enfants, et/ou le manque de temps, ainsi que les freins administratifs (accès au Numéro d'Inscription au Répertoire-NIR)
- Un obstacle à la prise en charge psychologique et en psychomotricité du fait d'une absence de remboursement des séances sur du long terme par la Sécurité sociale
- La saturation des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie hospitaliers
- L'impossibilité pour les Unités d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAEPD) de proposer un suivi des enfants repérés comme étant victimes de violences ou de négligences graves
- Les délais de prise en charge et l'inégalité de la répartition des CMP sur le territoire. En effet, la durée moyenne d'attente en CMP (entre 18 et 24 mois) est supérieure à la durée moyenne de placement en établissements ASE (18 mois en moyenne selon la DREES 2017)
- La difficulté actuelle pour les centres du psychotraumatisme à proposer un accès rapide et un suivi suffisamment long des enfants victimes de violence

## UNE GRANDE DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS

---

Le rapport « Accès à la santé et sens du soin des enfants protégés, mars 2016 » met en évidence plusieurs freins. Les services de l'ASE s'accordent pour dire que les difficultés d'accès aux soins tiennent principalement à trois facteurs combinés :

- Le fait que certains soignants soient réticents à prendre des mineurs couverts par la CMU (66 %)
- Le fait que les parents ne fassent pas toujours les démarches liées à l'autorisation de soins, à l'accompagnement du mineur, etc. (42 %)
- Des raisons financières liées au tiers payant, aux dépassements d'honoraires, aux problèmes de remboursement de la part de la mutuelle, etc. (36 %)

[...] une enquête [...] a révélé un nombre important de situations où des assistants familiaux sont contraints de payer les honoraires des médecins, pour pallier le refus de soins de patients bénéficiant de la CMU, ou en cas de dépassement d'honoraires

### **PROBLÉMATIQUE DE L’AFFILIATION INDIVIDUELLE AUTOMATIQUE À LA CMU**

---

La majorité des services de l’ASE privilégient une affiliation individuelle automatique à la CMU/CMU-C pour les enfants qui leur sont confiés, comme l’a montré le rapport du Défenseur des droits de 2016, en indiquant que cela était le cas pour 88 % des services de l’ASE interrogés. Malheureusement, cette affiliation CMU/CMU-C pose de nombreux problèmes en termes d’accès aux soins :

- Cette affiliation peut prendre jusqu’à plusieurs mois ; les structures doivent donc chercher des professionnels acceptant de prendre en charge les enfants sans attestation, et faisant l’avance de frais durant la période d’attente d’ouverture des droits.
- De nombreux soignants refusent les soins aux patients titulaires de la CMU/CMU-C.

Ainsi, une enquête réalisée auprès de 20 conseils départementaux par le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS, 2009), à propos de l’accès aux soins des enfants accueillis en famille d’accueil, a révélé un nombre important de situations où des assistants familiaux sont contraints de payer les honoraires des médecins, pour pallier le refus de soins de patients bénéficiant de la CMU, ou en cas de dépassement d’honoraires.

### **FREINS FINANCIERS LIMITANT L’ACCÈS AUX SOINS**

---

Enfin, l’accès aux soins en ville peut également se heurter à des difficultés financières, indépendamment de l’accès à une couverture sociale, du fait du type de soignants nécessaires à l’amélioration de la santé psychique et somatique des enfants confiés. En effet, les consultations de psychologues libéraux et les consultations en psychomotricité dont ils ont besoin ne sont aujourd’hui pas remboursées par la sécurité sociale, hors dispositifs dédiés sanitaires ou médicosociaux type CMP, CMPP qui sont surchargés de demandes.

<< La mise en place  
d'un parcours de soins  
coordonnés, gradués,  
prenant en compte  
la santé physique et  
psychologique de ces  
enfants, avec soutien  
au suivi éducatif  
par différentes  
modalités d'approches  
thérapeutiques  
constitue une réponse  
qu'il est urgent de  
proposer. >>

## LA NÉCESSITÉ D'UN PARCOURS DE SOINS ADAPTÉ À LA HAUTEUR DES BESOINS DES ENFANTS PLACÉS

---

Selon l'ONPE, « La mise en place d'un parcours de soins coordonnés, gradués, prenant en compte la santé physique et psychologique de ces enfants, avec soutien au suivi éducatif par différentes modalités d'approches thérapeutiques constitue une réponse qu'il est urgent de proposer. »

Selon la note de cadrage de l'Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2021, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie* : « La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant et des situations de vulnérabilité auxquelles il a pu être confronté nécessite de penser une approche transversale à la fois sociale et sanitaire. Celle-ci doit tenir compte des effets de son organisation sur le long terme en matière de développement de l'enfant, de son bien-être et au-delà sur les inégalités sociales et de santé ». Dès lors, les pratiques de coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie doivent permettre de répondre à trois enjeux pratiques :

- Repérer le plus tôt possible les besoins de soins psychiques chez les enfants protégés
- Faciliter l'accès aux soins psychiques dès lors que le besoin est repéré
- Permettre à chaque enfant protégé de bénéficier d'un suivi approprié, aussi longtemps que nécessaire en veillant à éviter les ruptures.

### **SELON LE RAPPORT DE LA HAUTE AUTORITÉ DE LA SANTÉ:**

« tout en considérant ces résultats avec prudence notamment en raison des disparités d'utilisation des classifications diagnostiques, la prévalence des troubles psychiques dans la population concernée a pu être estimée à 49 %, dans le cadre d'une méta-analyse incluant 3 014 enfants protégés, soit une prévalence près de quatre fois supérieure à celle observée en population générale. Les enfants protégés

sont ainsi concernés par des problématiques multiples : sociales, familiales, médicales mais relevant également parfois du handicap. La forte prévalence des troubles psychiques implique notamment des prises en charge à la fois par les services de protection de l'enfance et par les services de pédopsychiatrie, dans un environnement encore trop souvent clivé entre secteurs social et sanitaire. Les résultats de l'étude menée par le Centre Régional Etudes d'Actions et d'informations (CREAI) Rhône-

Alpes sur la santé des enfants accueillis en protection de l'enfance en 2012 montrent que 11 % des enfants placés en établissement sont en surpoids et 10 % souffrent de maigre, 28 % présentent une déficience visuelle, 18 % une déficience auditive et 10 % des troubles du langage, 6 % présentent des problèmes de peau et 2 % des problèmes ostéoarticulaires, 40 % ont des troubles du sommeil, 15 % des problèmes de santé bucco-dentaire. »



## UN PROJET INNOVANT

Les enfants victimes de violences ou de négligences graves, confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (377 000 enfants en 2022) et ceux, victimes collatérales de féminicides (143 enfants en 2022) nécessitent une expertise singulière du fait d'un double traumatisme : le traumatisme lié aux violences/négligences subies, et celui inhérent au changement brutal de lieu de vie et au déracinement.

## LE PREMIER CENTRE D'APPUI A L'ENFANCE

L'objectif majeur du Centre d'Appui à l'Enfance est de proposer une prise en charge très précoce et dans la durée de ces enfants, en mettant en place une offre de soin coordonnée, adaptée, graduée et experte. Situé au 42 avenue du Dr Arnold Netter, dans le 12<sup>e</sup> arrondissement de Paris, en lieu et place de l'ancienne maternelle Netter, ce lieu unique verra le jour en septembre 2025.

Le centre d'appui à l'enfance qui constitue le pivot du dispositif de soin pour l'ASE est ainsi défini :

- Il accueille toutes les demandes de soins de la part des établissements ou des structures de soins en charge d'enfants confiés à l'ASE, ou des maisons des femmes prenant en charge des mères victimes de violences conjugales, ou autres structures prenant en charge des enfants dont les mères ont été victimes de féminicides



- Il **accomplit le travail de prévention, de diagnostic et d'évaluation** pour chaque enfant, **assure et coordonne les prises en charge thérapeutiques sur un temps suffisamment long** pour assurer une stabilité à l'enfant
- Il **permet l'accélération de la mise en place des soins** somatiques et psychiques à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et/ou dans les situations de crise pour limiter l'aggravation et les phénomènes de chronicisation
- Il permet **la limitation de l'alimentation des listes d'attentes des structures de pédopsychiatrie ou les passages aux urgences** déstabilisante pour l'enfant et les structures d'accueil
- Il **facilite l'orientation vers les professionnels de santé libéraux** pour les enfants relevant d'un parcours de soins en coordination avec la ville à proximité de leur domicile
- Il peut se coordonner, pour les enfants les plus gravement traumatisés, avec d'autres unités de soins du secteur (CATTP, Hôpital De Jour, Unités mobiles, hospitalisation temps plein...) ou hors du secteur
- Il réunit les compétences requises pour les tâches de diagnostic et de traitement
- Il est ainsi **constitué d'une équipe pluriprofessionnelle spécialisée dans la prise en charge du double traumatisme**, sous la responsabilité d'un médecin et d'un psychologue
- Il **développe des partenariats avec l'ensemble des professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence** confiés à l'ASE. Ceci permet une graduation des interventions intra et extra institutionnelles qui s'inscrivent dans le parcours de soin multidimensionnel de l'enfant et de l'adolescent

- **Il assure la construction du projet personnalisé de l'enfant et de l'adolescent** qui associe la famille (quand cela est possible), les professionnels de l'ASE et les professionnels de santé qui ont participé à l'évaluation diagnostique garantissant ainsi une meilleure articulation entre l'évaluation diagnostique et le suivi de l'enfant, la coordination de son parcours de soin et la formation des professionnels.

- Le centre **prend également attache auprès de l'Éducation nationale** dans le cadre de « scolarité protégée » pour faciliter la scolarisation des enfants qu'il prend en charge sur le plan de leur santé somatique et psychique.

## DESCRIPTION

---

Un centre médical, psychologique, thérapeutique et pédagogique dédié aux enfants pris en charge en protection de l'enfance ou victimes collatérales de féminicides.

La création du centre d'appui est notre réponse apportée à la problématique d'accès aux soins des enfants, pris en charge en protection de l'enfance. Notre structure dédiée à ces enfants sera organisée autour de 5 axes :

**1. Réaliser les bilans diagnostics de santé somatique et psychique à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et lors du placement (Loi Taquet du 7 février 2022)** par une équipe pluridisciplinaire experte, spécialisée dans ces traumatismes spécifiques (médecine générale, pédiatrie, orthophonie, psychologie, pédopsychiatrie et psychomotricité) des enfants adressés afin de déterminer 3 niveaux de besoins en santé (estimations des besoins sur la base d'entretiens avec un large panel d'experts de la santé des enfants en établissements et les recherches sur la santé des enfants placés à l'ASE) :

- **Niveau 1** : 60 %, enfants en plutôt bon état général avec peu de séquelles
- **Niveau 2** : 30 %, enfants avec altération de l'état général et présentant des séquelles physiques et psychiques
- **Niveau 3** : 10 %, enfants présentant de graves séquelles physiques et psychiques des traumatismes subis

**2. Mettre en place un parcours de soin coordonné et gradué** en fonction de son bilan, et lui assurer une continuité de suivi de santé somatique et psychique dans une temporalité adaptée à la situation et dans la durée :

- **Pour le niveau 1** : Parcours de soin somatique et psychique mis en place grâce aux coordinateurs de soins de la structure et mobilisant un réseau de soins à proximité du domicile de l'enfant, coordonné par la structure (sur le modèle Santé Protégée)
- **Pour les niveaux niveau 2 et 3** : Une prise en charge sur le long terme avec un parcours de soins proposés au sein même de la structure (unité de lieu et de temps) et incluant des soins somatiques (pédiatrie/médecine générale et orthophonie au sein du centre, prise en charge

<< La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant et des situations de vulnérabilité auxquelles il a pu être confronté nécessite de penser une approche transversale à la fois sociale et sanitaire. Celle-ci doit tenir compte des effets de son organisation sur le long terme en matière de développement de l'enfant, de son bien-être et au-delà sur les inégalités sociales et de santé >>

Note de cadrage de l'Haute Autorité de Santé (HAS)  
en avril 2021



dentaire/ophtalmologique/gynécologique par conventionnement avec notamment l'OSE) et soins psychiques au sein du centre (pédopsychiatre, psychologue, psychomotricité) jusqu'à 24 mois pour un suivi bimensuel (niveau 2) à hebdomadaire (niveau 3).

Ce temps suffisamment long doit permettre à l'enfant de pouvoir retourner ensuite dans des soins de droits communs, en proximité immédiate de son lieu de vie et en lien avec des professionnels libéraux formés, adhérant au réseau de soin mis en place par le centre.

3. **Mettre en place une prévention secondaire** en proposant aux enfants adressés des ateliers thérapeutiques et pédagogiques autour de la confiance en soi, l'estime de soi, de la socio-esthétique, de la nutrition, de l'art-thérapie, de la connaissance de son corps, des séances de relaxation, etc., en individuel ou en groupe

**La structure a pour fonction d'assurer une prise en charge et une orientation de l'enfant selon ses besoins**

4. **Former les professionnels de santé en libéral à la spécificité** de prise en charge de ces enfants pour tisser un réseau de soin avec la ville

5. **Former et aider les travailleurs sociaux** travaillant dans les maisons d'enfants à la gestion des crises pour limiter les passages aux urgences et les hospitalisations et faire le lien avec l'école pour proposer un parcours personnalisé d'accompagnement (dans le cadre du plan « scolarité protégée » annoncé le 20 novembre 2023)

*N.B. : la prise en charge proposée au sein du centre répond aux critères proposés en France pour la mise en place de soins somatiques et psychiques des enfants victimes de violence mais correspond également aux pratiques d'autres pays, notamment, la prise en charge proposée se rapproche très fortement des recommandations de l'American Academy of Pediatrics travaillées par la « Task force on health care for children in foster care »*

## PROFESSIONNELS CONCERNÉS

---

La structure a pour fonction d'assurer une prise en charge et une orientation de l'enfant selon ses besoins. Au-delà de l'accueil rapide, l'évaluation des caractéristiques de ses besoins est réalisée et permet la détermination d'un parcours de soins adapté, gradué et coordonné. Ce dispositif travaille en étroite articulation avec l'ensemble des acteurs de terrain (professionnels de santé, référents de l'enfant, maisons des femmes, UAPED, UMJ), l'ensemble des partenaires habituels tels que : Éducation Nationale, ASE, services sociaux et judiciaires (PJJ), mais aussi avec les autres partenaires du soin (CAMSP, CMPP, pédiatres, libéraux, hospitaliers).

**Professionnels de santé :** Médecins généralistes, Pédiatres, Pédopsychiatres, Psychologues cliniciens, Psychologues du développement, neuropsychologues, Orthophonistes, Psychomotriciens, Art-thérapeutes, Infirmières coordinatrices/puéricultrices/IPA, Coordinateurs/trices de soins

## Partenariats avec les autres professionnels de santé :

- Par conventionnement avec des structures identifiées : dentistes, gynécologues, ophtalmologues, dermatologues
- Professionnels libéraux : médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes
- Pédiatres des hôpitaux
- Professionnels de la Santé scolaire
- Professionnels de PMI
- Institut de prise en charge du psychotraumatisme, CMP, CMPP, IPEA
- Maisons des femmes
- Maison des ados
- PASS (Parcours d'accès spécifique santé)

## Mission de coordination du projet de soin individualisé de l'enfant avec l'école :

Le Centre d'Appui à l'Enfance aura notamment pour mission de se mettre en lien avec le lieu de scolarisation de l'enfant pour la rédaction d'un PAI (projet d'accueil individualisé) dans le cadre de « scolarité protégée » et l'explication aux professionnels de santé entourant l'enfant sur le lieu de sa scolarisation de ses possibles réactions, douleurs, problèmes de santé inattendus et la manière d'y réagir pour sécuriser et rassurer l'enfant.

## PREMIER TERRITOIRE DE MISE EN ŒUVRE

---

Le Centre d'Appui à l'Enfance se dote donc des moyens humains suffisants :

- Pour pouvoir assurer l'ensemble des bilans de santé somatique et psychique obligatoires à l'entrée dans le dispositif (= 2 000 bilans annuels)
- Pour pouvoir assurer près de 100 % des parcours de soins de niveau 1 sur le modèle de « Santé Protégée » grâce aux coordinateurs de soins du centre, ainsi que les parcours de soins de niveau 2 (File Active 600 enfants/an) et 3 (FA 200 enfants/an) au sein du centre

Si le premier Centre d'Appui à l'Enfance voit le jour à Paris en région Ile de France, nous avons pour ambition de déployer par la suite :

- Des consultations avancées dans chacun des 8 départements de l'Ile de France
- Un déploiement national avec la présence d'un Centre d'Appui par région avec des consultations avancées sur chaque territoire.

## L'ASSOCIATION IM'PACTES

Née en 2022 de la volonté du Dr Céline Greco, l'association IM'PACTES se consacre à la cause des enfants victimes de violence et pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en France, soit environ 370 000 enfants et jeunes majeurs.

Sa mission : garantir les chances de chaque enfant et protéger son avenir, en l'accompagnant sur le long terme dans un cadre de confiance adapté à ses besoins.

IM'PACTES est plus qu'une simple association. C'est un engagement envers la jeunesse, c'est un pacte pour un avenir meilleur. Nous croyons fermement que chaque enfant mérite une chance équitable de réussir, et nous nous engageons à faire tout notre possible pour