La santé des enfants protégés : un prendre-soin à la croisée des sphères éducatives et sanitaires

Séverine Euillet

Maitresse de conférences, équipe de recherche « Éducation familiale et interventions sociales auprès des familles », CREF (EA1589), Université Paris-Nanterre

Juliette Halifax

Démographe, Département d'études, de recherches et d'observation, APRADIS

Pierre Moisset

Sociologue consultant, politiques sociales et familiales

Nadège Séverac

Sociologue consultante spécialisée dans les maltraitances intrafamiliales ; chercheure associée au CERLIS (UMR 8070), Université Paris-Descartes

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 1 | pp. 77-93

Reçu le : 07/07/2017 | Accepté le : 24/11/2017

Résumé : Dans le cadre de la protection de l'enfance, l'articulation entre le sanitaire et le social dans l'accompagnement des mineurs évolue depuis plusieurs années. Là où auparavant la prise en charge sanitaire de l'enfant protégé concernait essentiellement les besoins physiques, participer au bien-être incluant la santé perçue représente aujourd'hui un facteur de réussite d'une mesure éducative, ainsi que le mentionnent plusieurs rapports publics.

La présente contribution interroge la mutation qui s'opère dans les pratiques des professionnels et les fonctionnements institutionnels, ainsi que les façons dont elle est conçue, perçue par les différents protagonistes. Les modalités d'un « prendre-soin » éducatif de la santé des enfants protégés sont investiguées, notamment autour du sens donné à l'articulation entre le suivi éducatif et le suivi sanitaire. L'analyse d'entretiens semi-directifs et de questionnaires met à jour un prendre-soin dispersé, un rapport au corps distancié et

une collaboration difficile entre les différents adultes impliqués auprès de l'enfant protégé, venant questionner les représentations des professionnels à propos de ces enfants, mais aussi l'intériorisation d'un prendre-soin de soi par les jeunes eux-mêmes. La préoccupation pour la santé de l'enfant protégé peut alors être conçue comme un révélateur de l'altérité de chacun des acteurs, en lien avec son propre rapport à la santé, aux soins, au corps, aux autres et à soi.

Mots-clés : relation éducative, prendre-soin, altérité, protection de l'enfance, regards croisés.

Introduction

Malgré l'importance des moyens investis dans la politique familiale et sanitaire, des inégalités de santé persistent suivant les milieux sociaux et ce, dès l'enfance (Lopez *et al.*, 2011). S'agissant des enfants sous mesure de protection de l'enfance (qu'ils relèvent de la Protection judiciaire de la jeunesse [1] ou de l'Aide sociale à l'enfance [2]), les travaux montrent qu'ils sont fréquemment issus de milieux précaires, marqués par de moins bonnes conditions de vie, souvent aggravées par la séparation ou le décès de parent(s) (Choquet *et al.*, 2005). C'est aussi dans les milieux les plus défavorisés que Warin (2006) identifie les « populations paradoxales », très distantes aux soins malgré un état de santé plus dégradé. Pour comprendre les stratégies paradoxales, des travaux anthropologiques et sociologiques soulignent la multiplicité de logiques à l'œuvre telles que la représentation de la maladie, l'interprétation culturelle, le sentiment d'inaccessibilité des soins, le rapport au corps socialement différencié (Fainzang, 1997 ; Desprès, 2013). Le faible, voire l'absence de recours aux soins, n'est pas seulement question de faible usage, mais aussi de sens du soin qui peine à se faire sentir dans des milieux marqués par une moindre valorisation sociale. La partie épidémiologique de l'étude du Centre régional d'etudes, d'actions et d'informations [3] fait état, pour les enfants protégés, de problèmes de santé (faible taille, surpoids, carences, mauvaise hygiène de vie) et de parcours de santé problématiques trouvant leurs origines dans un faible, voire une absence de suivi de santé en anté/périnatal. Les motifs à l'origine de la mesure de placement (notamment les maltraitances et négligences) ne sont pas sans effet, ni sur la santé des enfants et des futurs adultes, ni sur leur rapport à la santé [4].

Parallèlement, le rapport du Défenseur des droits remis au Premier ministre en 2014 [5] souligne le fait que les travailleurs sociaux chargés d'orienter et d'accompagner les per-

1. La justice des mineurs concerne les mineurs en danger (dans le cadre de la justice civile au titre de l'article 375 du Code civil), ainsi que les mineurs ayant commis des actes de délinquance (dans le cadre de la justice pénale, au titre de l'Ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante). En 2014, 136 000 jeunes ont été suivis dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse (Ministère de la Justice, 2015).

2. Au 31 décembre 2012, en France, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est de 284 000 (49 % en placement). ONED (2015). *Dixième rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance en danger remis au gouvernement et au parlement.*

3. CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, département de Haute-Savoie (2012). *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance.* Appel d'offre thématique de l'ONED.

4. Haut Conseil de la santé publique (2017). *Stratégie nationale de santé.* Avis et rapports.

5. Défenseur des droits (2014). *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME.* En ligne : http ://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf

sonnes dans leurs démarches sanitaires disposent eux-mêmes d'informations parcellaires sur les droits ouverts par les prestations (dispense d'avance de frais, tarifs opposables) et les obligations qui s'imposent aux praticiens. Dans ce contexte, la prise en compte de l'état de santé d'un enfant protégé n'est plus une dimension secondaire, mais un levier essentiel pour l'action éducative, tant dans l'adhésion des mineurs que dans l'implication des parents. Ces dernières années, plusieurs travaux ont été réalisés à propos de la question de la santé des enfants protégés, notamment sous l'impulsion de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) [6]. Les constats convergent vers un état de santé considéré, investigué, qui ne reçoit pas toujours des réponses adaptées, notamment du fait d'une conception cloisonnée entre les difficultés éducatives et les problèmes physiques/sanitaires de l'enfant. S'entrechoquent alors un travail éducatif sur le lien social et une prise en charge sanitaire des troubles physiques. Les établissements et les services ont donc à réfléchir à leur fonctionnement, notamment à la place accordée à la santé dans les différents projets institutionnels et individuels d'accompagnement, comme le recommande l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [7]. Après la période hygiéniste du milieu du siècle dernier marquée par la création de la Protection maternelle et infantile (PMI), la santé redevient, sous une autre forme, une préoccupation institutionnelle et attachée à la responsabilité des professionnels du travail social et/ou médical de première ligne, notamment lors de l'accompagnement proposé aux enfants et à leurs parents.

Menée dans le cadre d'une recherche en sciences de l'éducation, l'analyse de données discursives (39 entretiens semi-directifs) et quantitatives (203 questionnaires) permet de questionner, ici, la place de la santé dans l'accompagnement socioéducatif des enfants et l'articulation avec les parents de l'enfant à l'aune du « prendre-soin ».

1 Le « prendre-soin » à la croisée des fonctions éducatives et sanitaires

Par son utilisation historique et constante à la fois dans le champ éducatif (Marpeau, 2013) et dans le champ sanitaire (Révillot et Eymard, 2010), le rapport à l'autre est au cœur de l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance et présent dans tous les interstices : il est l'objectif et le préalable, il est visible et intime, évaluable et inconscient, permanent et évolutif, évident et toujours questionné conceptuellement. Cette complexité conduit à explorer différentes conceptions théoriques potentiellement éclairantes pour la compréhension et l'amélioration des pratiques institutionnelles et éducatives. Les courants philosophiques, mais aussi les approches sociologiques, anthropologiques, psychologiques et psychanalytiques, pour ne citer qu'eux, ont nourri la richesse de ce concept et constituent de véritables ressources de pensée. Nombreux sont les travaux et les écrits qui, à partir du rapport à l'autre, abordent la question de l'altérité, de l'éthique du *care* (Gilligan, 1982 ; Zielenski, 2010), de la subjectivité, du narcissisme, de la vulnérabilité, des besoins,

6. L'ONED a changé d'appellation suite à la loi de mars 2016 et est à présent dénommé « Observatoire national de la protection de l'enfance » (ONPE).

7. ANESM (2015). *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements / services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.

de l'identité (Vulbeau, 2006), mais aussi du prendre-soin et du *caregiving* (Bowlby, 1978 ; Guedeney et Guedeney, 2016).

1.1 Une conception du prendre-soin

Mobilisé premièrement dans la relation entre un enfant et un adulte, le prendre-soin constitue un premier signe de reconnaissance de l'Autre comme une entité distincte, une subjectivité particulière, mais aussi comme objet d'attention et de soins, au regard du repérage de besoins, de vulnérabilités potentielles (Soulet, 2014 ; Puyuelo, 2014). En effet, dans la lignée de la théorie de l'attachement, le *caregiving* est défini par Bowlby comme le versant parental du système d'attachement, pour répondre aux besoins de sécurité et de proximité de l'enfant (Bowlby, 1978 ; Guedeney et Guedeney, 2016). Ce *caregiving* est composé à la fois de l'attention aux besoins physiques de l'enfant, en termes de soins, mais aussi aux besoins psychologiques, en termes d'apaisement, d'autorégulation émotionnelle, de réassurance de proximité. La sensibilité, la disponibilité de l'adulte occupant la fonction de *caregiver* participent à développer l'acceptation de la séparation, la confiance dans le retour du *caregiver*, mais aussi à intérioriser cette attention. Ce dernier processus s'avère central pour les enfants protégés, avant tout séparés de leur famille, et de leurs potentiels premiers *caregivers*. Plus spécifiquement, le prendre-soin, pensé comme une attention spécifique aux besoins en santé des enfants accueillis, incarné par des adultes susceptibles de leur permettre de porter un autre regard sur leur santé parait ici central. Les bases d'un « prendre-soin-de-soi » se transmettraient là, notamment dans le cadre de la protection de l'enfance (David, 2004). La protection de l'enfance n'est plus seulement une mise à l'écart d'un danger ou d'un risque de danger, mais un dispositif de mieux-être pour un enfant vulnérable, dont la santé en est une composante fondamentale par ses aspects sanitaires, sociaux, éducatifs et psychologiques.

Dans le système d'accueil, tel qu'il est pensé aujourd'hui, de nombreux adultes sont amenés à pouvoir incarner une fonction de *caregiver*, ou du moins une partie de cette fonction, mais peu constitueront des figures d'attachement stables et permanentes (Schoffield et Beek, 2011). Dans ses travaux, Nicole Guedeney (2008) souligne combien chaque professionnel de la protection de l'enfance est confronté à son propre système d'attachement et de *caregiving* dans la relation aux enfants. Se pose alors la question de la façon dont cette fonction de prendre soin, parfois provisoire, furtive, inscrite dans des missions professionnelles, voire dans une fiche de poste, constitue une base de la relation éducative avec l'enfant et participe à son développement socioaffectif.

1.2 Les enjeux du *caregiving* pour l'enfant protégé

L'attention aux besoins particuliers de l'enfant, la promotion du bien-être de l'enfant, la vigilance aux effets institutionnels sur l'enfant, mais aussi le droit des usagers constituent des lignes conceptuelles majeures depuis les travaux réalisés dans le domaine de la psychologie (David, 2004 ; Soulé, 2006 ; Berger et Bonneville, 2007) ou du travail social (Rouzel, 2012 ; Bouquet, 2006). Recevoir un soin pensé comme adapté, spécifique et prodigué avec l'intention profonde d'amélioration participe au développement de l'estime que l'enfant a de lui-même, comme sujet, individu à part entière suffisamment important pour qu'un professionnel mette à son service tout son savoir et ses compétences. Ce processus a une résonnance toute particulière pour les mineurs accueillis dans le cadre de la protection de

l'enfance, qui ont pu être destinataires de mouvements paradoxaux de fusion et de rejet (Bonneville-Baruchel, 2015), voire victimes ou auteurs de violences physiques, le corps étant alors un objet avant d'être un ensemble de ressentis à écouter. La santé questionne alors le rapport au corps du mineur.

Les travaux de psychologues cliniciens sur les processus observables chez les adolescents accueillis en protection de l'enfance relèvent à quel point le corps de ces mineurs est traversé par des souffrances, des angoisses, passées et présentes et constitue un outil de communication comportemental faute de mise en mot (Berger et Bonneville, 2007). Des pratiques auto-agressives ou autodestructives sont observées, notamment autour de l'alimentation ou de la consommation d'alcool ou de drogues : le corps devient à la fois victime, auteur, acteur, ce qui n'est pas sans conséquences sur le rapport à l'Autre : « souvent considérées et traitées très négativement dans l'enfance, ces adolescentes semblent traversées par des failles narcissiques très profondes. Toute confiance en l'adulte est inenvisageable. » (Feldman et Mansouri, 2015, p. 83). L'accompagnement au soin, au bien-être mobilise ainsi le rapport au corps dans son ancrage psychologique : c'est un axe potentiel de compréhension de l'intérêt qu'un mineur porte à sa santé en termes de recherche de soins, de démarches administratives, de familiarité avec les institutions de santé et de l'acceptation des soins et/ou des thérapies proposées.

1.3 Des adultes en posture de reconnaissance réciproque

Le système global de la protection de l'enfance met en posture de reconnaître chacun des sujets dans des places et fonctions différentes. Confier un enfant en famille d'accueil provoque la rencontre institutionnelle de deux systèmes familiaux, donc au moins deux parents : un assistant familial missionné pour prendre soin de l'enfant et un référent professionnel dépendant de l'Aide sociale à l'enfance en charge de l'orchestration (Rouzel, 2012). Ainsi, l'enjeu de la reconnaissance de la place de l'Autre est fondamental et peut être observé dans ce qui est appelé l'implication des parents. Dans la majorité des situations, les parents conservent l'autorité parentale et bénéficient de droits de visite [8], mais quelle place leur est-elle laissée, proposée, autorisée auprès de leur enfant après la séparation ?

Même si la littérature présente la santé de l'enfant comme un « point d'accroche » avec les parents et un support au lien entre les parents et l'institution (Pechalrieux, 2010), de multiples déclinaisons sont observables : l'information des parents de certains soins, la participation des parents aux rendez-vous médicaux, l'implication des parents dans les prises de décision d'interventions, la consultation des parents dans le choix des suivis médicaux ou des médecins. Diversités relatives notamment au regard des spécificités des situations, mais aussi des représentations développées à propos des parents dont l'enfant est protégé (Sellenet, 2008). Travailler avec, soutenir des parents en difficulté passagère, génère des processus variés chez les travailleurs sociaux, et convoque chez eux invariablement le rapport à l'altérité, à l'acceptation de la différence, notamment en matière de conceptions éducatives ou de parentalités.

8. Observatoire départemental de l'enfance des Vosges (ODEV) (2005). *Les parents de mineurs accueillis en établissement. Quelles modalités d'implication dans les décisions afférentes à leur enfant durant le placement ?*

Au regard de ces éléments théoriques, la présente recherche examine les dimensions institutionnelles et professionnelles des modalités d'accompagnement de l'enfant et de sa famille, mais aussi les regards croisés des différents acteurs à propos de la considération de la santé de l'enfant protégé.

2 Présentation de la recherche

2.1 Contexte de la recherche

Questionner la considération de la santé des enfants protégés au sein de la protection de l'enfance nécessite d'analyser la dimension éducative dans l'accompagnement de l'enfant, le fonctionnement institutionnel, la délimitation des champs de compétences entre les professionnels, mais aussi la place accordée aux parents. Dans la présente recherche, trois dimensions sont investiguées :

- Les relations interinstitutionnelles afin de repérer comment les institutions principalement mobilisées (ASE : Aide sociale à l'enfance ; PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse ; et CPAM : Caisses primaires d'assurance maladie) se coordonnent et fonctionnent pour garantir l'accès aux droits à la santé des enfants protégés.
- La prise en charge de la santé par le dispositif de protection de l'enfance et ses partenaires du soin, dans l'objectif de comprendre le jeu des acteurs, les représentations et les pratiques professionnelles relatives à la santé des enfants.
- L'accès à la santé et le sens du soin, du point de vue des enfants protégés et de leurs parents.

Cette recherche a été menée par quatre chercheurs rattachés à des institutions différentes et issus de formations disciplinaires multiples, contribuant au regard pluriel sur des questions éminemment mobilisatrices de représentations, de vécus et de références personnelles. Composée de chercheurs en sciences de l'éducation, en psychologie, en sociologie et en démographie, l'équipe s'est spécialement constituée pour réaliser cette recherche financée par le Défenseur des droits et le fonds CMU.

2.2 Méthodologie

Deux volets constituent la méthodologie de cette recherche : un volet quantitatif par la passation de questionnaires et un volet qualitatif avec la réalisation d'entretiens semi-directifs.

Pour connaître les fonctionnements institutionnels des organismes de protection de l'enfance relativement à la santé des enfants protégés, un questionnaire a été élaboré en trois versions destinées chacune à des acteurs institutionnels différents : les services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les directions territoriales de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et l'ensemble des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Les questions investiguent les modalités de coordination et de partenariat entre les institutions, les éventuels accords, les conventionnements établis et les difficultés rencontrées, le fonctionnement de chaque institution, la politique de suivi de santé et d'affiliation des enfants des ASE et DTPJJ, les problématiques de santé repérées et les difficultés d'accès aux soins. Les taux de retour diffèrent d'une institution à l'autre :

90,6 % pour les caisses territoriales de la CPAM (107 CPAM sollicitées), 87,3 % pour les délégations territoriales de la PJJ (55 DTPJJ sollicitées) et 57,4 % pour les services départementaux de l'ASE (101 services ASE sollicités), soit un total de 203 questionnaires. Selon les institutions et les territoires, les interlocuteurs qui ont complété le questionnaire avaient des positions hiérarchiques et des spécialisations très diverses : en effet, au sein des CPAM et des DTPJJ, des référents santé sont clairement identifiés dans leurs missions et dans l'organigramme institutionnel, ce qui n'est pas établi de la même manière, ni systématiquement dans les services départementaux de l'ASE.

Pour saisir les logiques de collaboration et d'articulation mises en place, les dynamiques relationnelles et les enjeux qui les sous-tendent, une grille d'entretien semi-directif a été proposée autour de trois axes : l'accès aux soins (les aspects administratifs, les consultations), l'organisation institutionnelle (le rôle du professionnel, sa formation, le rôle des autres professionnels, le fonctionnement institutionnel, les partenariats) et la dimension éducative de la santé (le jeune et les parents, le quotidien, les situations spécifiques, les types de mesures éducatives, les évolutions). Ce qui est visé, c'est la complémentarité (et non la représentativité) des points de vue selon les formations, les niveaux de responsabilité, les appartenances institutionnelles et l'expertise d'usage participant à rendre compte de l'hétérogénéité des pratiques et des représentations. Ainsi, 39 entretiens ont été réalisés auprès des acteurs des trois institutions (ASE, PJJ, CPAM) sur cinq territoires différents : cinq cadres de l'ASE, cinq cadres de la CPAM, cinq directeurs territoriaux de la PJJ, cinq éducateurs référents, cinq assistants familiaux, neuf enfants, deux parents, et trois soignants (pédiatre en lieu collectif, infirmier PJJ et médecin PMI). Le corpus des personnes rencontrées a été constitué de personnes volontaires, disponibles et intéressées par la thématique. À partir de critères définis par l'équipe de recherche, chaque institution concernée a choisi les personnes à qui proposer de participer. La sollicitation des médecins en libéral s'est avérée particulièrement difficile, du fait de nombreux refus catégoriques. La réalisation d'entretiens avec les parents a été complexe car les étapes et les accords avant d'accéder aux parents dont l'enfant est protégé sont multiples. Les parents ont davantage donné leur accord pour que leur enfant participe, que pour rencontrer eux-mêmes un chercheur.

En complément, neuf jeunes âgés de 10 à 17 ans[9] ont été rencontrés (sept garçons et deux filles), dont quatre accueillis à l'ASE et cinq sous l'autorité de la PJJ. L'accord écrit de ces jeunes et celui du détenteur de l'autorité parentale ont été obtenus suite à la présentation de la recherche par les intervenants socioéducatifs. Au préalable, l'opportunité de la réalisation d'un entretien de recherche a été estimée par les professionnels référents de l'enfant, dans une démarche de concertation éthique avec les chercheurs (Euillet, 2017).

L'ensemble des données recueillies permet d'interroger la façon dont le « prendre-soin » est porté par les institutions, les professionnels socioéducatifs et médicaux, et ressenti par les jeunes et les parents. Deux dimensions sont particulièrement développées : la place de la santé dans l'accompagnement éducatif et la santé comme révélatrice de l'articulation avec les parents.

9. Parmi ces neuf mineurs sans pathologie médicale particulière, un est âgé de 10 ans, deux ont 14 ans, cinq ont 16 ans et un a 17 ans.

3 La place de la santé dans l'accompagnement éducatif

L'apparente facilité de la considération de la santé au sein de l'accompagnement éducatif dans le cadre de la protection de l'enfance masque une complexité conceptuelle, mais aussi pratique. En effet, qui est en charge de prendre soin de l'enfant ? Comment se traduit et se décline l'accompagnement entre le référent éducateur, l'éducateur ou l'assistant familial présent au quotidien avec l'enfant et les parents ?

3.1 La perception et le discours des jeunes

Pour un mineur pris en charge par l'ASE ou par la PJJ, accéder aux soins nécessite de formuler une demande, de l'adresser à un professionnel, souvent éducateur, intermédiaire incontournable avant de consulter un professionnel de santé. Globalement, les jeunes attendent de leurs éducateurs qu'ils accueillent leurs demandes relatives à la santé, notamment en alertant sur leur état physique, leurs douleurs et symptômes. Ils associent le rôle d'interlocuteur davantage à la fonction éducative ou au statut institutionnel qu'au professionnel en lui-même en disant : « Si mon référent n'est pas là, j'en parle à un autre, c'est pareil. » (Olivier, 16 ans.) L'hypothèse inverse aurait pu être formulée au regard du caractère intime, personnel de la santé. Toutefois, cet élément converge avec les travaux démontrant que les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance délimitent différemment les sphères de l'intime, de l'histoire du privé : leur vie familiale dans son ensemble est ouverte, observée par les services sociaux au moment même de la mesure, et l'intime est déversé dans le monde social (Sellenet, 2006). À cela s'ajoutent les nombreuses occasions où l'enfant est amené à évoquer son histoire, son vécu auprès de multiples professionnels.

Après avoir sollicité un professionnel, intervient le sentiment de se sentir compris et pris au sérieux, ce qui soulève la question de la légitimé des ressentis et donc, la façon dont l'éducateur évalue la nécessité de consulter ou non : « J'ai l'impression que les éducs me prennent au sérieux quand j'ai mal. » (Olivier, 16 ans.) Même si l'éducateur est sollicité de façon indifférenciée en fonction de sa disponibilité, il représente un vrai rouage dans la préoccupation de la santé, en aidant les jeunes à mieux décrypter leurs symptômes et à les orienter vers les professionnels les plus appropriés. Ainsi, il participe à ce que le jeune puisse se repérer dans le paysage des professionnels de santé, afin d'adresser sa demande, ce qui l'amène aussi à être davantage à l'écoute de ses ressentis. L'évaluation du diagnostic réalisé suit le sentiment d'efficacité du traitement prescrit : « En fait, la dernière fois je lui ai dit que j'ai mal aux genoux et il m'a dit que c'est la croissance, donc je lui ai rien dit. Je vais lui redire que j'ai mal aux genoux et il va me dire que c'est la croissance. » (Téo, 16 ans.) Même si ce jeune exprime clairement son souhait de consulter au regard d'une douleur, il doute du diagnostic réalisé. Il évoque ici indirectement, le fait que le médecin ne considère pas sa douleur comme « importante » ou nécessitant un examen approfondi, sentiment qui se manifeste par le fait de remettre en doute la crédibilité du médecin : « Le médecin, il connaît beaucoup de monde, il connaît pas la situation, il croit que c'est des bobards. Ben s'il y a un médecin ici, il y a quelqu'un qui dit j'ai mal au ventre, à la tête, mais en fait de la mytho. Il donne des médicaments et il y a rien. Il va discuter un peu avec les éducs. » (Téo, 16 ans.)

Dans leurs propos, les jeunes expriment eux-mêmes le fait que certaines douleurs n'ont pas d'origine organique. Le manque d'articulation entre l'éducatif et le sanitaire leur renvoie l'image d'une prise en charge éclatée avec le sentiment d'être perçus comme « menteurs » par le corps médical, lorsque ce dernier n'est pas « familier » de ce public. Le rapport avec le corps médical est très révélateur.

3.2 Les différents regards professionnels sur la santé des jeunes

Eu égard aux objectifs de la recherche, les discours des soignants, des assistants familiaux et des professionnels socioéducatifs référents sont mis en miroir. Impliqués dans la médecine préventive auprès de jeunes enfants au niveau départemental, les trois soignants interrogés signalent les difficultés des soignants de ville à porter attention à la spécificité du parcours de soin et des affections des enfants placés au titre de la protection de l'enfance. En effet, les médecins généralistes ne sont ni sensibilisés, ni formés à propos des effets physiques et psychiques à long terme des négligences ou maltraitances précoces. Le réseau médical formalisé autour d'un lieu d'accueil collectif ou de la famille d'accueil prend alors toute son importance, car sans cette proximité territoriale qui participe à une interconnaissance précieuse, la continuité des soins est fortement empêchée. Elle se traduit notamment par une faible déclaration de médecin traitant, des consultations seulement en cas de maladie, un non-renseignement du carnet de santé, une absence d'informations sur la situation ou l'histoire particulière du jeune, un éloignement géographique de plus en plus important. Autant d'éléments renforçant à la fois le papillonnement des jeunes de médecin en médecin et la résistance des soignants à recevoir sporadiquement des jeunes qui leur sont inconnus.

En ce qui concerne les assistants familiaux, leur implication dans une sensibilité quotidienne les positionne comme acteurs tout au long du parcours de soins. Dans l'historique du métier, la dimension physique et sanitaire a toujours occupé une place capitale dans la relation entre l'adulte positionné institutionnellement comme celui qui prend soin de l'enfant, et l'enfant repéré comme devant être protégé et « rétabli ». Aujourd'hui, les assistants familiaux doivent aussi réaliser un repérage des différentes souffrances et affections des enfants accueillis. Depuis 2005 [10], l'assistant familial, représentant de la famille d'accueil, est un professionnel formé, diplômé, intégré dans une équipe pluridisciplinaire, salarié de l'institution gardienne de l'enfant (Service départemental ou associatif) qui accueille l'enfant à son domicile, dans son quotidien familial (Oui, 2015 ; Euillet, 2012). Les cinq professionnels rencontrés perçoivent finement les souffrances des enfants. Ils remarquent non seulement des maux particuliers qui ne sont décelables que dans une fréquentation quotidienne, mais également des angoisses, des inhibitions, des peurs face au corps qui, sans constituer des maladies, entravent le soin de soi. Ils prennent donc l'initiative d'inscrire l'enfant dans un réseau de soin proche et personnalisé, pour engager des soins. C'est chez ces professionnels que l'on voit le plus nettement s'opérer la transformation du soin en « *care* », soit un passage de l'accompagnement technique aux soins à un engagement auprès de l'enfant pour prendre soin de lui et l'amener à prendre soin de soi.

10. La loi 2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux définit l'assistant familial comme un « travailleur social qui exerce une profession définie et réglementée d'accueil permanent à son domicile et dans sa famille de mineurs ou de jeunes majeurs de 18 à 21 ans ». Le fondement de la profession reste de procurer à l'enfant ou à l'adolescent, confié par le service qui l'emploie, des conditions de vie lui permettant de poursuivre son « développement physique, psychique, affectif et sa socialisation ».

Comme déjà relevé dans l'étude du CREAI Rhône-Alpes (2012), les assistants familiaux se plaignent principalement d'un manque d'informations sur les antécédents médicaux et, plus largement, les différentes affections ou troubles affectant les enfants accueillis.

Les professionnels référents entretiennent un rapport différent à la santé des enfants accueillis. Parmi les professionnels travailleurs sociaux investis auprès de l'enfant, il paraît important de distinguer ceux impliqués dans le quotidien du lieu de vie de l'enfant (éducateur dans un lieu collectif, ou assistant familial dans une famille d'accueil) de ceux ayant un rôle de référent de la situation globale du mineur, appelé « éducateur référent » dépendant du service départemental de l'Aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la jeunesse au sein d'une équipe territoriale. Pour nombre de ces derniers occupant une fonction de référence, la santé apparaît comme un domaine très technique, appartenant aux spécialistes du milieu médical et relevant du corporel et de l'intime. Les douleurs sont majoritairement comprises comme des somatisations plus ou moins révélatrices et plus ou moins importantes, qui restent confinées dans un espace entre l'interprétation éducative et la prise en charge sanitaire, à moins qu'il ne s'agisse d'affections très graves. Le rapport à la santé émerge ici également sous le prisme de la connaissance et de la formation des professionnels sociaux aux questions sanitaires. Le manque de connaissances sanitaires [11] peut contribuer à une pratique intuitive ou socialement partagée, non située par rapport aux problématiques de ces enfants qui ont parfois un passé de négligences et de mauvais traitements graves. Selon les lieux, les professionnels ont également à faire avec un rapport lacunaire au soin de soi des jeunes eux-mêmes. Les éducateurs doivent apprendre à insister et porter la question de la santé auprès de jeunes qui se désintéressent de leurs propres soins. En effet, dans un souci de respect de l'intimité, le risque consisterait à refuser de s'approcher trop près du physique et des questions liées au physique des enfants accueillis. L'attention aux soins de base pourrait alors se perdre, laissant les enfants seuls face à leurs corps ou renforçant les difficultés et distorsions qu'ils ont connues. Par ailleurs, la préoccupation de la santé peut se centrer sur les affections somatiques et les troubles psychiques les plus saillants sans intégrer la notion de bien-être de l'enfant, dans une perception « restreinte » de la santé (CREAI Rhône-Alpes, 2012).

3.3 Organisations institutionnelles entre socioéducatif et sanitaire

L'analyse des questionnaires complétés par les services de l'ASE et de la PJJ montre que la répartition des missions entre les professionnels peut revêtir différentes configurations selon les organisations institutionnelles. Dans certains cas, la considération de la santé consiste en une prise en charge administrative des documents par un secrétariat sans faire l'objet spécifiquement d'un accompagnement socioéducatif. Dans d'autres, un référent santé est présent et identifié dans un service. La santé peut alors constituer la mission de cet unique professionnel et non des autres, avec le risque d'un nouveau cloisonnement faisant obstacle à la considération de la dimension socioéducative de la santé de l'enfant. Enfin, dans certaines configurations, la dimension sanitaire est intégrée dans l'accompagnement socioéducatif global réalisé par chaque professionnel, parallèlement à d'autres dimensions (avec le risque d'être minimisée). Reflétée dans les orientations officielles (bi-

11. Même si le référentiel de formation et de compétences des métiers du social est en cours de révision en 2017, les connaissances à propos du développement corporel et physique (tout au long de la vie) et des affections physiques (types, origines, manifestations, traitement) ne sont pas obligatoirement intégrées dans les formations initiales (assistant de service social, éducateur spécialisé notamment).

lans de santé pour tous, suivi de la santé dans le « Projet pour l'enfant », collaboration avec les parents), cette dimension sanitaire fait l'unanimité, mais elle peut se heurter à d'importantes contraintes. La charge de travail, le manque de formation, la pathologie de certains parents participent à une gestion de la santé curative et somatique et éloignent largement les services et les professionnels de la question de la santé bien-être. La santé constitue alors un domaine qui peut être plus facilement « déléguable » à un professionnel de santé ; le cloisonnement entre éducatif et sanitaire est à nouveau opérant sous cet angle, déjà observable dans les organisations des politiques publiques (Jeager, 2012) et dans le travail en équipe pluridisciplinaire (Fondeville et Santiago Sanz, 2016).

Impliqués dans les institutions de prévention et de protection de l'enfance depuis plusieurs années, les soignants interrogés insistent sur le fait que le traitement médical des affections issues de troubles éducatifs a des effets éducatifs. Autrement dit, traiter médicalement des somatisations issues du parcours de placement a des effets médicaux et éducatifs sur l'enfant en termes de rétablissement de l'image de soi : « Il faut les restaurer. » Cette perception globale de la santé en tant que somatisation de troubles éducatifs et action somatique sur des troubles éducatifs amène ces soignants à insister sur les possibilités d'agir sur les enfants placés de manière profondément relationnelle et psychologique, à partir de la dimension physique. L'aller vers le soin devient alors un enjeu majeur de l'éducation à la santé en protection de l'enfance.

Alors que les professionnels soulèvent massivement la réticence des jeunes à se soigner, aucun des jeunes rencontrés n'évoque le fait de refuser de se soigner. Dans leurs discours, un phénomène de sur-consultation est même observable. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : des attributions profondément différentes (professionnels / jeunes) de ce qui relève de la santé et/ou de la maladie, un accaparement de l'attention des professionnels par les jeunes en posture de refus de soin, ou encore une polarisation nette entre des jeunes très éloignés des soins et d'autres très soucieux de leur santé. La sollicitation accrue du corps médical peut être interprétée comme une recherche par les jeunes d'un point de vue expert sur leur santé qui serait extérieur à l'ASE, au regard de la difficulté d'interpréter les signes cliniques par les professionnels éducatifs, mais aussi le ressenti des symptômes par les enfants. Cette dimension renvoie au prendre-soin, à solliciter un professionnel prenant soin, comme une recherche de soins physiques à défaut d'intériorisation ou de possibilité de soins psychiques. Les travaux psychanalytiques de Grihom et Ducousso-Lacaze (2006) démontrent combien la subjectivation du symptôme (quelle que soit sa nature) vient convoquer l'altérité dans les liens familiaux notamment, et comment le soin participe à la restauration de l'altérité dans les liens.

Le croisement des regards sur le rapport aux soins met à jour une distance considérable entre les représentations des jeunes et des professionnels. Parmi les raisons évoquées pour comprendre les difficultés d'accès aux soins [fig. 1], sept directions territoriales de la PJJ sur dix avancent un facteur supplémentaire qui arrive en première position et qui est directement lié au comportement des jeunes eux-mêmes, à savoir qu'ils refusent les soins ou certains équipements :

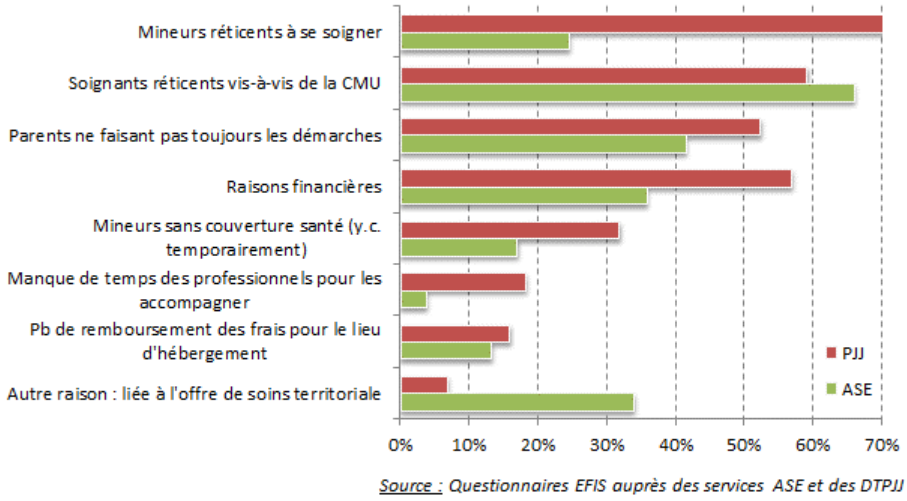


FIGURE 1 – Raisons des difficultés d'accès aux soins rencontrés par les mineurs.

Par rapport à ceux de l'ASE, les jeunes accueillis au sein de la PJJ sont de grands adolescents avec des problématiques d'addiction et/ou d'errance, dans un cadre judiciaire contraint. Ces problématiques spécifiques ont d'ailleurs conduit la PJJ à initier un dispositif « PJJ : promotrice de santé » en 2013, impliquant tous les niveaux professionnels de l'institution (identification de référent santé, création d'outils de prévention, de supports d'accompagnement) (Marchand Buttin, 2016). Toutefois, les services de l'ASE comme les directions territoriales de la PJJ s'accordent pour dire que les difficultés d'accès aux soins tiennent principalement à trois facteurs combinés (voir fig. 1) : le fait que certains soignants soient réticents à prendre des mineurs couverts par la couverture maladie universelle [12] (66 % pour l'ASE et 59 % pour la PJJ), le fait que les parents ne fassent pas toujours les démarches liées à l'autorisation de soins et à l'accompagnement du mineur (52 % pour la PJJ et 42 % pour l'ASE) et les raisons financières liées au tiers payant, aux dépassements d'honoraires, aux problèmes de remboursement de la part de la mutuelle (57 % pour la PJJ et 36 % pour l'ASE). Plusieurs travaux menés auprès de personnes concernées (notamment par la CMU) relèvent la massivité des refus de soins opposés par les professionnels de santé, et alertent sur les représentations sociales associées aux formes de protection sociale ainsi que sur les pratiques discriminatoires favorisant le renoncement aux soins (Desprès, 2005 ; Bazin, 2006 ; Collectif interassociatif sur la santé, 2009 ; Guillemot et Lawniczak, 2013).

4 La santé révélatrice de l'articulation avec les parents ?

4.1 Ce que les jeunes et les parents en perçoivent

En précisant le déroulement des prises de rendez-vous et des consultations, certains enfants font état de la place de leurs parents par rapport aux éducateurs. Ainsi, l'absence

12. La « Couverture maladie universelle » (CMU) a été remplacée par la « Protection universelle de maladie » (PUMA) mise en place dans l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (loi n° 2015-1702).

d'automaticité et l'adaptation aux situations (disponibilité de l'un ou de l'autre, degré d'importance de la consultation) sont régulièrement évoquées. La proximité géographique du médecin avec la résidence familiale constitue un facteur principal pour favoriser la participation d'un parent à la prise en charge médicale de son enfant.

Les jeunes font état de confusions et de manque d'articulations entre la sphère parentale/familiale et institutionnelle. Ce sont eux qui informent oralement les uns et les autres de leur propre parcours médical, souvent à défaut de disposer du carnet de santé. Malgré l'histoire du carnet de santé (Rollet, 2008), le faible renseignement ou la perte / absence de ce support n'en font plus une ressource éducative, ni un incontournable dans la prise en charge d'un mineur. Acteur de son suivi, le jeune est exposé à des responsabilités autour du partage (souvent parcellaire) de l'information le concernant.

Dans leur discours, les deux mères rencontrées font part de différents niveaux d'attente d'informations sur la santé de leur enfant. Alors qu'une ne se sent pas suffisamment informée, l'autre estime que ce n'est pas nécessaire. Cet écart de perception rend probablement compte de la diversité des spécificités parentales (leur propre rapport aux soins, au corps, leur propre histoire médicale), de l'enfant lui-même (âge lorsqu'il est accueilli, pathologies éventuelles) et du contexte de placement (motifs du placement, lieu d'accueil, relation avec les professionnels, implication). Durant la petite enfance, les soins prodigués sont plus nombreux, plus techniques et concernent directement la vulnérabilité et la dépendance de l'enfant, ce qui génère une attention particulière des professionnels à la qualité des soins fournis par les parents, indicateur primaire de compétences parentales (Steinhauer, 1996).

Les parents de jeunes enfants accueillis sont demandeurs d'informations, mais aussi d'implications dans la sphère médicale repérée comme permettant le contact avec la réalité de leur enfant. Le type de lieu d'accueil de l'enfant semble aussi jouer un rôle considérable dans la perception que les parents ont de leur association au suivi de la santé de leur enfant, et de la confiance qu'ils peuvent accorder au professionnel. La proximité relationnelle présente dans l'accueil familial peut être compensée par une confiance dans la dimension professionnelle et institutionnelle de la prise en charge de la santé de l'enfant dans un lieu collectif. Ces différences sont déjà connues dans la littérature. Une étude de la DASES en 2003 révélait des disparités entre les lieux d'accueil des enfants, tant au niveau de la qualité, que de l'évolution de l'état de santé physique des enfants et de la régularité du suivi.

4.2 Les conceptions des professionnels socioéducatifs à propos de l'implication des parents

Les discours des différents travailleurs sociaux montrent que trois lignes de tensions se dégagent à propos de l'implication des parents dans l'accompagnement à la santé des mineurs protégés, ce qui se rapproche de la littérature relative à l'implication des parents globale en protection de l'enfance (Join-Lambert *et al.*, 2014).

L'engagement des professionnels dans une démarche d'association des parents au suivi de la santé des enfants est réel, mais il se heurte à des difficultés de concrétisation. Il est aussi pondéré par l'intérêt estimé pour l'enfant. L'opportunité d'associer des parents, parfois distants et/ou tenus à distance par le jeune lui-même, est mise en parallèle avec le besoin et/ou la nécessité d'autonomie du jeune. Cette tension s'avère plus prégnante pour les

adolescents, futurs majeurs, mais elle s'observe aussi chez les enfants plus jeunes dont les parents sont perçus comme intrusifs par les professionnels. La question de l'autonomie se pose de façon particulièrement cruciale lors du passage à la majorité dans le cadre de la protection de l'enfance, qu'il s'agisse de l'autonomie relationnelle, identitaire, subjective ou sociale (Robin et Séverac, 2013). À l'interface de la société, le corps lui-même peut être pensé comme un espace transitionnel entre l'exigence familiale et sociale et le désir d'autonomie du sujet (Mercier, 2007). Les jeunes majeurs sont peu préparés à une fin de mesure de protection et à la solitude, ce qui les expose à l'isolement social (Fréchont et Robette, 2013). La santé constitue ainsi un volet capital dans le passage à l'âge adulte, tant au niveau des démarches administratives et de l'autonomie à pouvoir repérer ses propres symptômes que de la possibilité de consulter un professionnel de santé.

Une autre ligne de tension émerge autour de la « passivité » ou de « l'opposition » des parents, perçues par les professionnels comme freinant l'accès aux soins des mineurs accueillis. L'absence de démarches de la part des parents est régulièrement citée en exemple (52 % des DTPJJ et 42 % des services ASE). La santé peut constituer un point de pression pour les parents, un moyen d'affirmation de leur présence par leur refus ou leur lenteur dans les démarches. La tension s'exerce alors autour d'un rapport de pouvoir en maintenant la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant, notamment lorsque les parents ne parviennent pas à s'intéresser à un domaine qui est pourtant, selon les professionnels, un symbole fort du « bien de l'enfant ». Cette tension est alimentée par l'idée selon laquelle le défaut de préoccupation pour la santé de l'enfant constitue un des motifs de la mesure de protection.

La santé peut enfin permettre de faire alliance avec les parents, au sens d'une alliance thérapeutique (Rogers, 1963) qui s'intéresse d'une manière plus globale et « objective » à l'histoire des parents en dehors des troubles et dysfonctionnements. Elle permet de faire ressentir leur utilité aux parents et potentiellement, de les réintroduire dans la ronde éducative. La santé aurait alors pour vertu « d'objectiver » l'état de l'enfant au sein de sa famille : il ne s'agit plus de discuter de normes éducatives, de graduations de pratiques (un peu insuffisantes, insuffisantes, un peu excessives, etc.), mais de capacités à prendre en charge ou pas des manquements à des soins. La tension se situe ici dans le fait de parvenir à impliquer les parents sur cette modalité d'accompagnement, dont le postulat fondateur défend la nécessité de mobiliser les parents à porter un regard spécifique sur leur enfant. La perspective de travail en collaboration avec les parents autour de la santé de l'enfant se conjugue alors avec l'intérêt de l'enfant, les modalités de l'implication parentale et les postulats d'accompagnement des professionnels, le tout dans un cadre institutionnel plus ou moins contraint et favorisant.

Conclusion

La question de la santé vient mettre à jour des enjeux plus globaux qui traversent le système de protection de l'enfance, à savoir la continuité du parcours, la cohérence des accompagnements multiples et la complémentarité entre les sphères de vie de l'enfant. S'inquiéter de l'état de santé d'un enfant entrant dans le dispositif de protection de l'enfance amène à considérer l'historique sanitaire, mais aussi les perspectives de suivi afin de répondre à ses besoins. Plusieurs professionnels sont invités à intervenir avec leurs spécificités (formation, missions) dans une nécessaire cohérence à construire entre les

adultes occupant des fonctions supplétives et de *caregiving*. C'est là qu'est mis au jour le sens accordé au soin par celui qui pense en être le garant. Selon la conception du rôle des parents de l'enfant et du lien qui les unit, certains professionnels se protègent de l'intimité de liens rapprochés avec l'enfant, d'autres s'en emparent. Souvent sans formation ou sensibilisation particulière à ces questions (référent travailleur social, référent lieu d'accueil, cadre, puéricultrice PMI, médecin en libéral, parents), chacun tente de saisir une petite partie d'un tout finalement porté par personne.

Du côté des fonctionnements institutionnels, on observe des manques de délimitation des rôles de chaque professionnel impliqué dans l'accompagnement socioéducatif des jeunes et des parents. Les aspects organisationnels rendent compte de la conception du partage du prendre-soin entre les professionnels et les détenteurs de l'autorité parentale, avec la difficulté d'un juste équilibre dans l'occupation des fonctions de prendre soin d'un enfant avec ses parents. Émerge à nouveau le regard porté sur les compétences parentales et les effets des carences et/des maltraitances sur l'enfant et son rapport aux soins. L'absence de communication et de cohérence entre les acteurs est relevée par les jeunes eux-mêmes, alors investis de cette responsabilité, dans une autonomie propulsée, contrainte et non signifiante. Des phénomènes similaires de parcellisation sont observés pour d'autres dimensions spécifiques comme la scolarité des enfants protégés, mais aussi pour d'autres publics repérés comme vulnérables ou avec des besoins spécifiques (maladies rares ou chroniques). Ainsi, la dimension de la santé n'échappe pas au risque de parcours fractionné : le nouveau lieu de placement ne dispose pas de l'historique des soins effectués et n'a pas le temps de mettre en place avec le jeune une prise en compte globale de sa santé, en lui permettant d'intérioriser une attention à prendre soin de lui, en le préparant à l'accès à la majorité. Tous les moments de changement dans le parcours de l'enfant viennent alors mettre à jour ces manques de coordination, de relais entre les adultes autour de l'enfant accueilli.

L'ensemble de cette réflexion conduit probablement à accorder, en articulation avec le prendre-soin, une place plus importante aux notions de besoins et de vulnérabilités dans une perspective développementale. En effet, l'attention à la santé de l'enfant protégé s'avère extrêmement contextualisée (institution, dispositif, lieu d'accueil) mais aussi subjectivée par les protagonistes directement impliqués (rapport individuel à la santé et au corps, perception et empathie vis-à-vis de la douleur ou de la souffrance, gestion émotionnelle, sentiment de bien-être). Autant de notions à mobiliser de façon complémentaire pour approcher la complexité du sens du soin des enfants protégés tout au long de leur parcours familial et institutionnel.

Références bibliographiques

Bacro, F., Rambaud, A., Humbert, C. et Sellenet, C. (2013). *La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique*. Recherche financée par l'ONED.

Bazin, F., Parizot, I. et Chauvin, P. (2006). Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. *Sciences sociales et santé*, 3, 24, 11-31.

Berger, M. et Bonneville, E. (2007). *Protection de l'enfance. L'enfant oublié*. Bruxelles : Yakapa / Ministère de la Communauté française.

Bonneville-Baruchel, E. (2015). *Les traumatismes relationnels précoces : clinique de l'enfant*. Toulouse : Érès.

Bouquet, B. (2006). Penser éthique, agir éthique, être responsable. *La Revue française du service social*, 220, p. 5-8.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. I : L'attachement*. Paris : PUF.

Cambois, E. (2004). Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. *Les Travaux de l'observatoire*, n° 2003-2004. Paris : Inserm.

Choquet, M., Hassler, C. et Morin, D. (2005). *Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après.* Paris : Inserm.

Corbet, E., Robin, P., Bourgeaux, I., Guye, O., Fontaine-Gavino, K., Jacob, I. et Fiasson D. (2012). *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance.* Recherche financée par l'ONED.

David, M. (2004). *Le placement familial. De la pratique à la théorie*. Paris : Dunod.

Desprès, C. (2005). La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences sociales et santé*, VI/23, 4, 79-110.

Desprès, C. (2013). Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropologie et santé* [en ligne], 6.

Euillet, S. (2017). Enjeux psychologiques des supports utilisés en recherche auprès d'enfants accueillis en protection de l'enfance. *Sociétés et jeunesses en difficulté* [en ligne], 18, mis en ligne le 1er septembre : http ://sejed.revues.org/8287.

Euillet, S. (2012). Vers une professionnalisation personnelle des assistants familiaux. *Vie sociale et traitements*, 116, 59-64.

Fainzang, S. (1997). Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades. *Sciences sociales et santé*, 15, 3, 5-22.

Fanello, S., Tanguy, M., Duverger, P., Rousseau, D., Rozé, M. et Nguyen, S. (2013). *Parcours des enfants admis avant l'âge de 4 ans à la pouponnière sociale du foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001.* Recherche financée par l'ONED.

Feldman, M. et Mansouri, M. (2015). L'oralité adolescente et la protection de l'enfance. *Dialogue*, 209, p. 81-94

Fondeville, F. et Santiago Sanz, H. (2016). L'articulation des pratiques éducatives et soignantes. *Empan*, 2016/3, 103, p. 100-106.

Frechon, I. et Robette, N. (2013). Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement. *Revue française des affaires sociales*, 1, 122-143.

Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Harvard : Harvard University Press.

Grihom, M. J. et Ducousso-Lacaze, A. (2006). Symptôme et travail de l'altérité : le passage d'une analogie usée à une analogie vive. *Cahiers de psychologie clinique*, 26, 1, 29-46.

Guedeney, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 20, 2, 101-117.

Guedeney, N. et Guedeney, A. (2016). *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*. Paris : Masson.

Jaeger, M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod.

Join-Lambert, H., Euillet, S., Boddy, J., Statham, J., Danielsen, I. et Geurts, E. (2014). L'implication des parents dans l'éducation de leur enfant place. Approches européennes. *Revue française de pédagogie*, 187, 71-80.

Legros, M. (dir.) (2012). Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. *Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.*

Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. Paris : IGAS.

Marchand Buttin, F. (2016). Devenir PJJ promotrice de santé. De rencontres en rencontres. *Les Cahiers dynamiques*, 70, 4, 6-17.

Marpeau, J. (2013). L'altérité, l'altération dans le processus éducatif. *In* J. Marpeau, *Le processus de création dans le travail éducatif* (p. 67-86). Toulouse : Érès.

Meirieu, P. (1991). *Le choix d'éduquer : éthique et parentalité.* Paris : ESF.

Mercier, C. (2007). Le corps comme espace transitionnel entre exigence familiale et sociale et le désir d'autonomie du sujet. *Le Journal des psychologues*, 2, 245, 41-45.

Oui, A. (2015). *Guide de l'assistant familial*. Paris : Dunod.

Pala, D. (2005). *La prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. Enjeux et perspectives à travers le cas du foyer François-Constant*. Rennes : ENSP.

Pechalrieux, J. (2010). *Promouvoir la place des parents dans la prise en charge des enfants en foyer de l'enfance*. Mémoire de l'École des hautes études en santé publique.

Potin, E. (2012). *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.

Potvin, L., Moquet, M. J. et Jones, C. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES.

Puyuelo, R. (2014). *Les enfants vulnérables, approche psychopathologique*. *In* P. Batifoulier et N. Touya (éds.), *Travailler en MECS* (p. 211-221). Paris : Dunod.

Révillot, J. M. et Eymard, C. (2010). Processus d'altérité entre le personnel de santé et le malade dans la relation éducative en santé. *Recherches & Éducations*, 3, 173-196.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.

Robin, P. et Séverac, N. (2013). Parcours de vie et dynamique sociales chez les enfants et jeunes relevant du dispositif de protection de l'enfance : les paradoxes d'une biographie sous injonction. *Recherches familiales*, 10, 91-102.

Rogers, C. (1963). La relation thérapeutique : les bases de son efficacité. *Bulletin de psychologie*, 17, 1-9.

Rollet, C. (2008). *Les carnets de santé des enfants*. Paris : La Dispute.

Ronge, J. L. (2012). Droit à la santé des jeunes : prévenir et favoriser l'accès et le consentement aux soins. *Journal du droit des jeunes*, 2012/3, 313, p. 19-29.

Rouzel, J. (2012). *Travail éducatif et psychanalyse.* Paris : Dunod.

Schofield, G. et Beek, M. (2011). *Guide de l'attachement en famille d'accueil et adoptives. La théorie en pratique.* Paris : Elsevier-Masson.

Sellenet, C. (2008). Coopération, coéducation entre parents et professionnels de la protection de l'enfance. *Vie sociale*, 2, 15-30.

Sellenet, C. (2006). *L'enfance en danger. Ils n'ont rien vu ? Ils n'ont rien vu ?*. Paris : Belin.

Soulé, M. (dir.) (2006). *La vie de l'enfant. Tout ce que vous avez voulu savoir... sans jamais oser le demander*. Toulouse : Érès.

Soulet, M. H. (2014). Vulnérabilité et enfance en danger. Quel rapport ? Quels apports ? *In* ONPE, *Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance* (p. 126-138). Paris : La Documentation française.

Steinhauer, P. D. (1996). *Le moindre mal. La question du placement de l'enfant.* Montréal : Presses universitaires de Montréal.

Vulbeau, A. (2006). Alternation, altération et métissage : les jeux de l'altérité et de l'identité. *Le Télémaque*, 29, 1, 57-68.

Warin, P. (2006). *L'accès aux droits sociaux*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du *care :* une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413, 12, 631-641.