

Concepts

Thomas Burdin¹, Céline D'Hondt²,
Nadia Tartarat¹, Rodolphe Charles¹

¹Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Université Jean Monnet, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

²CHU Hôpital Nord de Saint-Étienne, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

Correspondance : R. Charles

Résumé

Pour soigner les adolescents placés le généraliste doit tenir compte de la singularité de leurs situations. Le cadre juridique régissant l'autorité parentale exercée sur les mineurs, ainsi que les autorisations de soins qui en dépendent, semble clair en situation d'urgence ou pour les procédures intrahospitalières. Qu'en est-il en médecine ambulatoire ? Un premier article visait à éclaircir la notion d'autorité parentale, ce second article traitera des implications en matière de santé notamment pour le médecin généraliste. Un troisième article s'attachera à détailler les notions de soins usuels et non usuels, pratiqués auprès d'adolescents consultant bien souvent pour des motifs autrement plus complexes que ceux que présentent d'ordinaire les jeunes de la tranche d'âge similaire.

• Mots clés

soins usuels ; médecin généraliste ; autorité parentale.

Abstract. Treating underage children who are being placed in placement

To treat adolescents in foster care a GP must take into account the uniqueness of each situation. The legal framework regulating parental authority over minors as well as related treatment authorizations looks quite clear in case of emergency or inside hospital procedures. But what about ambulatory care? The first article aimed at clarifying the notion of parental authority, this second article will define health care implications, more particularly those concerning a GP. A third article will detail the notions of "standard treatment" as opposed to "nonstandard treatment" given to adolescents who often consult for much more complex reasons than those usually

Soigner les enfants mineurs faisant l'objet d'une mesure de placement

Deuxième partie : le généraliste et l'autorité parentale

« **A**u fur et à mesure des années, je suis devenue beaucoup plus exigeante concernant la place des parents, leur information, y compris lorsqu'ils étaient éloignés ou incarcérés. Ceci n'a pas été sans friction avec le domaine éducatif les conduisant à devoir clarifier certaines situations où le flou et l'ambiguïté étaient entretenus notamment en ce qui concernait le lien des jeunes avec leurs parents, avec parfois le sentiment que les soignants allaient "réveiller le lion qui dort". Néanmoins quel que soit leur parcours, les jeunes sont extrêmement attentifs à la manière dont les soignants gardent dans un coin de leur tête l'existence et la légitimité des parents, à la manière dont nous nous positionnons face à la loi, nous permettant par là même de sortir des fantasmes de toute-puissance qu'ils nous attribuent facilement ». [Magalie, pédopsychiatre].

Le généraliste et le placement

« La question de la délégation d'autorité parentale, comment j'ai géré ça ?... Ben, ça ne m'a même pas effleuré, tu vois... D'une part je pense que je n'ai jamais eu, comment dire, de situations qui m'amènent à être embêté avec ça, j'ai eu soit des enfants qui étaient petits, placés dans des familles d'accueil, familles que je soignais qui je connaissais et donc il n'y avait pas de difficultés majeures ». [Michel, MG].

Les adolescents sont principalement accompagnés d'un éducateur qui dispose d'un document que l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) fait remplir aux parents détenteurs de l'autorité parentale (AP) lors de la prise en charge initiale de l'enfant. La question de l'autorisation de soin serait théoriquement au premier plan. Pourtant les médecins interviewés reconnaissent ne posséder qu'une connaissance globale du cadre juridique. Ils s'en



Cas de Benoit, âgé de 8 ans, placé en famille d'accueil.

L'assistante familiale qui s'occupe de lui, le conduit aux urgences devant un tableau de douleurs abdominales évoluant depuis deux jours. Il présente un syndrome appendiculaire. La prise de sang montre une inflammation modérée. L'échographie trouve un appendice épaissi. L'avis chirurgical est pris et une indication opératoire est posée. Reste à obtenir la consultation d'anesthésiste. La famille d'accueil a pris contact avec l'ASE qui a contacté la mère détentrice de l'AP. Elle n'a pas de moyen de se déplacer ni de transmettre son autorisation signée... les démarches durent... Benoit est finalement opéré en péritonite et son séjour postopératoire s'en trouve allongé... [journal de bord, observation de terrain, 2017].

presented by youngsters in the same age group.

• **Key words**

current practice; general practitioners; parental authority.

DOI: 10.1684/med.2019.442

accommodent pour les soins « usuels », les prescriptions considérées sans effet secondaire majeur.

Les praticiens au contact des jeunes confiés à l'ASE savent qu'une autorisation de prodiguer les soins est signée par les parents. Elle constitue « une sécurité ». Tous les centres de l'ASE ont recours à ce document. Il n'est pas nominatif et surtout ne précise pas la nature des actes médicaux autorisés. Très peu des médecins enquêtés connaissent son contenu ou le réclament : pour eux, il s'agit d'une pièce figurant nécessairement au dossier qui suit l'enfant en consultation.

Pour expliquer cette différence de pratique, les MG interrogés se justifient par le manque de temps : à l'hôpital, des référents s'assurent de l'obtention de ces autorisations (cadre de services, administrateurs...). En général, les médecins n'ont pas à charge de s'inquiéter de l'obtention de l'accord parental.

La majorité des MG n'est pas à l'aise à l'idée d'être confrontée et devoir traiter, chez ces adolescents, des problématiques bien au-delà des enjeux de celles rencontrées dans la population « standard » du même âge. Apparaissent alors des inégalités de prise en charge pouvant être liées à la durée et au lieu du placement, selon la présence ou non d'un médecin acceptant de consulter.

Les éducateurs et les administratifs discutent aussi ce document d'autorisation des parents, reconnaissant qu'il ne peut suffire à autoriser les soins, car l'accord des parents doit être clairement exprimé. Ils admettent à demi-mot que si les autorisations de soins posent problème dans le monde hospitalier, les MG ne les exigent que très peu. Ils conduisent, de fait, volontiers les jeunes chez le MG pour régler certains problèmes qui relèveraient d'une consultation spécialisée hospitalière (braconnage opérationnel).

Le droit au secret

La loi du 4 mars 2002, dans son art L.1111-5 du Code de la santé publique (Csp) relatif aux droits des malades, instaure le fait qu'un mineur peut s'opposer à la divulgation à ses parents des informations médicales le concernant. Le consentement de celui-ci doit être recherché par le médecin au maximum selon son degré de maturité (art R. 4127-42 du Csp). En cas de maintien du refus de communiquer son état de santé, le médecin est tenu au secret médical et peut mettre en place les soins qui lui semblent adaptés à l'état de santé de l'enfant, à la condition que celui-ci soit accompagné d'un adulte lors des consultations. La loi du 4 mars accorde le droit à l'accès aux soins, à l'information, aux consentements éclairés, l'accès au dossier médical, ainsi qu'au respect du secret médical. Le droit au secret médical pour le mineur permet à celui-ci d'être accompagné du majeur de son choix s'il refuse que ses parents soient informés de sa démarche de soins.

« Je demandais toujours à l'enfant "ta maman est au courant ?" Et puis finalement, je considérais que si elle venait sans accompagnant, c'est qu'elle avait quelque

chose qu'elle souhaitait garder pour elle, donc je ne creusais pas plus loin. Pour la gynécologie, je considérais qu'ils [les parents] n'ont pas à "savoir pourquoi". À 16 ans, les enfants peuvent choisir leur médecin traitant, donc s'ils peuvent choisir leur médecin traitant, ils peuvent donner leur autorisation d'avoir des soins, ça reste du secret professionnel ». [Jacques 50 ans, MG].

La majorité des soins exigés par cette population s'effectue autour des thématiques de la santé sexuelle, de la planification familiale, de la souffrance psychique, des addictions. À l'adolescence, ce type de prise en charge exige un maximum de confidentialité, d'intimité, de secret. Obtenir le consentement parental se met en tension avec le projet de soins. Le MG place ses soins sous le sceau du secret pour se dispenser de cette négociation impossible. Il doit toutefois toujours calibrer son intervention à la survenue d'un aléa thérapeutique significatif.

Le respect des droits de l'enfant et l'autonomie décisionnelle

« [...] Par contre, c'est une relation, comment dire, que je n'aurais pas eue avec d'autres ados ; j'ai eu l'impression qu'elle [une adolescente dont il vient de raconter l'histoire] venait chercher plus que du conseil médical ; très souvent j'ai eu l'impression de jouer un rôle de parent par procuration. Avec elle, j'ai vraiment ressenti ça et je continue à la suivre maintenant ». [Docteur A. MG].

La pratique d'un acte non indispensable à la survie du patient qui l'a refusé peut engager la responsabilité pénale, civile, voire disciplinaire, du médecin qui le réalise. Cependant le consentement du mineur doit être systématiquement recherché (article L.1111-4 du Csp) s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Si le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Certains actes ne requièrent pas le consentement des parents

Un certain nombre d'entre eux est exempté par le Csp au titre de la planification familiale. L'article L.5134-1 stipule

que « le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures [...] ; la contraception d'urgence n'est pas soumise à prescription médicale obligatoire et s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies... ». L'article L.2212-7 du Csp concernant l'IVG définit que la jeune fille mineure doit être accompagnée d'un majeur de son choix.

Le consentement à l'acte médical en tant que tel est établi dans l'article L.1111-4 Csp. Il doit être donné et recueilli dès lors qu'on est en capacité d'exprimer sa volonté. Cet article introduit aussi la notion de confiance, réservée aux majeurs. Pour les mineurs, comme les majeurs protégés, le consentement des représentants légaux prévaut.

Dans l'alinéa 1 de l'article L.1111-5 du Csp (loi n° 2016-41 du 26 janvier) il est prévu que, à titre de dérogation de l'article 371-1 Cc, le médecin peut se dispenser du consentement des titulaires de l'AP pour les décisions médicales lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur si ce dernier s'oppose à la consultation du ou des titulaires pour garder le secret sur son état de santé, s'il maintient son refus après avoir essayé d'obtenir ce consentement. Il doit alors être accompagné d'une personne majeure.

Une transition vers l'autonomie

Évaluant depuis l'enfance dans la précarité, les 18-21 ans constituent un public en difficultés d'insertion sociale ou professionnelle. L'article L.221-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) définit l'objectif du contrat jeune majeur (CJM) et les réformes de la protection de l'enfance dans la loi du 4 mars 2016 aspirent à anticiper et mieux préparer les sorties du dispositif [1]. Par le biais d'un entretien un an avant la majorité pour faire « un bilan du parcours » et établir un vrai « projet d'accès à l'autonomie », le CJM autorise un accompagnement de certains jeunes devenus majeurs, et permet également de finir l'année scolaire ou universitaire engagée au moment de la date du terme des mesures en place. Le but est d'offrir aux jeunes de 16 à 21 ans une réponse globale en matière éducative, culturelle, sociale, de santé, de logement, de formation, d'emploi et de ressources [2].

Pour le MG, il apparaît souhaitable, à l'approche des 17 ans, de réussir à établir les conditions nécessaires à l'instauration d'une relation de qualité permettant à ces jeunes de redécouvrir le système de soins et progressivement, se réappropriier leur santé et leur corps. La confiance s'installe au sein d'une relation médecin patient où le praticien tient lieu de repère, un point d'ancrage pour l'adolescent devenant jeune adulte en voie d'acquiescer son autonomie. S'affranchir du consentement parental valorise le jeune et peut le conduire à une gestion autonome de sa santé. Cela le rend aussi plus vulnérable s'il ne sait pas faire les bons choix sur sa santé et peut le conduire à accepter en attendant le CJM.

Un contour par la CMU libère le généraliste de la contrainte de l'autorité parentale

L'article L.1111-5 alinéa 2 du Csp précise que : « lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis », et ce dans le cas des mineurs de plus de 16 ans. La loi autorise le mineur à bénéficier de la CMU à titre personnel si les liens familiaux sont rompus ou s'il veut être soigné sous le secret.

Une étude lancée par le Fonds CMU et menée par les équipes de recherche EFIS de l'Université Paris Ouest Nanterre, dont le rapport final a été rendu en 2016, a montré que 88 % des enfants dépendants de l'ASE bénéficiaient de la couverture CMU dès leur prise en charge par le dispositif. Les services mettent en place une affiliation automatique à la CMU, procédures facilitées grâce à un partenariat ASE-CPAM.

Sur fond d'inégalités en santé...

Cette population de patients présente un profil spécifique. Leurs attentes et leurs besoins en matière de santé nécessitent une attention et une vigilance particulière [3]. Les problématiques les plus courantes concernent les acquisitions, le langage, le développement psychomoteur, l'hygiène, pour les plus jeunes, et les conduites addictives, la toxicomanie, les affections dentaires, les troubles du sommeil, la fatigue, les troubles du comportement, les troubles alimentaires, l'isolement, la solitude, la dépréciation, des difficultés d'intégration (tristesse, baisse de l'estime de soi, anxiété, conduites sexuelles à risque).

Les adolescents bénéficiant de mesures de placement éprouvent fréquemment un sentiment discriminatoire, tant par leur vécu et les blessures du passé que dans l'expérience du placement qui vient instaurer une distance entre le lieu de vie et les détenteurs de l'AP. Leur état de santé est altéré du fait des conditions de vie souvent dégradées, mais aussi du fait d'un éloignement voire d'une rupture avec le système de santé. Certains motifs de consultation peuvent même être en lien direct avec le motif justifiant la mesure de placement. Nombre d'entre eux requièrent un suivi psychiatrique et psychologique et l'instauration d'un traitement médicamenteux des troubles de l'humeur et/ou du comportement.

Les professionnels de santé composent face au manque d'information, à l'absence d'historique médical, ou la perte d'information lors des transmissions d'un service à l'autre dans une culture de l'oral. Ils se basent sur des données déjà très parcellaires pour des jeunes qui, par la

force des choses, ont un parcours de soin assez chaotique, aux multiples intervenants, voire interrompu... Il convient de les recentrer sur leur santé et leur permettre de réinvestir ce champ de vie.

... de rares acteurs de santé publique [3] ...

L'article L.221-2 du CASF dans sa version issue de la loi n° 2016-297 du 14 mars relative à la protection de l'enfance, a mis en place la désignation dans chaque département d'un médecin référent « protection de l'enfance » (art. 7) [4]. Le président du conseil général nomme à ce poste un médecin des services départementaux missionné pour dépister les situations à risque ou de danger réel pour l'enfant, assurer l'information sur les conduites à tenir face à ces situations (notamment les informations préoccupantes), revaloriser l'attention portée à la santé physique et psychique des enfants confiés à l'ASE, renforcer les liens et permettre la bonne coordination entre les divers partenaires impliqués (PMI, cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, services de l'ASE, médecins libéraux, hospitaliers et scolaires). Cette fonction vise véritablement à remédier aux failles du suivi médical en favorisant les échanges et le partage des informations entre professionnels de santé (médecin de famille souvent notamment en cas de placement en famille d'accueil, les médecins libéraux et hospitaliers) et professionnels sociaux. Le but de ces réformes de l'ASE est de « *veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme* » [5].

... et des acteurs de terrains qui bricolent un dispositif informel

« C'était la première consultation, il était accompagné de son éducatrice, je lui ai demandé s'il avait des problèmes de santé. L'éducatrice m'a répondu "ah", mais on n'a rien du tout nous, rien du tout ! "t'as eu des problèmes jusqu'ici ?" [L'éducatrice s'adresse à l'enfant âgé de 8 ans], enfin je veux dire c'est qu'un enfant quoi, qu'est-ce que tu veux qu'il réponde ! Du coup, on a tout repris : les vaccins, les allergies, le dodo, l'école, etc., ça m'a pris trois quarts d'heure... » [Dr G. jeune MG ayant suivi des enfants de l'ASE lors de ses premiers remplacements sur un foyer de proximité en Rhône-Alpes].

La santé constitue un enjeu majeur pour les enfants sous protection (Protection Judiciaire de la Jeunesse ou ASE) du fait de facteurs de risques multiples : précarité, moindres conditions socioéconomiques, contexte de divorce ou décès d'un parent, faible recours voire absence totale de recours aux soins... C'est l'un des axes-clés, véritable levier de l'action éducative tant dans l'adhésion des mineurs que dans l'implication des parents, qui

s'inscrit dans le long processus de reconstruction qui s'impose à ces jeunes. Dans un système sous tension, en pénurie de moyens humains et financiers, qui creuse les inégalités, les besoins médicaux s'accroissent chez ces enfants aux comorbidités somatiques et psychiques complexes et engendrent des situations de crise exigeant souvent un recours urgent aux soins.

L'absence de structures véritablement dédiées, l'intrication des problématiques médicales (psychique, trouble des apprentissages, sexualité, planification, addiction, violence) et socio environnementales (placement à distance et absence des parents, itinérance du suivi associée à la perte de la traçabilité des soins – médecins référents, carnet de santé) conduisent les éducateurs à se tourner vers les MG [6, 7]. Pour ceux qui acceptent le défi, il leur reste alors à saisir les opportunités qui s'offrent à eux pour parvenir à assurer leur mission et tenter d'accompagner ces jeunes du mieux possible. Travaillant dans la crainte de mal ou trop peu faire, ils sont tiraillés entre les obligations éthiques et juridiques, et la frustration de parfois assister impuissants à la dégradation de certaines situations, à une perte de chance réelle et des situations dramatiques (suicide par exemple). La mise en exergue s'opère au passage à la majorité où tout l'étayage et les mesures en place volent en éclat brutalement pour la plupart des jeunes. Il n'y a alors que le retour en famille dont on les a protégés jusqu'ici, la rue, ou pour quelques rares exceptions, quelques mois supplémentaires de CJM, dans la perspective de mener leur projet, avec la volonté d'autonomisation et l'espoir de jours meilleurs.

Informellement, des praticiens de soins primaires acceptent, en lien avec les équipes, de prendre en charge ces jeunes. La loi trace les grandes lignes de conduite qui s'appliquent à encadrer l'exercice des soins. Ces directives, pensées pour des situations critiques (hospitalisation, chirurgie, planification familiale...) ne s'accordent pas nécessairement à la pratique quotidienne auprès de ces adolescents. La nécessité d'agir, de prodiguer des soins amène parfois le MG à braconner en équilibre aux frontières entre obligations légales et éthiques. Assurer le suivi ambulatoire des jeunes patients se fait par expérience. Bien souvent la facilité de la proximité géographique initie des liens avec les acteurs des dispositifs de l'ASE. La première rencontre de ces jeunes avec le MG constitue symboliquement un nouveau départ dans le réinvestissement du système de soin dont ils se sont coupés. Ce retour se fait dans l'ordre avec une entrée par les soins primaires.

Comment faire pour penser une prise en charge, penser des soins face à une anamnèse à trous et face à des jeunes qui sont le plus souvent dans l'incapacité de mettre en narration une histoire dont ils se sentent dépossédés ? Le MG reconstruit (symboliquement) l'historique médical : recueil de données précieuses à intégrer à un dossier médical qui accompagnerait le jeune patient tout au long du placement et permettrait la continuité des soins. Il semble primordial de mettre en avant l'importance de la communication et des échanges entre professionnels médicaux et socio-éducatifs pour œuvrer ensemble à offrir une prise en charge optimale et établir des liens



Journal de terrain, septembre 2017.

Damien venait tous les 15 jours chercher des dispenses de stage ou d'école lorsqu'il fréquentait le dispositif. Son éducateur était véritablement inquiet pour l'avenir de ce jeune qui sabotait ses études (CAP plomberie), et consommait des stupéfiants. Il a fallu « sévir » et passer un contrat avec lui : s'il ne venait pas avec son éducateur et avant l'arrêt, plus de certificat de dispense signé. Actuellement Damien a 21 ans, il consulte pour un eczéma des mains en lien avec une exposition professionnelle aux résines polymériques industrielles. Il ne veut pas lâcher son travail, il doit gagner sa vie ! C'est lui qui amène chaque fois son fils de 18 mois en consultation au cabinet quand il est malade ou pour son suivi systématique. Sa compagne a souhaité, elle aussi, être suivie au cabinet.



Pour la pratique

- Le médecin généraliste vise un projet à long terme.
- Il s'appuie sur l'éducateur, accueilli parfois dans la consultation comme « personne de confiance ».
- Il peut questionner le « document d'autorisation de soins », même s'il reste le plus souvent au siège social.
- Il assure le jeune patient du secret médical.
- Il s'appuie sur le dispositif CMU, le dispositif jeune majeur et assure la montée en puissance de l'autonomisation de l'adolescent et sa participation progressive aux décisions sous couvert de la loi.
- Des négociations téléphoniques avec certains parents peuvent être accordées par le patient mineur.

efficaces et fiables afin de restaurer une certaine stabilité dans le parcours de soin de ces mineurs à risque.

En matière de santé et plus globalement, c'est le projet à long terme qu'il faut cultiver et nourrir. Le praticien se bricole des outils fragiles : appui sur l'éducateur, accueilli parfois dans la consultation comme « personne de confiance », connaissance implicite du « document d'autorisation de soins » (même s'il reste le plus souvent au siège social), assurance du secret médical au travers du dispositif CMU, montée en puissance de l'autonomisation de l'adolescent et participation progressive aux décisions sous couvert de la loi, possible négociation téléphonique avec certains parents après accord de l'enfant... On ne peut trahir la confiance durement retrouvée pour ces jeunes lorsqu'ils doivent quitter le dispositif.

La poursuite des soins après la majorité et une fois les adolescents sortis du dispositif réassure la pertinence des prises en charge en médecine générale de ces adolescents protégés par l'ASE. Une lecture « pacifiée » des textes de loi autour de la question de l'autorité parentale permet manifestement, sous couvert de l'organisation d'un travail en réseau bien coordonné, de gérer un maximum de situations. Nous verrons dans un troisième article qu'un autre éclairage est offert sur la question par la distinction entre soins usuels et non usuels.

~ **Remerciements** à Florence Chevillard (juge des affaires familiales au TGI de Saint-Étienne) pour ses conseils et sa relecture minutieuse.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Dulin A. Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance. Conseil économique social et environnemental. Section des affaires sociales et de la santé. 2018. Disponible à l'URL (consulté le 02/01/2019) : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2018/FI17_protection_enfance.pdf.
2. Bourguignon B. Renforcer l'accompagnement des jeunes vulnérables vers l'autonomie. Commission des affaires sociales. Rapport no 1150. 2018.
3. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2016;130 p. Disponible à l'URL (consulté le 09/09/2018) : https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2016.pdf.
4. Escudié JN. Protection de l'enfance - Loi sur la protection de l'enfant : ce qui change pour les départements. Caisse des dépôts. 2016. Disponible à l'URL (consulté le 09/09/2018) : <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250270492665>.

5. Fleury V. Protection de l'enfance : un médecin référent pour coordonner les professionnels. Éditions législatives. Enfance et Famille, Dictionnaire Permanent Action sociale. Disponible à l'URL (consulté le 09/09/2018) : <http://www.editions-legislatives.fr/content/protection-de-lenfance-un-m%C3%A9decin-r%C3%A9f%C3%A9rent-pour-coordonner-les-professionnels>.
6. Marpsat M, Frechon I. Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement. In : Économie et statistique, n° 488-489, 2016. Les sans domicile – Les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes dans la fonction publique. pp. 37-68; doi : 10.3406/estat.2016.10710. Disponible à l'URL (consulté le 09/09/2018) : http://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2016_num_488_1_10710.
7. Martin A, Jégo-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique* 2017 ; 29 (5) : 665-75. Disponible à l'URL (consulté le 09/09/2018) : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-665.htm>.