



**Étude épidémiologique  
sur la santé des mineurs et jeunes majeurs  
confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance  
en Languedoc-Roussillon**

*Avril 2016*

**Dr Bernard LEDÉPERT – Médecin de santé publique**

**Hafid BOULAHTOUF – Assistant d'études**



CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

BP 35567 – ZAC de Tournezy – 135 allée Sacha Guitry – 34072 MONTPELLIER Cedex 3

☎ 04 67 69 25 03 – Fax : 04 67 47 12 49 – Email : creaiorslr@creaiorslr.fr – Site : www.creaiorslr.fr



## RÉSUMÉ

En 2014, 5 900 enfants ont été placés en Languedoc-Roussillon au titre des missions d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Suite à son inspection des services de l'ASE, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) insistait dans son rapport de juin 2012 sur l'importance de se doter d'une procédure de suivi de la santé des enfants, mais aussi d'en exploiter statistiquement les données. Une réflexion conjointe a donc été menée entre les départements du Languedoc-Roussillon, pour réaliser avec le CREAI-ORS LR une enquête épidémiologique régionale sur la santé des enfants confiés à l'ASE.

Entre mai 2014 et juillet 2015, 2 367 enfants ont bénéficié d'un examen médical contribuant au recueil d'information, soit 40 % des enfants placés.

Quelques traits majeurs sont à souligner à l'issue de cette étude :

- des limites dans la connaissance de l'histoire médicale de ces enfants ;
- une fréquence élevée de situations sociales et familiales complexes avec une proportion non négligeable de cas où les liens avec les parents sont très limités ;
- paradoxalement les enfants placés dans les structures où la durée de placement est la plus courte (foyer de l'enfance) bénéficient davantage d'un projet ;
- la prévalence des antécédents familiaux. Quand ceux-ci sont connus, ils retracent des histoires complexes avec une part importante d'antécédents psychiatriques ou d'addiction chez les mères ;
- des antécédents néonataux particulièrement fréquents ;
- des différences de prévalence de certaines pathologies ou de certains antécédents entre département ou lieu de placement qui traduisent sans doute plus des différences de pratiques de l'examen médical et d'accès aux données de santé que de réelles différences d'état de santé ;
- des éléments de suivi médical insuffisants. La proportion limitée d'enfants ayant des antécédents psychiatriques bénéficiant d'un suivi dans ce domaine, par exemple ;
- des taux de couverture vaccinale en retrait ;
- une confiance dans leur avenir élevée. Quels que soient leur lieu de placement ou leur âge, ils sont beaucoup plus optimistes sur leur vie future que sur leur situation actuelle.

L'ensemble de ces éléments permettent de constituer un point de départ pouvant servir à la fois de référence à l'étude de l'évolution de l'état de santé des enfants confiés à l'ASE et à l'évaluation d'action visant à favoriser celle-ci et la prise en charge de ces enfants.

**Mots clés (thésaurus BDSP) : Etude, Enfant, Adolescent, Etat santé, Aide sociale enfance, Placement, ASE, Protection infantile, Aide décision, Languedoc-Roussillon**



# SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ</b> .....	3
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	7
<b>CONTEXTE</b> .....	9
<b>OBJECTIF</b> .....	11
<b>MÉTHODE</b> .....	13
POPULATION .....	13
RECUEIL D'INFORMATION .....	13
CODAGE, SAISIE ET ANALYSE.....	14
<b>RÉSULTATS</b> .....	17
BILAN DU RECUEIL D'INFORMATION .....	17
MOTIFS ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASE .....	19
Nature de la prise en charge .....	19
Motifs du placement actuel .....	20
Durée du placement actuel et antécédents de placement.....	22
Projet pour l'enfant .....	23
Droits à la CMU.....	24
LIEN AVEC LES PARENTS.....	24
Droit de visite des parents .....	24
SOCIALISATION, SCOLARISATION ET ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES .....	26
Socialisation avant 4 ans .....	26
Scolarisation .....	27
Activités extrascolaires.....	28
CONTEXTE DU RECUEIL D'INFORMATION .....	29
Accompagnants .....	29
Motif de l'examen médical.....	30
Carnet de santé .....	31
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ET SUIVI DE GROSSESSE .....	31
Antécédents familiaux paternels.....	31
Antécédents familiaux maternels .....	33
Antécédents familiaux fratrie ou grands-parents .....	34
Suivi de grossesse et pathologies et facteurs de risques pendant la grossesse .....	36
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SUIVI MÉDICAL.....	37
Antécédents néonataux .....	37
Antécédents personnels médicaux .....	40
Antécédents personnels chirurgicaux .....	42
Antécédents d'hospitalisations .....	44
Antécédents personnels psychiatriques ou psychologiques.....	45

Antécédents de troubles du langage et des apprentissages.....	47
Orientation MDPH.....	48
Suivi médical antérieur.....	50
<b>HABITUDES DE VIE.....</b>	<b>50</b>
Alimentation et appétit.....	50
Sommeil.....	52
Consommation de tabac, alcool et autres drogues.....	53
<b>PRISES EN CHARGE EN COURS.....</b>	<b>56</b>
Traitement médicamenteux.....	56
Suivi médical spécialisé en cours.....	57
Dépistage visuel, auditif ou psychomoteur.....	59
Prises en charge psychiatriques et rééducatives.....	61
Corrections et appareillage.....	63
<b>EXAMEN CLINIQUE.....</b>	<b>63</b>
État général.....	63
Plaintes et signes fonctionnels.....	64
Mesures et corpulence.....	65
Appareil cardiovasculaire.....	68
Appareil respiratoire.....	68
Abdomen.....	68
Appareil locomoteur.....	69
Neurologie.....	70
ORL.....	71
Dépistage des troubles de l'audition et de la vision.....	72
État buccodentaire.....	74
Peau et phanères.....	75
Appareil urogénital masculin.....	76
Développement pubertaire et relations sexuelles.....	77
Gynécologie.....	78
Développement psychomoteur.....	79
Troubles du comportement.....	80
Pathologies psychiatriques.....	81
<b>COUVERTURE VACCINALE.....</b>	<b>83</b>
<b>PERCEPTION DU JEUNE SUR LUI ET SUR SA VIE.....</b>	<b>86</b>
<b>CONCLUSION DU BILAN MÉDICAL.....</b>	<b>87</b>
Coopération de l'enfant.....	87
Conduite à tenir à la suite de l'examen.....	87
Prises en charge proposées.....	88
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>93</b>
<b>Table des illustrations.....</b>	<b>95</b>

## REMERCIEMENTS

Cette étude sur la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance a été possible grâce à la mobilisation :

- des services de Protection maternelle et infantile et d'Aide Sociale à l'Enfance de chacun des départements du Languedoc-Roussillon,
- des médecins ayant réalisé les examens médicaux, qu'ils soient médecins territoriaux ou médecins libéraux,
- du service Etudes et Prospectives du département de l'Hérault,
- et du Dr Pauline Meslin qui en choisissant ce thème comme sujet de sa thèse, a grandement facilité le travail de collecte d'informations et d'analyse des données.



## CONTEXTE

Au titre des missions d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le Président du Conseil départemental a l'obligation de garantir la prise en charge des mineurs confiés, en proposant une prise en charge globale de l'enfant favorisant le bien-être et son développement optimal.

En 2014, 5 900 enfants ont été placés en Languedoc-Roussillon, dont 857 dans l'Aude, 1 869 dans le Gard, 2 209 dans l'Hérault, 99 en Lozère et 866 dans les Pyrénées-Orientales.

Actuellement, les cinq départements du Languedoc-Roussillon ne disposent pas de données objectives sur la santé des mineurs et des jeunes majeurs pris en charge physiquement, ni de données structurées sur les situations de handicap, faisant l'objet d'une orientation vers les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

L'analyse des données médicales réalisée dans d'autres départements attire très nettement l'attention sur plusieurs aspects :

- le manque d'informations sur les antécédents familiaux ;
- des facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal, transfert en pédiatrie) nettement présents ;
- un parcours médical souvent marqué de pathologies médicales et de traumatismes ou d'hospitalisations ;
- la fréquence notable d'insuffisances pondérales et de surpoids ;
- une prise en charge psychologique pour au moins un tiers des jeunes placés ;
- la prise de neuroleptiques par un nombre significatif de jeunes.

L'Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon a affiché comme une de ses priorités la santé des jeunes notamment concernant les questions de santé mentale, les parcours de santé, l'accès aux soins et à la contraception ... autant de questions de santé primordiales pour la population spécifique des familles accompagnées dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance.

Par ailleurs dans l'Hérault, les conclusions du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de juin 2012, suite à son inspection des services de l'ASE, insistaient sur l'importance de se doter d'une procédure de suivi de la santé des enfants, mais aussi d'en exploiter statistiquement les données.

Une réflexion conjointe a donc été menée entre les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées-Orientales, pour réfléchir au cadre général et à la faisabilité d'une enquête épidémiologique régionale. Les cinq départements du Languedoc-Roussillon se sont donc engagés dans la réalisation de cette enquête et ont sollicité le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour assurer l'analyse des données recueillies.



## OBJECTIF

L'objectif général de cette étude est de :

- connaître l'état de santé des mineurs / jeunes majeurs pris en charge (0-21 ans) durant une année dans chaque département du Languedoc-Roussillon.

Les objectifs spécifiques sont :

- repérer les principales problématiques de santé, afin d'ajuster les interventions dans le cadre de la prise en charge globale, définies dans le cadre du Projet Pour l'Enfant (PPE) ;
- proposer des pistes d'amélioration propres à chaque département ;
- pouvoir comparer ces enfants à une population dite de référence, hors ASE.



# MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

## Population

Les critères d'inclusion suivant ont été définis :

- les mineurs / jeunes majeurs (0-21 ans) pris en charge physiquement au titre d'une mesure d'aide sociale à l'enfance administrative (Accueil provisoire – AP, Contrat Jeune Majeur – CJM) ou judiciaire (Jugement en assistance éducative - JAE, Ordonnance de placement provisoire – OPP, Délégation de l'autorité parentale – DAP, Tutelle, Pupilles) ;
- les mesures peuvent également recouvrir des mesures type Service d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel (SAPMN - placement à domicile) ;
- ces mineurs sont accueillis tant au Foyer de l'Enfance qu'en famille d'accueil, en Maison d'enfant à caractère social (MECS), voire en Lieux de Vie et d'Accueil (LVA).

Des critères de non inclusion ont également été fixés :

- les mineurs accueillis par les services départementaux pour une durée inférieure ou égale à 8 jours ne sont pas inclus dans l'étude ;
- les mineurs faisant l'objet de suivi éducatif administratif de type action éducative à domicile (AED) ne sont pas inclus dans l'étude.

## Recueil d'information

Un questionnaire a été élaboré à partir du bilan de santé d'admission et du bilan annuel des enfants confiés à l'ASE. Une partie administrative a été ajoutée à ce questionnaire médical afin de préciser les caractéristiques du placement de ces mineurs et jeunes majeurs. La plupart des questions du bilan de santé d'admission et annuel ont été remaniées de manière à être exploitables sur le plan statistique (cases à cocher), d'autres sont restées des questions ouvertes, comme par exemple les antécédents, familiaux ou personnels, avec codage *a posteriori* avant saisie des questionnaires. Une aide au remplissage du questionnaire a été jointe à chaque questionnaire, afin de préciser comment le questionnaire pouvait être rempli, ainsi que des rappels d'ordre médical pour un remplissage optimal du questionnaire.

Ce questionnaire remanié a d'abord été testé par une quinzaine de médecins (libéraux et territoriaux) dans les cinq départements du Languedoc-Roussillon pendant quatre mois. Leurs remarques ont permis son évolution (huit versions successives).

Le questionnaire utilisé est divisé en deux ou trois parties selon l'âge de l'enfant :

- une partie administrative qui concerne la nature de la prise en charge de l'enfant et son lieu de placement, les motifs du placement, les liens avec les parents, la durée du placement et le nombre de placements antérieurs, la scolarité, les activités extrascolaires ;
- une partie médicale qui comporte des questions sur les antécédents familiaux, personnels (néonataux, somatiques, psychiatriques et développementaux), les habitudes de vie (sommeil, alimentation...), les prises en charge médicales et rééducatives en cours, l'examen médical, la sexualité et la contraception, un bilan de la vaccination et enfin la prise en charge proposée à l'issue de l'examen ;
- pour les enfants de 11 ans et plus seulement, un questionnaire concernant leur confiance en eux, leur qualité de vie présente et future leur a été proposé. Ils devaient remplir les items seuls ou aidés de leur accompagnateur (assistant(e) familial(e), éducateur, parent) ou du

médecin examinateur s'ils le souhaitent. Ce questionnaire a été validé lors de précédentes enquêtes européennes : les enquêtes HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) réalisées tous les 3 ans dans toute l'Europe en coopération avec l'OMS.

Un courrier a été adressé à tous les parents ayant l'autorité parentale pour les informer de la démarche et leur expliquer le déroulement de l'enquête. Il leur était indiqué que cela s'insérait dans le cadre du suivi santé habituel de leur enfant mais qu'ils pouvaient s'opposer au recueil d'information et à l'utilisation des données collectées. Un coupon retour était prévu à cet effet. Ce refus ne pouvait concerner que l'utilisation des données à fin d'enquête, le bilan de santé s'inscrivant dans la prise en charge de l'enfant prévue dans le cadre du placement.

L'étude a été réalisée au moment d'un bilan d'admission ou d'un bilan annuel des enfants et n'a donc pas nécessité de visite médicale supplémentaire par rapport au suivi théorique de ces enfants et jeunes majeurs.

Le recueil d'information a été effectué par les médecins internes aux différents départements et par des praticiens extérieurs (le plus souvent les médecins traitants des parents ou des accueillants familiaux ou les médecins travaillant dans les MECS).

Pour la réalisation de cette étude, une demande d'autorisation a été déposée auprès de la CNIL pour laquelle une réponse favorable a été reçue, datée du 23 décembre 2014.

## **Codage, saisie et analyse**

Un masque de saisie a été conçu sous SPHINX par le Département de l'Hérault.

Le codage des questions ouvertes et la saisie ont été effectués en interne pour les questionnaires collectés dans l'Hérault. Pour les questionnaires des quatre autres départements, ce travail a été réalisé par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon.

Une fois la saisie effectuée, le Département de l'Hérault a transmis le fichier au CREAI-ORS Languedoc-Roussillon qui a procédé à la fusion des fichiers pour obtenir une base de données régionale.

Un travail de regroupement et de recodage des questions ouvertes (notamment au niveau des antécédents et des pathologies) a été alors réalisé.

Parallèlement, les données décrivant la population des enfants confiés à l'ASE dans chaque département ont été recueillies : répartition par âge et par lieux de vie. Ces données ont permis de préciser le niveau d'exhaustivité du recueil d'information dans chaque département, selon l'âge des mineurs et jeunes majeurs et selon le type de lieu de vie.

L'analyse permet de présenter :

- la distribution des variables sur l'ensemble des questionnaires complétés ;
- le détail de ces résultats par classes d'âge (Moins de 7 ans / 7-12 ans / 13-17 ans / 18 ans et plus) ;
- le détail des résultats par types d'accueil (Assistant familial / Foyer de l'enfance / Lieu de vie / MECS / Autre) ;
- le détail des résultats par départements. Il est nécessaire de prendre avec prudence les résultats du Gard du fait de la faiblesse des effectifs. Cette remarque est moins vraie pour la Lozère pour laquelle les effectifs ne sont que légèrement supérieurs, mais représentent les trois quarts des enfants confiés à l'ASE dans ce département.

Dans les commentaires, toutes les différences qui sont commentées sont significatives sur le plan statistique.

Pour un certain nombre de variables, quand les effectifs pour le phénomène analysé sont suffisants, une régression logistique a été réalisée permettant d'analyser l'effet « toutes choses égales par ailleurs » de différents paramètres sur la survenue du phénomène étudié. Quatre variables ont systématiquement été intégrées dans ces régressions logistiques :

- le sexe (féminin ou masculin) ;
- l'âge en 4 classes (0-6 ans, 7-12 ans, 13-17 ans et 18 ans et plus) ;
- le département de placement (en limitant l'analyse aux seuls départements de l'Aude, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales) ;
- le lieu de placement (MECS / LVA, famille d'accueil, foyer de l'enfance).

Les résultats de ces analyses s'interprètent toujours par rapport à la première modalité de la variable étudiée : les garçons par rapport aux filles ; les 7-12 ans ou les 13-17 ans ou les 18 ans et plus par rapport aux 0-6 ans ; les enfants de l'Hérault ou des Pyrénées-Orientales par rapport à ceux de l'Aude ; les enfants placés en famille d'accueil ou en foyer de l'enfance par rapport à ceux placés en MECS /LVA.

Si, par exemple, une différence significative apparaît sur le sexe, cela veut dire que le fait d'être un garçon par rapport au fait d'être une fille entraîne un risque différent de présenter le phénomène étudié, et ceci, quels que soient l'âge de l'enfant, son département ou son lieu de placement. Autre exemple : si, pour l'âge, la classe 13-17 ans apparaît significative, cela veut dire que les enfants de 13-17 ans ont un risque différent des 0-6 ans par rapport au phénomène étudié et ceci, quels que soient leur sexe, leur département ou leur lieu de placement.

Si le phénomène à analyser est une variable continue (comme la durée de placement par exemple), la méthode d'analyse multivariée utilisée est celle de la régression linéaire (modèle linéaire généralisé) en utilisant les mêmes variables explicatives (sexe, âge, lieu de placement et département) à la seule différence que l'âge a été introduit sous forme de variable continue et non sous forme regroupée en quatre classes.



# RÉSULTATS

## Bilan du recueil d'information

Le recueil d'information a porté sur les enfants<sup>1</sup> vus en visite d'admission ou en bilan de santé annuel entre le 27 mai 2014 et le 28 septembre 2015.

Au total, des informations ont été collectées pour 2 367 enfants. Le tableau 1 présente le nombre de questionnaires complétés par département et, en regard, l'effectif d'enfants confiés à l'ASE au 31 décembre 2014 et le taux d'exhaustivité de l'enquête par département.

C'est pour, au total, deux enfants sur cinq confiés à l'ASE qu'un recueil d'information sur leur état de santé a pu être complété. Ce taux est variable selon les départements. Pour des raisons d'organisation interne, le département du Gard s'était engagé à compléter 60 questionnaires : cet engagement a été tenu mais, compte-tenu du nombre d'enfants confiés à l'ASE dans ce département, le taux d'exhaustivité est de 3 %. Le taux avoisine ou dépasse 40 % dans chacun des autres départements. Il concerne :

- deux cinquièmes des enfants dans l'Aude,
- la moitié dans les Pyrénées-Orientales,
- les deux tiers dans l'Hérault,
- et les trois quarts en Lozère.

Tableau 1 : Nombre de questionnaires complétés et taux d'exhaustivité

Département	Nombre de questionnaires complétés	Population ASE au 31 décembre 2014	Taux d'exhaustivité
Aude	338	857	39,4 %
Gard	57	1 869	3,0 %
Hérault	1 458	2 209	66,0 %
Lozère	73	99	73,7 %
Pyrénées-Orientales	441	866	50,9 %
Languedoc-Roussillon	<b>2 367</b>	<b>5 900</b>	<b>40,1 %</b>

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREA-ORS LR

Les deux tiers des mineurs et jeunes majeurs pour lesquels un questionnaire a été complété sont accueillis par un assistant familial. Les accueils en MECS concernent un peu plus d'un jeune sur six et les accueils en foyer de l'enfance un peu plus d'un jeune sur dix. L'accompagnement en lieu de vie et d'accueil concerne une part limitée de la population enquêtée (2,4 %). D'autres modes d'accueil sont relevés pour 3,5 % des jeunes : dans plus de la moitié des cas, il s'agit alors d'accompagnements à domicile (45 sujets) avant les accueils en centre maternel (15), les accompagnements en logement autonome (12), en établissement médicosocial (5) ou en foyer de jeunes travailleurs (2). On constate, par rapport aux données décrivant la population des mineurs et jeunes majeurs de l'ASE fin 2014 une surreprésentation des accueils par un assistant familial (66,1 % observé contre 54,2 % attendu) et une sous-représentation des accueils en MECS (16,3 % observé contre 28,0 % attendu).

<sup>1</sup> Le terme « enfant » ou le terme « jeune » est utilisé dans la suite du rapport pour nommer de façon générique l'ensemble de la population étudiée, comprenant ainsi les plus petits, les adolescents et les jeunes majeurs.

Tableau 2 : Répartition par lieux d'accueil (observé et attendu)

Lieu d'accueil	Questionnaires complétés		Population ASE au 31 décembre 2014	
	n	%	n	%
Assistant familial	1557	66,1	3 200	54,2
Foyer de l'enfance	274	11,6	590	10,0
Lieu de vie	57	2,4	212	3,6
MECS	384	16,3	1 650	28,0
Autre	83	3,5	248	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>2 355</b>	<b>100,0</b>	<b>5 900</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 12 – 0,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La population incluse dans l'enquête peut également être comparée à la population de référence par sa distribution par âge. L'enfant le plus jeune inclus dans l'étude est âgé de 5 jours et le plus âgé était à 10 jours de son 21<sup>e</sup> anniversaire. En moyenne, les jeunes inclus dans l'étude ont 11,1 ans ( $\pm 5,4$ ). Un quart des jeunes est âgé de moins de 7 ans, la moitié a 12 ans ou moins et un quart est âgé de 16 ans ou plus. Les enfants de moins de 6 ans représentent un quart des enfants pour lesquels un questionnaire a été complété. Ils sont surreprésentés par rapport à la population de référence (16,5 % attendu). Un peu plus d'un enfant sur trois a entre 6 et 12 ans. Les adolescents de 13 à 17 ans forment près des deux cinquièmes de la population étudiée. Les jeunes majeurs sont les moins nombreux (5,8 %), et près de deux fois moins nombreux qu'attendus (10,7 %).

Les enfants placés auprès d'assistants familiaux (10,0 ans  $\pm 5,2$ ) ou dans les autres lieux (11,0  $\pm 7,0$ ) sont significativement plus jeunes que ceux placés en foyer de l'enfance (13,1  $\pm 5,8$ ) ou en MECS / LVA (13,6  $\pm 4,1$ ). Il n'y a pas de différence d'âge entre départements ou selon le sexe de l'enfant.

Tableau 3 : Répartition par âge (observé et attendu)

Age	Questionnaires complétés		Population ASE au 31 décembre 2014	
	n	%	n	%
0 – 5 ans	510	21,5	977	16,5
6 – 12 ans	817	34,5	1 987	33,7
13 – 17 ans	903	38,1	2 306	39,1
18 – 20 ans	137	5,8	630	10,7
<b>TOTAL</b>	<b>2 367</b>	<b>100,0</b>	<b>5 900</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Enfin, il faut noter que la population incluse dans l'étude est constituée à 53,8 % de garçons et à 46,2 % de filles. Les garçons sont surreprésentés par rapport à ce qui est observé en population générale sur l'ensemble du Languedoc-Roussillon : 51,2 % de garçons parmi les jeunes de moins de 21 ans.

## Motifs et modalités de prise en charge par l'ASE

### Nature de la prise en charge

Parmi les mineurs et jeunes majeurs inclus dans l'étude, la nature de leur prise en charge est d'ordre judiciaire pour 85 % d'entre eux et administratif pour 15 %.

Ce sont les mesures de type « jugement d'assistance éducative » qui sont les plus nombreuses, concernant plus de la moitié de la population étudiée. Les ordonnances de placement provisoire concernent un jeune sur quatre. L'accueil provisoire est le troisième type de mesure en ordre de fréquence et il concerne un jeune sur dix. Les autres mesures sont moins fréquentes, concernant au plus 5,0 % des jeunes. Il faut souligner que les contrats jeunes majeurs qui, en effectif brut, représentent 5 % de l'ensemble des mesures, après redressement, cette proportion passe à 8,7 %.

L'analyse par âge montre que les mesures administratives sont en fréquence relativement stables chez les mineurs et concernent autour de 11 % des jeunes. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes majeurs car elles concernent 85 % de cette population. Les ordonnances de placement provisoire sont plus fréquentes chez les enfants de 0 à 6 ans, concernant plus du tiers d'entre eux alors que cette proportion est au plus du quart pour les autres classes d'âge. L'autre caractéristique par âge concerne les jugements d'assistance éducative qui représentent une mesure plus fréquente chez les 7-12 ans que chez les enfants plus jeunes ou plus âgés : plus des deux tiers, alors que cette proportion est d'environ un sur deux pour les autres mineurs.

Tableau 4 : Nature de la prise en charge et répartition par âge

Nature de prise en charge	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Accueil provisoire	68	11,2	81	11,6	81	9,2	5	3,6	235	10,1	15,1
Contrat jeune majeur	0	0,0	0	0,0	5	0,6	111	81,0	116	5,0	
Jugement d'assistance éducative	318	52,2	483	68,9	495	56,0	7	5,1	1 303	55,9	84,9
Ordonnance de placement provisoire	206	33,8	111	15,8	242	27,4	10	7,3	569	24,4	
Délégation de l'autorité parentale	6	1,0	15	2,1	34	3,8	2	1,5	57	2,4	
Tutelle	2	0,3	5	0,7	20	2,3	1	0,7	28	1,2	
Pupilles	9	1,5	6	0,9	7	0,8	1	0,7	23	1,0	
<b>TOTAL</b>	609	100,0	701	100,0	884	100,0	137	100,0	2 331	100,0	100,0

Valeurs manquantes : 36 – 1,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les enfants relevant de mesures administratives sont plus fréquemment retrouvés dans les MECS ou les LVA (trois jeunes sur dix), alors que cette proportion est plus faible pour les autres lieux de placement : 16 % pour les assistants familiaux et 6 % dans les foyers de l'enfance. Les jeunes relevant d'ordonnance de placement provisoire constituent les quatre cinquièmes de la population des foyers de l'enfance alors que cette proportion est de 11 % en MECS ou LVA et de 17 % chez les assistants familiaux. Les enfants relevant de jugement d'assistance éducative sont les plus représentés chez les assistants familiaux, en MECS et LVA.

Tableau 5 : Nature de la prise en charge par lieu de placement

Nature de prise en charge	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Accueil provisoire	56	13,0	153	9,9	13	4,9	13	16,3
Contrat jeune majeur	45	10,5	52	3,4	3	1,1	16	20,0
Jugement d'assistance éducative	254	59,1	971	62,6	41	15,6	34	42,5
Ordonnance de placement provisoire	60	14,0	287	18,5	201	76,4	17	21,3
Délégation de l'autorité parentale	4	0,9	52	3,4	0	0,0	0	0,0
Tutelle	9	2,1	18	1,2	1	0,4	0	0,0
Pupilles	2	0,5	17	1,1	4	1,5	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>430</b>	<b>100,0</b>	<b>1 550</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 36 – 1,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La distribution par département met en évidence une moindre fréquence (statistiquement significative) des mesures administratives en Lozère (5,7 %). Cette proportion varie entre 12,2 % (dans les Pyrénées-Orientales) et 17,9 % (dans le Gard) pour les autres départements.

Tableau 6 : Nature de la prise en charge par département

Nature de prise en charge	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Accueil provisoire	39	12,0	10	17,9	148	10,2	3	4,3	35	8,2
Contrat jeune majeur	17	5,2	0	0,0	81	5,6	1	1,4	17	4,0
Jugement d'assistance éducative	201	61,7	36	64,3	822	56,7	62	89,9	182	42,4
Ordonnance de placement provisoire	42	12,9	10	17,9	342	23,6	2	2,9	173	40,3
Délégation de l'autorité parentale	15	4,6	0	0,0	32	2,2	0	0,0	10	2,3
Tutelle	5	1,5	0	0,0	13	0,9	1	1,4	9	2,1
Pupilles	7	2,1	0	0,0	13	0,9	0	0,0	3	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>326</b>	<b>100,0</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>1 451</b>	<b>100,0</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>429</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 36 – 1,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

En limitant l'analyse aux moins de 18 ans, et toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire quels que soient leur âge, leur lieu de placement ou leur département), les garçons sont significativement plus nombreux à bénéficier de mesures administratives que les filles. De même, les enfants placés en famille d'accueil d'une part, ceux placés en foyer de l'enfance d'autre part, sont moins nombreux à bénéficier de mesures administratives. Il n'y a pas d'effet d'âge ou de département.

### Motifs du placement actuel

Dans 68,1 % des cas, un seul motif de placement est noté. Pour un jeune sur quatre, il y en a deux. Au maximum, 5 motifs de placement différents sont notés. Le motif de placement le plus fréquemment rencontré est constitué par les conditions d'éducation défaillantes, retrouvé dans trois cas sur cinq. Les négligences lourdes concernent un quart des enfants, suivies par les violences physiques et les violences psychologiques (autour d'un cas sur dix pour chacun de ces motifs). Les autres motifs de placements présentés dans le tableau 7 concernent chacun moins d'un jeune sur dix.

La fréquence du motif « conditions d'éducation défaillante » décroît avec l'âge. Un constat similaire peut être fait pour le motif « violences intrafamiliales ». Le motif « négligences lourdes » est moins fréquent après 17 ans. Les violences sexuelles et les violences physiques sont plus souvent

retrouvées parmi les enfants de 7 à 17 ans. Les violences psychologiques sont moins souvent retrouvées avant 7 ans. Les dangers résultant du comportement de l'enfant concernent plutôt la classe d'âge 13-17 ans. Enfin, les mineurs étrangers sont le plus souvent âgés de plus de 12 ans.

Tableau 7 : Motif du placement actuel et répartition par âge

Motif du placement actuel	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Education défailante	410	67,9	446	65,2	462	52,7	56	43,8	1 374	59,9
Négligences lourdes	150	24,8	207	30,3	182	20,8	21	16,4	562	24,5
Violences physiques	44	7,3	93	13,6	101	11,5	9	7,0	247	10,8
Violences psychologiques	41	6,8	78	11,4	93	10,6	14	10,9	226	9,9
Danger résultant de l'enfant	7	1,2	39	5,7	97	11,1	9	7,0	152	6,6
Mineurs étrangers	0	0,0	2	0,3	131	15,0	17	13,3	150	6,5
Violences intra familiales	54	8,9	29	4,2	43	4,9	4	3,1	130	5,7
Absence des parents	37	6,1	34	5,0	31	3,5	6	4,7	108	4,7
Troubles mentaux des parents	26	4,3	28	4,1	27	3,1	2	1,6	83	3,6
Violences sexuelles	9	1,5	25	3,7	27	3,1	1	0,8	62	2,7
Autres	5	0,8	5	0,7	14	1,6	16	12,5	40	1,7

Valeurs manquantes : 75 – 3,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les motifs « conditions d'éducation défailante » et « négligences lourdes » apparaissent moins souvent représentés parmi les enfants accueillis dans les foyers de l'enfance. Ceci est également retrouvé pour les mineurs isolés. Les enfants confiés à l'ASE du fait de dangers liés à leur comportement sont en proportion plus importante dans les MECS ou LVA.

Tableau 8 : Motif du placement actuel par lieu de placement

Motif du placement actuel	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Education défailante	239	56,2	1001	66,1	82	31,1	51	61,4
Négligences lourdes	92	21,6	438	28,9	8	3,0	19	22,9
Violences physiques	55	12,9	165	10,9	21	8,0	6	7,2
Violences psychologiques	35	8,2	169	11,2	16	6,1	6	7,2
Danger résultant de l'enfant	56	13,2	64	4,2	23	8,7	9	10,8
Mineurs étrangers	35	8,2	8	0,5	105	39,8	1	1,2
Violences intra familiales	25	5,9	77	5,1	21	8,0	7	8,4
Absence des parents	19	4,5	80	5,3	8	3,0	0	0,0
Troubles mentaux des parents	12	2,8	69	4,6	1	0,4	1	1,2
Violences sexuelles	9	2,1	49	3,2	3	1,1	1	1,2
Autres	7	1,6	17	1,1	8	3,0	8	9,6

Valeurs manquantes : 81 – 3,4 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Au niveau départemental, on relève que les conditions d'éducation défailtantes et les dangers en lien avec le comportement de l'enfant sont des motifs de placement plus fréquents parmi les enfants confiés à l'ASE en Lozère. Les violences psychologiques et les violences sexuelles sont des motifs plus fréquemment retrouvés parmi les enfants confiés à l'ASE dans l'Aude. La proportion de mineurs étrangers est plus forte dans les Pyrénées-Orientales alors que le motif « troubles mentaux des parents » est moins fréquent dans ce même département.

Tableau 9 : Motif du placement actuel par département

Motif du placement actuel	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Education défailante	175	56,1	34	63,0	877	60,4	54	74,0	234	58,2
Négligences lourdes	81	26,0	14	25,9	362	24,9	12	16,4	91	22,6
Violences physiques	31	9,9	7	13,0	157	10,8	5	6,8	47	11,7
Violences psychologiques	49	15,7	4	7,4	131	9,0	2	2,7	40	10,0
Danger résultant de l'enfant	6	1,9	5	9,3	106	7,3	9	12,3	26	6,5
Mineurs étrangers	13	4,2	0	0,0	80	5,5	7	9,6	50	12,4
Violences intra familiales	22	7,1	2	3,7	81	5,6	3	4,1	22	5,5
Absence des parents	21	6,7	4	7,4	59	4,1	3	4,1	21	5,2
Troubles mentaux des parents	12	3,8	2	3,7	55	3,8	11	15,1	3	0,7
Violences sexuelles	18	5,8	2	3,7	27	1,9	2	2,7	13	3,2
Autres	8	2,6	0	0,0	26	1,8	1	1,4	5	1,2

Valeurs manquantes : 75 – 3,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Si on s'intéresse aux deux motifs les plus fréquents, à savoir « *éducation défailante* » et « *négligences lourdes* », l'analyse multivariée par régression logistique permet de constater que, toutes choses égales par ailleurs :

- les enfants de 13-17 ans d'une part, les jeunes majeurs d'autre part sont significativement moins nombreux à être placés du fait d'une éducation défailante que les enfants de 0-6 ans ; les garçons sont moins nombreux que les filles à être placés du fait de conditions d'éducation défailtantes ; ceux placés en foyer de l'enfance présentent également moins souvent ce motif ; les enfants des Pyrénées-Orientales (à âge, sexe et lieu de placement identiques) sont plus nombreux que ceux de l'Aude à être placés pour « *éducation défailtante* » ;
- concernant le motif « *négligences lourdes* », toutes choses égales par ailleurs, on ne relève pas de différences significatives selon le sexe ou le département. Par contre, les enfants de 7-12 ans sont plus nombreux à être placés du fait de négligences lourdes et les enfants placés en foyer de l'enfance sont significativement moins nombreux à être placés du fait de négligences lourdes.

### **Durée du placement actuel et antécédents de placement**

Lors de l'examen médical, le placement actuel des enfants dure en moyenne depuis 36,4 mois. Cependant, cette durée est extrêmement variable comme l'indique la valeur de l'écart-type – 46,8 – supérieure à la moyenne. Dans un quart des cas, la durée de ce placement est inférieure à 4 mois, dans la moitié des cas, elle est inférieure à 15 mois et dans un quart des cas supérieure à 53 mois (près de 4 ans et demi). La durée de placement la plus longue relevée est de 243 mois, soit un peu plus de 20 ans.

Tableau 10 : Répartition par durée du placement actuel

Durée du placement actuel	Effectif	%
0 à 6 mois	748	32,4
7 à 12 mois	313	13,6
13 à 24 mois	336	14,6
25 mois ou plus	909	39,4
<b>TOTAL</b>	<b>2 306</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 61 – 2,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

De façon logique, la durée de placement augmente avec l'âge. Elle est de 16,9 mois ( $\pm$  19,8) chez les plus petits, de 40,0 mois ( $\pm$  40,3) chez les 7-12 ans, de 44,3 mois ( $\pm$  56,1) chez les 13-17 ans et atteint 52,0 mois ( $\pm$  6,7) chez les jeunes majeurs. C'est pour les enfants accueillis dans les foyers de l'enfance que la durée actuelle du placement est la plus courte (7,7 mois  $\pm$  17,4) et pour ceux placés auprès

d'assistants familiaux qu'elle est la plus longue (45,3 mois  $\pm$  51,1). Les durées de placement les plus longues sont relevées dans l'Aude (44,5 mois  $\pm$  51,8) et dans l'Hérault (39,4  $\pm$  49,0). En Lozère et dans les Pyrénées-Orientales, les durées moyennes de placement sont proches, autour de 25 mois avec un écart-type toujours supérieur à la moyenne (entre 27 et 35 mois).

L'analyse multivariée par régression linéaire montre que la durée de placement, toutes choses égales par ailleurs, augmente avec l'âge, qu'elle est plus longue pour les enfants placés auprès d'assistants familiaux et moins longue en foyer de l'enfance et qu'elle est moins longue dans les Pyrénées-Orientales.

Un tiers des enfants avait déjà été placé avant le placement actuel (33,3 %). Pour ces enfants, le nombre de placements antérieurs est en moyenne de 1,6 ( $\pm$  1,6).

La fréquence des antécédents de placement augmente avec l'âge, passant de 24,8 % chez les moins de 7 ans à 49,2 % chez les majeurs. Entre ces deux classes d'âge, 35 % des enfants présentent des antécédents de placement. Le nombre moyen de placements antérieurs ne varie pas avec l'âge.

C'est parmi les enfants accueillis en MECS / LVA ou chez des assistants familiaux que la proportion d'enfants ayant des antécédents de placement est la plus élevée, respectivement 35,7 % et 34,8 %. Cette proportion est de 21,9 % parmi les enfants accueillis dans les foyers de l'enfance. Parmi ceux ayant déjà été placés, on relève que le nombre moyen de placements antérieurs est plus élevé parmi ceux accueillis dans les foyers de l'enfance (2,4  $\pm$  3,8). Ce nombre est voisin de 1,6 pour les autres lieux d'accueil (avec des écarts-type allant de 1,1 à 1,3).

Dans les Pyrénées-Orientales, les antécédents de placement concernent près d'un enfant sur deux (49,2 %). Cette proportion est de 46,5 % en Lozère et de 44,9 % dans l'Aude. Elle est beaucoup plus faible dans l'Hérault : 26,4 %. La valeur enregistrée pour le Gard est de 22,9 % mais sur un nombre limité de dossiers. Le nombre de placements antérieurs apparaît un peu plus élevé dans les Pyrénées-Orientales (1,9  $\pm$  2,4) et dans l'Aude (1,7  $\pm$  1,1) que dans l'Hérault (1,4  $\pm$  1,2).

L'analyse multivariée montre que, toutes choses égales par ailleurs, les antécédents de placements sont d'autant plus fréquents que l'enfant est âgé (significatif pour toutes les classes d'âge), qu'ils sont moins fréquents pour les enfants placés en foyer de l'enfance, qu'ils sont moins fréquents dans l'Hérault et plus fréquents dans les Pyrénées-Orientales.

### ***Projet pour l'enfant***

L'existence d'un projet pour l'enfant est mentionnée dans un quart des cas (25,1 %). Cette fréquence ne varie pas avec l'âge.

C'est pour les enfants placés dans les foyers de l'enfance que ces projets sont le plus fréquemment retrouvés (34,3 %), suivi par les MECS et LVA (29,6 %) et les assistants familiaux (21,8 %).

Si la fréquence des projets pour l'enfant est assez proche dans les Pyrénées-Orientales (36,1 %) et dans l'Aude (33,1 %), elle est par contre nettement plus faible dans l'Hérault (19,4 %).

Enfin, la durée de placement ne varie pas significativement entre les enfants pour lesquels l'existence d'un projet est mentionnée et ceux pour qui ce n'est pas le cas.

De l'analyse multivariée, il ressort que le projet est significativement moins fréquent, toutes choses égales par ailleurs, pour les enfants de 13-17 ans, qu'il est moins fréquent quand l'enfant est placé en famille d'accueil et qu'il n'y a pas de différence de fréquence de ce projet entre foyer de l'enfance et MECS / LVA et enfin, qu'il est moins fréquent dans l'Hérault. Il n'y a pas de différence selon le sexe de l'enfant.

## **Droits à la CMU**

Des droits à la CMU / CMUc sont déclarés comme ouverts dans les questionnaires complétés pour 90,6 % des enfants et adolescents. Cette proportion est significativement plus élevée chez les enfants relevant de mesures judiciaires que pour ceux relevant de mesures administratives : respectivement 94,1 % et 71,7 % des jeunes.

Si on centre l'analyse sur ceux qui devraient pouvoir bénéficier de la CMU, à savoir les mineurs sous mesure judiciaire et les jeunes majeurs, on observe que 93,9 % ont effectivement des droits ouverts à la CMU. Cette proportion ne varie pas significativement selon l'âge de l'enfant. Par contre, elle varie selon le lieu de placement : plus élevée dans les MECS / LVA (96,7 %) et pour les enfants placés auprès d'assistants familiaux (95,1 %) et plus faible dans les foyers de l'enfance (83,5 %) et les lieux de placements « autres » (89,4 %). C'est dans le département de l'Aude que la proportion de jeunes ayant des droits ouverts à la CMU est la plus élevée (97,8 %) et dans les Pyrénées-Orientales qu'elle est la plus faible (91,8 %). Dans l'Hérault, cette proportion est de 93,9 %.

L'analyse multivariée confirme ces résultats : toutes choses égales par ailleurs, les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux à avoir des droits ouverts à la CMU, ainsi que ceux de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales.

## **Lien avec les parents**

### ***Droit de visite des parents***

L'information sur les droits de visite et leur exercice n'est pas disponible dans près d'un quart des cas pour ce qui concerne le père et dans 13 % des cas pour ce qui concerne la mère.

Pour les enfants pour qui l'information est disponible, dans 36 % des cas, le père ne dispose pas de droit de visite. Il faut également noter que le père est décédé dans 6 % des cas. Quand le droit de visite existe, il est plus souvent non médiatisé (33,1 % des enfants) que médiatisé (24,9 %). Le droit de visite est exercé dans 86,6 % des cas quand il est non médiatisé et dans 71,4 % des cas quand il est médiatisé. Au total, un peu moins de la moitié des enfants (46,4 %) ont des visites de leur père, médiatisées ou non médiatisées.

On relève que l'absence de droit de visite du père augmente avec l'âge. Les droits de visite médiatisés voient leur fréquence diminuer avec l'âge mais leur exercice est assez stable quel que soit l'âge. Au total, la proportion d'enfants ayant la visite de leur père diminue avec l'âge, allant de 58,0 % chez les moins de 7 ans à 38,2 % chez les 13-17 ans et 29,4 % chez les jeunes majeurs.

La proportion de mères n'ayant pas de droit de visite est de 15,4 % et dans 4,9 % des cas, la mère est décédée. Pour près d'un enfant sur deux (47,1 %), le droit de visite n'est pas médiatisé et pour un tiers des enfants (32,6 %), le droit de visite de leur mère ne peut s'exercer que de manière médiatisée. Le droit de visite de la mère est exercé dans 91,5 % quand les visites sont non médiatisées et dans 79,7 % des cas quand celles-ci le sont. Au total, plus des deux tiers des enfants (68,7 %) ont des visites de leur mère.

Comme pour les pères, l'absence de droit de visite de la mère augmente avec l'âge. Chez les enfants les plus jeunes, les droits de visite de la mère sont plus souvent médiatisés que non médiatisés : ces proportions sont respectivement de 49,8 % et 40,9 % chez les 0-6 ans et de 21,7 % et 50,0 % chez les 13-17 ans. La proportion de droits de visite exercée quand celle-ci doit être médiatisée diminue avec l'âge. Au total, la proportion d'enfants qui ont des visites de leur mère diminue avec l'âge, passant de 79,9 % chez les moins de 7 ans à 59,4 % chez les 13-17 ans et 24,0 % chez les jeunes majeurs.

Tableau 11 : Droit de visite et répartition par âge

Droit de visite	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Droit de visite du père</b>										
Non médiatisé – exercé	137	27,8	187	31,4	188	27,4	12	23,5	524	28,7
Non médiatisé – non exercé	13	2,6	16	2,7	48	7,0	4	7,8	81	4,4
Médiatisé – exercé	149	30,2	97	16,3	74	10,8	3	5,9	323	17,7
Médiatisé – non exercé	49	9,9	42	7,0	39	5,7	2	3,9	132	7,2
Pas de droit de visite	135	27,4	215	36,1	284	41,4	22	43,1	656	35,9
Décédé	10	2,0	39	6,5	53	7,7	8	15,7	110	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>493</b>	<b>100,0</b>	<b>596</b>	<b>100,0</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>1 826</b>	<b>100,0</b>
<b>Droit de visite de la mère</b>										
Non médiatisé – exercé	214	38,1	310	46,2	335	43,7	18	31,6	877	42,7
Non médiatisé – non exercé	16	2,8	23	3,4	48	6,3	5	8,8	92	4,5
Médiatisé – exercé	235	41,8	173	25,8	120	15,7	6	10,5	534	26,0
Médiatisé – non exercé	45	8,0	43	6,4	46	6,0	2	3,5	136	6,6
Pas de droit de visite	47	8,4	88	13,1	161	21,0	21	36,8	317	15,4
Décédée	5	0,9	34	5,1	56	7,3	5	8,8	100	4,9
<b>TOTAL</b>	<b>562</b>	<b>100,0</b>	<b>671</b>	<b>100,0</b>	<b>766</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>2 056</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : Père 541 – 22,9 % ; Mère 311 – 13,1 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

C'est dans les foyers de l'enfance que la proportion d'enfants pour lesquels le père n'a pas le droit de visite est la plus importante. Le même constat est fait pour le droit de visite de la mère. Les droits de visite sans médiation sont plus fréquents dans les MECS et LVA, aussi bien pour le père que pour la mère et c'est auprès des assistants familiaux que les droits de visite doivent le plus souvent être médiatisés.

Tableau 12 : Droit de visite par lieu de placement

Droit de visite	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Droit de visite du père</b>								
Non médiatisé – exercé	118	33,3	348	27,8	35	21,7	21	39,6
Non médiatisé – non exercé	23	6,5	38	3,0	16	9,9	3	5,7
Médiatisé – exercé	39	11,0	257	20,5	18	11,2	9	17,0
Médiatisé – non exercé	24	6,8	99	7,9	7	4,3	2	3,8
Pas de droit de visite	128	36,2	432	34,5	77	47,8	17	32,1
Décédé	22	6,2	79	6,3	8	5,0	1	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>354</b>	<b>100,0</b>	<b>1253</b>	<b>100,0</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>
<b>Droit de visite de la mère</b>								
Non médiatisé – exercé	223	58,1	576	39,9	49	27,7	25	53,2
Non médiatisé – non exercé	19	4,9	51	3,5	16	9,0	5	10,6
Médiatisé – exercé	53	13,8	442	30,7	33	18,6	5	10,6
Médiatisé – non exercé	21	5,5	103	7,1	8	4,5	4	8,5
Pas de droit de visite	51	13,3	195	13,5	64	36,2	7	14,9
Décédée	17	4,4	75	5,2	7	4,0	1	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>	<b>1442</b>	<b>100,0</b>	<b>177</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : Père 546 – 23,1 % ; Mère 317 – 17,4 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Au niveau des départements, on relève que dans l'Aude, quand droit de visite il y a, celui-ci doit plus souvent être médiatisé que non médiatisé, aussi bien pour le père que pour la mère. L'inverse est noté dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

Tableau 13 : Droit de visite par département

Droit de visite	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Droit de visite du père</b>										
Non médiatisé – exercé	52	21,3	11	27,5	357	29,8	25	47,2	79	27,2
Non médiatisé – non exercé	4	1,6	2	5,0	51	4,3	2	3,8	22	7,6
Médiatisé – exercé	72	29,5	12	30,0	188	15,7	7	13,2	44	15,2
Médiatisé – non exercé	12	4,9	1	2,5	89	7,4	9	17,0	21	7,2
Pas de droit de visite	87	35,7	14	35,0	439	36,6	8	15,1	108	37,2
Décédé	17	7,0	0	0,0	75	6,3	2	3,8	16	5,5
<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>1199</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>290</b>	<b>100,0</b>
<b>Droit de visite de la mère</b>										
Non médiatisé – exercé	97	34,0	17	37,8	596	45,5	38	57,6	129	36,9
Non médiatisé – non exercé	11	3,9	2	4,4	62	4,7	4	6,1	13	3,7
Médiatisé – exercé	108	37,9	15	33,3	302	23,1	11	16,7	98	28,0
Médiatisé – non exercé	6	2,1	4	8,9	86	6,6	8	12,1	32	9,1
Pas de droit de visite	52	18,2	6	13,3	192	14,7	3	4,5	64	18,3
Décédée	11	3,9	1	2,2	72	5,5	2	3,0	14	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>1310</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : Père 541 – 22,9 % ; Mère 311 – 13,1 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREA-ORS LR

Si on centre l'analyse sur les enfants qui voient leur père (que ce soit dans un cadre médiatisé ou non), on relève que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 7-12 ans, ceux de 13-17 ans et ceux de 18 ans et plus sont significativement moins nombreux à voir leur père et que les enfants placés en foyer de l'enfance voient également moins souvent leur père. Il n'y a pas de différence, toutes choses égales par ailleurs, selon le sexe de l'enfant ou son département.

Si, comme pour la visite des pères, on centre l'analyse pour caractériser les enfants qui voient leur mère (que ce soit dans un cadre médiatisé ou non), on relève également que les enfants de 7-12 ans, ceux de 13-17 ans et ceux de 18 ans et plus sont significativement moins nombreux à voir leur mère, toutes choses égales par ailleurs, et que les enfants placés en foyer de l'enfance d'une part, ceux placés en famille d'accueil, d'autre part voient également moins souvent leur mère que les enfants placés en MECS / LVA. Il n'y a pas de différence, toutes choses égales par ailleurs, selon le sexe de l'enfant ou son département.

## Socialisation, scolarisation et activités extrascolaires

### Socialisation avant 4 ans

323 enfants sont âgés de moins de 4 ans lors de leur inclusion dans l'étude. Des informations sur leur socialisation sont disponibles dans 86,7 % des cas.

Dans près de la moitié des cas, les enfants ne bénéficient pas d'une socialisation. Cette proportion diminue avec l'âge : elle est de 88,9 % chez les enfants de moins de un an, de 72,2 % à 1 an, de 41,9 % à 2 ans et de 10,1 % à 3 ans. Près de trois enfants sur dix sont accueillis en école maternelle. Il s'agit alors principalement d'enfants de trois ans (84,0 %). À deux ans, 17,6 % des enfants sont accueillis en maternelle et à trois ans, ils sont 76,4 % dans ce cas. L'accueil en crèche concerne 18,2 % des enfants. Dans près de quatre fois sur cinq, ils ont entre 1 et 2 ans. L'accueil en crèche concerne 22,2 % des enfants de 1 an et 32,4 % de ceux de 2 ans. Avant un an, seuls 4,4 % des enfants sont accueillis en crèche. La halte-garderie est le mode de socialisation le moins souvent retrouvé : il concerne 5,7 % des enfants. Cette proportion atteint 8,1 % chez les enfants de 2 ans et elle varie aux autres âges entre 3,4 % (à 3 ans) et 6,7 % (avant 1 an).

Tableau 14 : Socialisation des enfants de moins de 4 ans

Socialisation	Effectif	%
Crèche	51	18,2
Halte-garderie	16	5,7
Ecole maternelle	81	28,9
Aucune	132	47,1
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 43 –13,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La grande majorité des enfants de moins de quatre ans (81 %) étant accompagnés par des assistants familiaux, l'analyse de la socialisation par lieu de placement sans prise en compte des autres variables n'apporte pas d'information complémentaire pertinente.

Au niveau départemental, on relève que l'absence de socialisation est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales (56,0 %) que dans l'Hérault (43,8 %) et dans l'Aude (37,8 %). C'est dans l'Hérault que la proportion d'enfants de moins de 4 ans accueillis en maternelle est la plus forte 34,0 %. Elle est de 21,6 % dans l'Aude et de 22,0 % dans les Pyrénées-Orientales.

Après ajustement en analyse multivariée, il ressort que les garçons sont moins nombreux à être socialisés, qu'il n'y a pas de différence, toutes choses égales par ailleurs entre ceux placés en famille d'accueil et ceux placés dans un autre dispositif et que les différences entre départements ne sont plus significatives.

### **Scolarisation**

La scolarisation des enfants est étudiée à partir de 4 ans. Parmi les 2 044 enfants de cet âge inclus dans l'étude, une information sur leur scolarisation est connue pour 90,9 % d'entre eux. Ainsi :

- 11,9 % sont scolarisés en maternelle ;
- 26,4 % sont en école primaire auxquels s'ajoutent 2,7 % d'élèves en ULIS 1<sup>er</sup> degré ;
- 26,9 % sont au collège, 2,9 % en SEGPA et 1,3 % en ULIS 2<sup>nd</sup> degré ;
- 11,2 % sont au lycée. Parmi les élèves en terminale, trois sur cinq sont en filière technique ou professionnelle et deux sur cinq en filière générale ;
- 7,4 % sont en apprentissage ;
- 0,7 % poursuivent des études supérieures ;
- 8,6 % n'ont aucune formation en cours. Cette proportion est de 5,4 % chez les enfants en âge d'obligation scolaire (6 à 16 ans révolus).

Entre 4 et 5 ans, 99,5 % des enfants sont scolarisés. Entre 6 et 16 ans, cette proportion est de 94,6 %. Après 16 ans, elle est de 72,2 %.

La proportion d'enfants de 4 ans ou plus non scolarisés la plus faible est observée pour ceux placés auprès d'assistants familiaux : 3,5 %. C'est dans les foyers de l'enfance qu'elle est la plus élevée (34,8 %). Dans les MECS / LVA, le taux d'enfants de 4 ans et plus ne suivant pas de formation est de 10,2 %.

Le taux d'enfants non scolarisés atteint 10,7 % dans les Pyrénées-Orientales et 9,2 % dans l'Hérault, alors qu'elle est de 4,4 % dans l'Aude.

Dans les informations collectées, il est signalé pour les mineurs de 16 ans ou moins une déscolarisation dans 6,9 % des cas. La durée de l'absence de scolarisation est précisée dans trois cas sur cinq. Elle est de 1 à 3 mois dans 29,8 % des cas et de 4 à 6 mois dans 14,9 % des cas. Une absence de scolarisation de plus de 12 mois est observée dans 27,7 % des cas. Elle peut atteindre 46 mois (près de 4 ans).

L'analyse multivariée montre que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 12-17 ans et ceux de 18 ans ou plus, les garçons, les enfants placés en foyer de l'enfance et ceux dans l'Hérault sont significativement moins nombreux à être scolarisés ou en formation.

### Activités extrascolaires

Pour la moitié des mineurs et jeunes majeurs, aucune activité extrascolaire n'est mentionnée. Pour 41,8 % d'entre eux, la pratique d'un sport est relevée. Ce sport est la seule activité extrascolaire pour 35,3 % de la population. Une autre activité extrascolaire est relevée dans 15,2 % des cas : pour 6,5 % des jeunes, cette activité est associée à la pratique d'un sport et dans 8,7 % des cas, seules des activités extrascolaires non sportives sont notées.

La pratique d'une activité sportive est minimale avant 7 ans, est maximale entre 7 et 12 ans puis sa fréquence diminue avec l'âge. Pour les autres activités (combinées ou non avec une activité sportive), des variations avec l'âge sont notées : fréquence minimale avant 7 ans, fréquence moyenne et stable entre 7 et 17 ans, fréquence plus élevée chez les majeurs. L'absence totale d'activité extrascolaire est maximale chez les plus petits, minimale entre 7 et 12 ans et augmente progressivement après cet âge.

Tableau 15 : Activités extrascolaires et répartition par âge

Activité extrascolaire	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sport seul</b>	61	15,6	288	44,7	302	38,9	30	26,3	<b>681</b>	<b>35,3</b>
<b>Autre activité seule</b>	24	6,1	64	9,9	67	8,6	13	11,4	<b>168</b>	<b>8,7</b>
<b>Sport et autre activité</b>	11	2,8	45	7,0	58	7,5	11	9,6	<b>125</b>	<b>6,5</b>
<b>Aucune activité extrascolaire</b>	296	75,5	247	38,4	350	45,0	60	52,6	<b>953</b>	<b>49,5</b>
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>100,0</b>	<b>644</b>	<b>100,0</b>	<b>777</b>	<b>100,0</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	<b>1927</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 440 –18,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'absence d'activité extrascolaire est plus fréquente pour les enfants placés dans les foyers de l'enfance. Les activités non sportives sont plus fréquemment pratiquées dans les MECS et LVA. C'est dans les foyers de l'enfance qu'elles sont le moins souvent retrouvées. Seuls 14,7 % des enfants placés chez des assistants familiaux ont des activités extrascolaires non sportives. La fréquence de la pratique d'une activité sportive (seule ou combinée à une autre activité) ne varie pas en fonction des lieux de placement.

Tableau 16 : Activités extrascolaires par lieu de placement

Activité extrascolaire	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sport seul</b>	132	33,8	466	36,4	63	33,9	16	25,8
<b>Autre activité seule</b>	56	14,4	100	7,8	7	3,8	5	8,1
<b>Sport et autre activité</b>	30	7,7	88	6,9	4	2,2	3	4,8
<b>Aucune activité extrascolaire</b>	172	44,1	627	48,9	112	60,2	38	61,3
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100,0</b>	<b>1 281</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 448 –18,9 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

C'est dans l'Aude que l'absence d'activité extrascolaire est la plus fréquente. Les niveaux observés dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales étant sensiblement identiques, autour de 48 %. La pratique d'activités sportives ne variant pas significativement entre les départements, c'est au niveau de la pratique d'autres activités que les différences sont observées : 9,5 % dans l'Aude, 13,1 % dans les Pyrénées-Orientales et 17,3 % dans l'Hérault.

Tableau 17 : Activités extrascolaires et répartition par département

Activité extrascolaire	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sport seul</b>	103	33,8	8	22,9	445	35,2	19	47,5	106	37,6
<b>Autre activité seule</b>	14	4,6	1	2,9	124	9,8	2	5,0	27	9,6
<b>Sport et autre activité</b>	15	4,9	3	8,6	95	7,5	2	5,0	10	3,5
<b>Aucune activité extrascolaire</b>	173	56,7	23	65,7	601	47,5	17	42,5	139	49,3
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>1 265</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>282</b>	<b>100,0</b>

Valeurs manquantes : 440 –18,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La pratique d'une activité extrascolaire (sportive ou autre) est, toutes choses égales par ailleurs, significativement plus fréquente pour les 7-12 ans, les 13-17 ans et les 18 ans et plus, pour les garçons, dans l'Hérault et dans les Pyrénées-Orientales. Les enfants placés en foyer de l'enfance sont significativement moins nombreux à pratiquer une activité extrascolaire, quels que soient leur sexe, leur âge ou leur département.

## Contexte du recueil d'information

### Accompagnants

Dans 6,6 % des cas, l'enfant ou le jeune n'était pas accompagné lors de la consultation médicale. Si cela concerne deux jeunes majeurs sur cinq, cette situation est également retrouvée à des âges plus précoces et certains enfants de moins de 7 ans n'étaient pas accompagnés. Ce sont les assistants familiaux qui sont le plus souvent présents, deux fois sur trois. Cela concerne essentiellement les enfants les plus jeunes, car cette proportion dépasse quatre enfants sur cinq entre 0 et 6 ans.

La présence des parents est moins fréquente : dans un peu plus d'une consultation sur quatre, la mère est présente, alors que cette proportion est d'une fois sur dix pour le père. Un effet âge très net est noté : la fréquence de la présence de l'un ou l'autre des parents décroît de façon sensible avec l'âge. Notons que, quand le père a été convié à la consultation, il est effectivement présent dans 36,3 % des cas, alors que quand la mère est conviée, sa présence est effective dans 58,6 % des cas.

Il faut également relever la présence d'un éducateur dans 18 % des cas et celle d'un professionnel de santé une fois sur dix. Pour les éducateurs, on relève que leur présence est d'autant plus fréquente que l'enfant est âgé. La présence d'un professionnel de santé est deux fois moins fréquente quand l'enfant a entre 7 et 12 ans qu'aux autres âges.

Tableau 18 : Accompagnants lors de la consultation médicale et répartition par âge

Accompagnants lors de la consultation médicale	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Père présent</b> (manquant 904 -38,2 %)	76	17,6	37	8,9	23	4,3	0	0,0	136	9,5
<b>Mère présente</b> (manquant 781 -33,0 %)	204	41,2	126	27,5	101	18,3	3	4,6	434	27,8
<b>Educateur</b> (manquant 397 -16,8 %)	47	9,0	95	15,7	186	25,5	24	21,8	352	17,9
<b>Assistant familial</b> (manquant 397 -16,8 %)	430	82,1	482	79,5	397	54,4	29	26,4	1 338	67,9
<b>Professionnel de santé</b> (manquant 398 -16,8 %)	55	10,5	30	5,0	93	12,7	12	10,9	190	9,6
<b>Autre membre de la famille</b> (manquant 398 -16,8 %)	6	1,1	6	1,0	9	1,2	2	1,8	23	1,2
<b>Autre personne</b> (manquant 398 -16,8 %)	10	1,9	3	0,5	23	3,2	6	5,5	42	2,1
<b>Aucun accompagnant</b> (manquant 113 -4,8 %)	9	1,5	16	2,3	75	9,0	49	41,9	149	6,6

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Quand l'enfant est accueilli en MECS ou LVA, c'est le plus souvent un éducateur qui est présent avant les parents. Pour les jeunes accueillis par des assistants familiaux, celui-ci est présent dans la très grande majorité des cas. Si l'accompagnement se fait en foyer de l'enfance, c'est un professionnel de

santé qui est le plus souvent présent. La présence du père est moins fréquente quand le jeune est accueilli en foyer de l'enfance ou en MECS / LVA ; pour la mère, sa présence est moins fréquente quand l'enfant est accueilli en foyer de l'enfance. L'absence d'accompagnement est une modalité plus fréquente en MECS / LVA et en foyer de l'enfance.

Tableau 19 : Accompagnants lors de la consultation médicale par lieu de placement

Accompagnants lors de la consultation médicale	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Père présent</b> (manquant 906 -38,3 %)	15	5,1	100	10,3	8	5,5	12	21,8
<b>Mère présente</b> (manquant 785 -33,2 %)	72	22,7	295	28,3	29	18,5	34	51,5
<b>Educateur</b> (manquant 406 -17,2 %)	231	69,6	30	2,2	74	34,9	16	34,0
<b>Assistant familial</b> (manquant 406 -17,2 %)	27	8,2	1 296	94,5	7	3,3	3	6,4
<b>Professionnel de santé</b> (manquant 407 -17,2 %)	32	9,7	22	1,6	123	58,0	10	21,3
<b>Autre membre de la famille</b> (manquant 407 -17,2 %)	3	0,9	10	0,7	5	2,4	5	10,6
<b>Autre personne</b> (manquant 407 -17,2 %)	11	3,3	16	1,2	12	5,7	3	6,4
<b>Aucun accompagnant</b> (manquant 123 -5,2 %)	49	12,1	58	3,8	23	9,5	19	24,7

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Au niveau départemental, on observe également des différences de fréquence de la présence d'un accompagnant. Le père, comme la mère sont plus présents lors des consultations dans l'Aude. La présence du père est particulièrement limitée dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales. La présence des assistants familiaux est moindre dans les Pyrénées-Orientales que dans l'Aude, l'Hérault ayant une position intermédiaire. Les professionnels de santé sont plus particulièrement présents dans les Pyrénées-Orientales que dans l'Aude et l'Hérault alors que l'inverse est noté pour la présence des éducateurs lors des consultations. L'absence de tout accompagnant est retrouvée plus fréquemment dans l'Hérault et est beaucoup plus rare dans les Pyrénées-Orientales, l'Aude ayant une position intermédiaire.

Tableau 20 : Accompagnants lors de la consultation médicale et répartition par département

Accompagnants lors de la consultation médicale	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Père présent</b> (manquant 904 -38,2 %)	37	24,2	11	26,8	83	7,3	0	0,0	5	4,5
<b>Mère présente</b> (manquant 781 -37,4 %)	77	38,5	30	62,5	298	25,0	2	7,7	27	22,3
<b>Educateur</b> (manquant 397 -16,8 %)	52	19,1	5	16,1	256	21,0	9	17,6	30	7,6
<b>Assistant familial</b> (manquant 397 -16,8 %)	210	77,2	22	71,0	831	68,1	26	51,0	249	62,9
<b>Professionnel de santé</b> (manquant 398 -16,8 %)	7	2,6	2	6,5	62	5,1	7	13,7	112	28,3
<b>Autre membre de la famille</b> (manquant 398 -16,8 %)	0	0,0	1	3,2	18	1,5	2	3,9	2	0,5
<b>Autre personne</b> (manquant 398 -16,8 %)	0	0,0	1	3,2	29	2,4	6	11,8	6	1,5
<b>Aucun accompagnant</b> (manquant 113 -4,8 %)	14	4,4	2	3,7	124	8,8	5	9,1	4	1,0

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Quand on fait porter l'analyse multivariée sur les enfants n'ayant pas été accompagnés pour cet examen médical, on constate que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants les plus âgés (13-17 ans et 18 ans et plus) sont plus nombreux à ne pas être accompagnés, les enfants placés en foyer de l'enfance sont plus nombreux à ne pas être accompagnés et ceux placés auprès d'assistants familiaux sont moins nombreux dans ce cas. Enfin, les enfants des Pyrénées-Orientales sont moins nombreux à ne pas être accompagnés.

### Motif de l'examen médical

Dans près des deux tiers des cas (65,5 %), l'examen médical s'est inscrit dans le cadre du suivi médical régulier de l'enfant ou du jeune. Dans 30,3 % des cas, il s'agissait d'un bilan d'admission et dans 4,3 % des cas, cet examen s'est inscrit dans le cadre d'une consultation médicale ponctuelle.

Si le motif « *suivi régulier* » est retrouvé avec une fréquence relativement stable en fonction de l'âge (entre 63,1 % des cas pour les 13-17 ans et 71,1 % des cas pour les jeunes majeurs), le motif « *bilan d'admission* » est beaucoup moins fréquent chez les jeunes majeurs (17,4 %) qu'aux autres âges (de 25,9 % chez les 7-12 ans à 34,0 % chez les 0-6 ans). À l'inverse, le motif « *suivi ponctuel* » est plus fréquent chez les jeunes majeurs (11,6 %) qu'aux âges inférieurs (de 2,4 % chez les 0-6 ans à 4,8 % chez les 7-12 ans).

C'est parmi les enfants suivis par un assistant familial que l'examen médical s'inscrit le plus dans le cadre d'un suivi régulier (72,8 %). Dans les foyers de l'enfance, cette fréquence n'est que de 41,6 % et elle est de 59,0 % en MECS / LVA. Le bilan d'admission est le motif le plus fréquent dans les foyers de l'enfance, concernant plus d'un enfant sur deux (56,0 %), alors que c'est le cas pour 32,2 % des enfants en MECS / LVA et 23,9 % des enfants accueillis par des assistants familiaux.

Le motif « *bilan d'admission* » est retrouvé plus fréquemment dans l'Hérault (31,8 %) que dans l'Aude (24,0 %) ou les Pyrénées-Orientales (25,6 %). La réalisation de l'examen dans le cadre d'un suivi médical régulier se fait aussi fréquemment dans les différents départements (entre 65,2 % des cas dans l'Hérault et 69,3 % dans les Pyrénées-Orientales). Le suivi ponctuel est un cadre de réalisation de l'examen médical plus fréquent dans l'Aude et moins fréquent dans l'Hérault (3,0 %), les Pyrénées-Orientales se situant dans une position intermédiaire.

### ***Carnet de santé***

Quand l'information sur la présentation du carnet de santé est disponible (dans 87,7 % des cas), celui-ci l'était lors de quatre consultations sur cinq : un carnet de santé complet dans 79,0 % des cas, incomplet ou reconstitué dans 1,0 % des cas et une absence de carnet de santé dans 20,0 % des cas.

L'absence de carnet de santé augmente avec l'âge, de 7,1 % pour les enfants de 0 à 6 ans à 31,4 % pour les adolescents de 13 à 17 ans et 42,3 % pour les jeunes majeurs.

L'absence de carnet de santé est particulièrement fréquente quand l'enfant ou le jeune est accueilli en foyer de l'enfance (61,3 %) et beaucoup plus rare quand il est accueilli par un assistant familial (9,5 %). Ce taux est de 32,6 % pour les enfants et jeunes accueillis en MECS / LVA.

C'est dans l'Aude que l'absence de carnet de santé est la moins fréquente (12,9 %), alors que ceci est retrouvé dans 21,1 % des cas dans l'Hérault et dans 24,5 % des cas dans les Pyrénées-Orientales.

Toutes choses égales par ailleurs, les enfants des trois classes d'âge au-delà de 6 ans sont moins nombreux à présenter un carnet de santé complet. Les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux à le présenter et ceux placés auprès de famille d'accueil plus nombreux à le faire. Les enfants de l'Hérault sont moins nombreux à présenter un carnet de santé complet.

## **Antécédents familiaux et suivi de grossesse**

### ***Antécédents familiaux paternels***

Dans plus de la moitié des cas (57,3 %), il n'y a pas d'information disponible sur l'existence ou non d'antécédents paternels. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit d'informations qui ne figurent pas, sauf exception, sur les carnets de santé des enfants et que, dans la plupart des cas, l'examen médical a été réalisé en l'absence des parents qui auraient pu fournir cette information. C'est parmi les enfants

les plus jeunes, qui ne sont pas en capacité d'apporter ces informations, dans l'hypothèse où ils en auraient connaissance, que cette méconnaissance est la plus fréquente.

La présence d'antécédents paternels est un peu plus fréquente (23,7 %) que leur absence (19,0 %). Ceci ne varie pas avec l'âge de l'enfant.

Les antécédents les plus fréquemment retrouvés sont à type de maladies chroniques ou invalidantes, concernant 14,8 % des cas. Les autres antécédents sont, au mieux, trois fois moins fréquents. Il s'agit alors essentiellement de dépendance à un produit (alcool ou drogue illicite) (4,6 % des cas) ou de troubles psychiatriques dans 3,4 % des cas. Seule la fréquence des antécédents paternels de maladies chroniques varie avec l'âge, un peu plus fréquents chez les plus âgés que chez les plus jeunes.

Tableau 21 : Antécédents paternels et répartition par âge

Antécédents paternels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Inconnu</b>	355	59,8	445	65,2	429	50,0	66	51,6	<b>1 295</b>	<b>57,3</b>
<b>Pas d'antécédents paternels</b>	115	19,4	92	13,5	198	23,1	25	19,5	<b>430</b>	<b>19,0</b>
<b>Antécédents paternels</b>	124	20,9	145	21,3	231	26,9	37	28,9	<b>537</b>	<b>23,7</b>
<b>Maladies chroniques</b>	72	12,1	87	12,8	151	17,6	25	19,5	<b>335</b>	<b>14,8</b>
<b>Dépendance à un toxique</b>	21	3,5	33	4,8	42	4,9	7	5,5	<b>103</b>	<b>4,6</b>
<b>Troubles psychiatriques</b>	19	3,2	23	3,4	31	3,6	3	2,3	<b>76</b>	<b>3,4</b>
<b>Déficiência intellectuelle</b>	7	1,2	4	0,6	5	0,6	0	0,0	<b>16</b>	<b>0,7</b>
<b>Maladie génétique</b>	7	1,2	2	0,3	2	0,3	0	0,0	<b>12</b>	<b>0,5</b>
<b>Autre</b>	2	0,3	1	0,1	3	0,3	0	0,0	<b>6</b>	<b>0,3</b>

Valeurs manquantes : 105 –4,4 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les antécédents paternels sont moins souvent connus quand l'enfant est accueilli par un assistant familial. L'absence d'antécédent paternel est plus fréquente parmi les enfants accueillis en foyer de l'enfance ou en MECS / LVA. La fréquence de la présence d'antécédents paternels ne varie pas selon les lieux de placement. Les antécédents psychiatriques apparaissent plus fréquents pour les pères des enfants placés en famille d'accueil, alors que les antécédents de maladies chroniques y sont moins fréquents. Ces dernières sont plus souvent retrouvées pour les enfants placés en foyer de l'enfance.

Tableau 22 : Antécédents paternels par lieu de placement

Antécédents paternels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Inconnu</b>	220	53,8	925	61,5	117	45,0	25	32,5
<b>Pas d'antécédents paternels</b>	87	21,3	223	14,8	88	33,8	29	37,7
<b>Antécédents paternels</b>	102	24,9	357	23,7	55	21,2	23	29,9
<b>Maladies chroniques</b>	71	17,4	201	13,4	49	18,8	14	18,2
<b>Dépendance à un toxique</b>	22	5,4	73	4,9	3	1,2	5	6,5
<b>Troubles psychiatriques</b>	7	1,7	67	4,5	0	0,0	2	2,6
<b>Déficiência intellectuelle</b>	1	0,2	14	0,9	1	0,4	0	0,0
<b>Maladie génétique</b>	0	0,0	11	0,7	1	0,4	0	0,0
<b>Autre</b>	0	0,0	3	0,2	2	0,8	1	1,3

Valeurs manquantes : 116 –4,9 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La non connaissance des antécédents paternels apparaît plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales et moins fréquente dans l'Aude et l'Hérault. La fréquence de l'absence d'antécédents paternels est identique dans les trois départements pour lesquels le nombre d'enfants inclus est suffisamment conséquent. La présence d'antécédents paternels est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales et moins fréquente dans l'Aude et l'Hérault.

Tableau 23 : Antécédents paternels et répartition par département

Antécédents paternels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Inconnu</b>	178	56,2	24	44,4	790	55,6	42	82,7	260	62,4
<b>Pas d'antécédents paternels</b>	55	17,4	20	37,0	265	18,6	3	5,8	87	20,9
<b>Antécédents paternels</b>	84	26,5	10	18,5	367	25,8	6	11,5	70	16,8
Maladies chroniques	57	18,0	7	13,0	218	15,3	4	7,7	49	11,8
Dépendance à un toxique	16	5,0	0	0,0	80	5,6	1	1,9	6	1,4
Troubles psychiatriques	16	5,0	1	1,9	52	3,7	0	0,0	7	1,7
Déficience intellectuelle	0	0,0	1	1,9	12	0,8	1	1,9	2	0,5
Maladie génétique	3	0,9	1	1,9	8	0,6	0	0,0	0	0,0
Autre	0	0,0	1	1,9	5	0,4	0	0,0	0	0,0

Valeurs manquantes : 105 –4,4 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

En centrant l'analyse multivariée sur les situations où la présence ou l'absence d'antécédents paternels est connue, on relève que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants âgés entre 7 et 12 ans sont plus nombreux à présenter des antécédents paternels, de même que ceux placés auprès d'assistants familiaux. On n'observe pas de différence selon le sexe ou par département.

### Antécédents familiaux maternels

Dans deux cas sur cinq (41,8 %), il n'y a pas d'information disponible sur l'existence ou non d'antécédents maternels. Les mêmes explications que celles avancées pour expliquer la non connaissance des antécédents paternels sont également valables, mais moins nettement du fait d'une présence plus fréquente des mères.

C'est parmi les enfants les plus jeunes, et également pour les jeunes majeurs, que cette méconnaissance est la plus fréquente.

La présence d'antécédents maternels est deux fois plus fréquente (41,8 %) que leur absence (18,7 %), sans effet de l'âge de l'enfant sur la fréquence de la présence d'antécédents maternels.

Les antécédents les plus fréquemment retrouvés sont à type de maladies chroniques ou invalidantes, concernant 24,7 % des cas. Les autres antécédents de troubles psychiatriques viennent ensuite en fréquence (12,8 %). Il est possible de détailler ces antécédents psychiatriques maternels : dans 2,9 % des cas des antécédents de troubles de l'humeur sont relevés ; dans 1,9 % des cas des troubles psychotiques ; dans 1,4 % des cas des troubles bipolaires ; dans 0,6 % des cas des troubles anxieux et dans 6,6 % des cas d'autres troubles psychiatriques. Les dépendances à un toxique chez la mère sont identifiées pour 5,5 % des enfants. La fréquence des différents antécédents maternels ne varie pas significativement avec l'âge de l'enfant.

Tableau 24 : Antécédents maternels et répartition par âge

Antécédents maternels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Inconnu</b>	234	39,4	319	46,6	290	33,8	54	41,2	897	39,6
<b>Pas d'antécédents maternels</b>	96	16,2	89	13,0	209	24,4	29	22,1	423	18,7
<b>Antécédents maternels</b>	264	44,4	277	40,4	358	41,8	48	36,6	947	41,8
Maladies chroniques	142	23,9	164	23,9	223	26,0	32	24,4	561	24,7
Troubles psychiatriques	93	15,7	88	12,8	96	11,2	14	10,7	291	12,8
Dépendance à un toxique	33	5,6	39	5,7	46	5,4	6	4,6	124	5,5
Déficience intellectuelle	22	3,7	15	2,2	9	1,1	2	1,5	48	2,1
Maladie génétique	10	1,7	5	0,7	10	1,2	1	0,8	26	1,1
Autre	5	0,8	2	0,3	5	0,6	2	1,5	14	0,6

Valeurs manquantes : 100 –4,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les antécédents maternels sont moins souvent connus quand l'enfant est accueilli par un assistant familial ou en MECS / LVA. L'absence d'antécédent maternel est plus fréquente parmi les enfants accueillis en foyer de l'enfance ou en MECS / LVA et la présence d'antécédents maternels est plus fréquente pour les enfants accueillis par des assistants familiaux et moins fréquente pour ceux accueillis dans les foyers de l'enfance. Les antécédents psychiatriques maternels sont plus souvent rapportés pour des enfants placés en famille d'accueil.

Tableau 25 : Antécédents maternels par lieu de placement

Antécédents maternels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	168	40,8	620	41,1	88	34,1	15	20,0
Pas d'antécédents maternels	83	20,1	229	15,2	93	36,0	15	20,0
Antécédents maternels	161	39,1	661	43,8	77	29,8	45	60,0
Maladies chroniques	108	26,2	362	24,0	55	21,3	34	45,3
Troubles psychiatriques	39	9,5	226	15,0	13	5,0	12	16,0
Dépendance à un toxique	25	6,1	95	6,3	2	0,8	2	2,7
Déficiência intellectuelle	5	1,2	42	2,8	0	0,0	1	1,3
Maladie génétique	3	0,7	21	1,4	2	0,8	0	0,0
Autre	1	0,2	8	0,5	3	1,2	2	2,7

Valeurs manquantes : 100 -4,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La non connaissance des antécédents maternels est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales et l'est moins dans l'Aude et l'Hérault. L'absence d'antécédents maternels est aussi fréquente dans les trois départements de l'Aude, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales. Par contre, on note une plus grande fréquence d'antécédents maternels relevés dans l'Aude et l'Hérault par rapport à ce qui est noté dans les Pyrénées-Orientales. Les antécédents maternels de maladies chroniques ou de troubles psychiatriques sont moins fréquents dans ce département.

Tableau 26 : Antécédents maternels et répartition par département

Antécédents maternels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	116	36,0	14	25,5	516	36,2	39	75,0	212	51,3
Pas d'antécédents maternels	58	18,0	18	32,7	267	18,7	5	9,6	75	18,2
Antécédents maternels	148	46,0	23	41,8	642	45,1	8	15,4	126	30,5
Maladies chroniques	93	28,9	17	30,9	368	25,8	4	7,7	79	19,1
Troubles psychiatriques	41	12,7	8	14,5	206	14,5	6	11,5	30	7,3
Dépendance à un toxique	24	7,5	3	5,5	90	6,3	1	1,9	6	1,5
Déficiência intellectuelle	5	1,6	1	1,8	36	2,5	1	1,9	5	1,2
Maladie génétique	1	0,3	0	0,0	21	1,5	0	0,0	4	1,0
Autre	0	0,0	0	0,0	13	0,9	0	0,0	1	0,2

Valeurs manquantes : 100 -4,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

En limitant l'analyse multivariée aux situations où la présence ou l'absence d'antécédents maternels est connue, on relève que, toutes choses égales par ailleurs, les garçons sont moins nombreux à présenter des antécédents maternels, de même que ceux placés en foyer de l'enfance. On n'observe pas de différence selon l'âge ou le département.

### Antécédents familiaux fratrie ou grands-parents

La proportion de valeurs manquantes à cet item est particulièrement élevée, concernant un quart des questionnaires.

Les antécédents au niveau de la fratrie ou de grands-parents sont inconnus dans deux cas sur cinq (41,7 %). C'est parmi les enfants de 7 à 12 ans que cette méconnaissance est la plus importante et pour ceux âgés de 13 à 17 ans qu'elle est la moindre.

La présence d'antécédents au niveau de la fratrie ou de grands-parents est retrouvée dans un quart des cas sans que cette proportion varie significativement selon l'âge de l'enfant.

Le type d'antécédents le plus fréquemment retrouvé est constitué par les maladies chroniques et invalidantes, qui concernent 13,6 % des enfants, sans variation avec l'âge. Les autres antécédents sont plus rarement retrouvés, au plus pour 3,2 % des enfants quand il s'agit de troubles psychiatriques.

Tableau 27 : Antécédents fratrie et grands-parents et répartition par âge

Antécédents maternels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	174	40,4	282	51,1	249	35,5	42	39,6	747	41,7
Pas d'antécédents fratrie et grands-parents	131	30,4	137	24,8	291	41,5	41	38,7	600	33,5
<b>Antécédents fratrie et grands-parents</b>	<b>126</b>	<b>29,2</b>	<b>133</b>	<b>24,1</b>	<b>162</b>	<b>23,1</b>	<b>23</b>	<b>21,7</b>	<b>444</b>	<b>24,8</b>
Maladies chroniques	69	16,0	72	13,0	90	12,8	12	11,3	243	13,6
Troubles psychiatriques	13	3,0	12	2,2	26	3,7	6	5,7	57	3,2
Maladie génétique	4	0,9	6	1,1	13	1,9	2	1,9	25	1,4
Déficience intellectuelle	9	2,1	5	0,9	10	1,4	0	0,0	24	1,3
Dépendance à un toxique	1	0,2	0	0,0	2	0,3	0	0,0	3	0,2
Autre	23	5,3	28	5,1	20	2,8	2	1,9	73	4,1

Valeurs manquantes : 576 –24,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les antécédents au niveau de la fratrie ou des grands-parents sont moins souvent connus quand l'enfant est accueilli en foyer de l'enfance et plus souvent connus s'il est accueilli en MECS / LVA. L'absence de ces antécédents familiaux est plus fréquente parmi les enfants accueillis en foyer de l'enfance ; leur présence est retrouvée plus souvent pour les enfants accueillis par des assistants familiaux.

Tableau 28 : Antécédents fratrie et grands-parents par lieu de placement

Antécédents maternels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	138	40,9	513	44,0	77	34,8	15	25,4
Pas d'antécédents fratrie et grands-parents	121	35,9	330	28,3	121	54,8	24	40,7
<b>Antécédents fratrie et grands-parents</b>	<b>78</b>	<b>23,1</b>	<b>322</b>	<b>27,6</b>	<b>23</b>	<b>10,4</b>	<b>20</b>	<b>33,9</b>
Maladies chroniques	38	11,3	176	15,1	16	7,2	12	20,3
Troubles psychiatriques	7	2,1	44	3,8	1	0,5	5	8,5
Maladie génétique	6	1,8	18	1,5	1	0,5	0	0,0
Déficience intellectuelle	6	1,8	15	1,3	2	0,9	1	1,7
Dépendance à un toxique	1	0,3	2	0,2	0	0,0	0	0,0
Autre	12	3,6	554,7	2	0,9	4	6,8	2,7

Valeurs manquantes : 585 –24,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La non connaissance des antécédents dans la fratrie ou chez les grands-parents est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales et l'est moins dans l'Hérault et surtout l'Aude. La présence de ces antécédents maternels est plus fréquente dans l'Aude que dans les Pyrénées-Orientales, l'Hérault ayant une position intermédiaire.

Tableau 29 : Antécédents fratrie et grands-parents par département

Antécédents maternels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	79	31,3	11	26,2	426	38,5	34	81,0	197	56,4
Pas d'antécédents fratrie et grands-parents	88	34,9	18	42,9	392	35,4	6	14,3	96	27,5
Antécédents fratrie et grands-parents	85	33,7	13	31,0	288	26,0	2	4,8	56	16,0
Maladies chroniques	55	21,5	10	23,8	140	12,7	0	0,0	38	10,9
Troubles psychiatriques	9	3,6	3	7,1	35	3,2	1	2,4	9	2,6
Maladie génétique	6	2,4	0	0,0	18	1,6	0	0,0	1	0,3
Déficience intellectuelle	3	1,2	0	0,0	19	1,7	1	2,4	1	0,3
Dépendance à un toxique	1	0,4	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0
Autre	0	0,0	0	0,0	13	0,9	0	0,0	1	0,2

Valeurs manquantes : 576 –24,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Quand l'analyse multivariée porte sur les seules situations où la présence ou l'absence d'antécédents au niveau de la fratrie ou des grands-parents est connue, on observe que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux à présenter des antécédents au niveau de la fratrie ou des grands-parents. On n'observe pas de différence selon l'âge, le sexe ou le département.

### **Suivi de grossesse et pathologies et facteurs de risques pendant la grossesse**

Les valeurs manquantes et les situations où il est indiqué que les informations sur le suivi de grossesse ne sont pas disponibles concernent les deux tiers de la population étudiée (64,9 % des cas). Quand l'information est disponible, la grossesse a été correctement suivie dans 82 % des cas. En élément de comparaison, il est possible de rappeler que, lors de l'enquête périnatale 2010<sup>2</sup>, 0,5 % des femmes n'avaient pas déclaré leur grossesse et 7,4 % l'avaient fait au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre et que 8,5 % des femmes avaient eu moins de 7 consultations prénatales. Les grossesses peu ou mal suivies de la population des mères des enfants confiés à l'ASE paraissent ainsi plus fréquentes.

C'est pour les enfants les plus jeunes (0-6 ans) que sont retrouvées le plus fréquemment les situations de grossesse peu ou pas suivies : 23,4 % des cas où l'information est disponible contre 11,1 % pour les enfants de 7 à 12 ans et 14,4 % pour les enfants de 13 à 17 ans.

C'est pour les enfants accueillis en foyer de l'enfance que cette proportion est la plus élevée (23,1 %), alors qu'elle est de 18,6 % pour les enfants accueillis par des assistants familiaux et 15,6 % pour ceux en MECS / LVA. Par contre, aucune différence significative n'est relevée entre les départements.

En réalisant l'analyse multivariée qui porte sur les situations où la qualité du suivi de grossesse est connue, on observe que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 7-12 ans et ceux de 13-17 ans sont plus nombreux à être dans la situation où la grossesse de leur mère a été jugée correctement suivie. On n'observe pas de différence selon le sexe, le lieu de placement ou le département.

<sup>2</sup> Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Direction générale de la santé, Direction de la Recherche des études, de l'évaluation et des Statistiques, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Paris. Mai 2011. 127 p.

Des informations sur la présence ou non de pathologies pendant la grossesse ou de facteurs de risques ne sont documentées que dans 15,2 % des cas, incitant à prendre avec prudence les résultats correspondants : les valeurs manquantes peuvent correspondre aussi bien à des cas où l'information n'est effectivement pas disponible dans les dossiers des enfants examinés ou à des cas pour lesquels aucune pathologie ou exposition à un facteur de risque pendant la grossesse n'est connue. De ce fait, les fréquences de pathologies au cours de la grossesse ou d'exposition à des facteurs de risques peuvent être sur estimées en analysant les seuls cas où l'information est disponible.

La vulnérabilité sociale est l'élément le plus souvent retrouvé, relevé dans un tiers des cas. Les pathologies obstétricales viennent ensuite, concernant un cas sur quatre avant la consommation de médicaments ou de drogues illicites (un cas sur cinq). Les pathologies psychiatriques au cours de la grossesse sont également retrouvées dans près d'un cas sur cinq. La consommation d'alcool ou de tabac pendant la grossesse sont retrouvées à des fréquences proches : un cas sur dix. Les résultats de l'enquête périnatale 2010<sup>3</sup> montrent que 5,7 % des femmes avaient consommé de l'alcool plus d'une fois par mois au cours de leur grossesse et 17,1 % continuaient à fumer au cours du 3<sup>e</sup> trimestre.

Des violences conjugales pendant la grossesse sont notées dans près d'un cas sur vingt. Des variations significatives avec l'âge de l'enfant ne sont retrouvées pour :

- les pathologies obstétricales, relevées moins fréquemment pour les enfants de moins de 7 ans et plus fréquentes au-delà de cet âge,
- la vulnérabilité psychosociale plus fréquemment relevée pour les enfants de moins de 7 ans que pour les enfants plus âgés.

Tableau 30 : Pathologies et facteurs de risques pendant la grossesse et répartition par âge

Pathologies et facteurs de risques pendant la grossesse	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vulnérabilité psychosociale	88	47,3	25	27,5	16	21,1	0	0,0	129	35,8
Pathologie obstétricale	31	16,7	29	31,9	28	36,8	2	28,6	90	25,0
Autres drogues et médicaments	50	26,9	14	15,4	15	19,7	0	0,0	79	21,9
Pathologies psychiatriques	34	18,2	17	18,7	17	22,4	2	28,6	70	19,4
Tabac	25	13,4	12	13,2	3	3,9	2	28,6	42	11,7
Alcool	20	10,8	8	8,8	9	11,8	2	28,6	39	10,8
Violences conjugales	6	3,2	4	4,4	5	6,6	0	0,0	15	4,2
Autre	12	6,4	5	5,5	5	6,6	0	0,0	22	6,1

Valeurs manquantes : 2 007 –84,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La fréquence des pathologies au cours de la grossesse ou de l'exposition à des facteurs de risques ne varie pas significativement selon le lieu de placement ou le département.

## Antécédents personnels et suivi médical

### Antécédents néonataux

Dans 30,9 % des cas, il est relevé une absence de connaissance sur l'existence ou non d'antécédents néonataux et dans la même proportion de cas, des antécédents néonataux sont relevés. La non connaissance de ces antécédents est moins fréquente chez les enfants les plus jeunes et cette non connaissance augmente avec l'âge (sauf pour les jeunes majeurs). Quand l'information sur la présence ou l'absence d'antécédents néonataux, la fréquence de ceux-ci ne varie pas de façon significative avec l'âge.

<sup>3</sup> *Ibid.*

Un petit poids de naissance (inférieur à 2 500 grammes quel que soit le terme), est retrouvé pour 19 % des enfants, sans variation significative de fréquence en fonction de l'âge de l'enfant. Un APGAR inférieur à 7 à 5 minutes est retrouvé pour 2 % des enfants, plus fréquemment chez les enfants les plus jeunes (0 à 6 ans) que chez les enfants plus âgés. Une prématurité (naissance avant 37 semaines d'aménorrhée) concerne 13,1 % des enfants, alors que cette information n'est pas connue dans 13,9 % des cas. La fréquence de la prématurité est stable, quel que soit l'âge de l'enfant lors de l'examen. Il est important de souligner la fréquence particulièrement élevée tant de la prématurité que des poids de naissance inférieurs à 2 500 grammes : en population générale, la fréquence de ces phénomènes, pour l'un comme pour l'autre sont généralement voisins de 6 %. Au niveau national, lors de l'enquête périnatale 2010<sup>4</sup>, un poids de naissance inférieur à 2 500 g concernait 7,2 % des enfants, un APGAR inférieur à 8 à 5 mn concernait 1,7 % des enfants et une prématurité était retrouvée dans 7,4 % des cas. Ces trois indicateurs apparaissent donc nettement plus fréquents dans la population des enfants confiés à l'ASE.

Un transfert néonatal a concerné 12 % des enfants (6,6 % des cas au niveau national en 2010) et une réanimation néonatale est relevée pour 6 % des enfants. L'information concernant l'un ou l'autre de ces antécédents est indiquée comme inconnue avec la même fréquence, dans 19 % des cas. Quand l'information est connue, les antécédents de transfert néonatal et de réanimation néonatale sont retrouvés avec des fréquences qui ne varient pas significativement en fonction de l'âge de l'enfant.

Une séparation mère-enfant en période néonatale est relevée pour 12 % des enfants et son existence ou non est inconnue dans 23 % des cas. Plus l'enfant est âgé, moins cette information est connue. Quand l'information est connue, sa fréquence augmente avec l'âge de l'enfant.

Dans 58 % des cas où une séparation mère-enfant est intervenue, la durée de celle-ci est connue. Elle va de moins d'une semaine à près de cinq ans. Dans un quart des cas, elle a duré une semaine ou moins et dans la moitié des cas deux semaines ou moins. Pour un quart des enfants, la durée de la séparation est supérieure ou égale à 4 semaines. On n'observe pas de variation de la durée de séparation selon l'âge de l'enfant au moment de l'examen.

Tableau 31 : Antécédents néonataux et répartition par âge

	Val. manqu.	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Antécédents néonataux</b>		232	40,3	197	31,2	204	25,1	29	24,2	662	30,9
<b>Pas d'antécédent néonatal</b>	228	251	43,7	247	39,1	272	33,5	45	3,5	815	38,1
<b>Inconnu</b>	9,6 %	92	16,0	187	29,6	337	41,5	46	38,3	662	30,9
<b>Poids de naissance &lt; 2500 g</b>	594	108	19,7	107	18,6	107	18,3	11	16,9	333	18,8
<b>Poids de naissance ≥ 2500 g</b>	25,1 %	441	80,3	467	81,4	478	81,7	54	83,1	1 440	81,2
<b>APGAR à 5 mn &lt; 7</b>	882	21	4,5	2	0,4	6	1,2	1	2,0	30	2,0
<b>APGAR à 5 mn ≥ 7</b>	37,3 %	449	95,5	480	99,6	476	98,8	50	98,0	1 455	98,0
<b>Prématurité (&lt;37 SA)</b>		86	15,0	69	11,1	90	13,1	13	14,4	258	13,1
<b>A terme (≥ 37 SA)</b>	395	456	79,7	480	77,0	449	65,4	54	60,0	1 439	73,0
<b>Inconnu</b>	16,7 %	30	5,2	74	11,9	148	21,5	23	25,6	275	13,9
<b>Transfert néonatal</b>		92	16,3	64	10,4	74	10,9	6	6,7	236	12,2
<b>Pas de transfert</b>	425	429	76,1	443	72,3	422	62,4	53	59,6	1 347	69,4
<b>Inconnu</b>	18,0 %	43	7,6	106	17,3	180	26,6	30	33,7	359	18,5
<b>Réanimation néonatale</b>		40	7,2	29	4,7	37	5,5	3	3,4	109	5,6
<b>Pas de réanimation néonatale</b>	435	473	84,9	475	77,5	451	67,0	57	64,0	1 456	75,4
<b>Inconnu</b>	18,4 %	44	7,9	109	17,8	185	27,5	29	32,6	367	19,0
<b>Séparation mère-enfant</b>		96	16,9	62	10,1	66	9,8	4	4,5	228	11,7
<b>Pas de séparation mère-enfant</b>	425	401	70,7	423	68,8	396	59,0	54	60,7	1 274	65,6
<b>Inconnu</b>	18,0 %	70	12,3	130	21,1	209	31,1	31	34,8	440	22,7

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

<sup>4</sup> Ibid.

En centrant l'analyse par lieu de placement sur les situations où la présence ou non de tel ou tel antécédent néonatal est connu, on relève que :

- les antécédents néonataux sont plus fréquents parmi les enfants accueillis par des assistants familiaux que pour les enfants accueillis dans les autres catégories de lieux de placement ;
- les antécédents de transfert néonatal sont également plus fréquents pour les mêmes enfants ;
- les séparations mère-enfant sont plus fréquentes parmi les enfants accueillis par les assistants familiaux et moins fréquentes parmi ceux accueillis en MECS / LVA. Par contre, la durée de la séparation mère-enfant ne varie pas selon le lieu de placement.

Tableau 32 : Antécédents néonataux par lieu de placement

	Val. manqu.	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Antécédents néonataux</b>	238 10,1 %	93	23,7	522	36,8	25	10,0	19	27,9
<b>Pas d'antécédent néonatal</b>		150	38,3	573	40,4	55	22,0	33	48,5
<b>Inconnu</b>		149	38,0	324	22,8	170	68,0	16	23,5
<b>Poids de naissance &lt; 2500 g</b>	603 25,5 %	44	15,4	273	20,4	7	9,2	6	9,7
<b>Poids de naissance ≥ 2500 g</b>		241	84,6	1 068	79,6	69	90,8	56	90,3
<b>APGAR à 5 mn &lt; 7</b>	887 37,5 %	2	0,9	26	2,3	1	1,6	1	1,9
<b>APGAR à 5 mn ≥ 7</b>		233	99,1	1 104	97,7	61	98,4	52	98,1
<b>Prématurité (&lt;37 SA)</b>	404 17,1 %	37	10,9	204	14,3	7	5,3	8	11,4
<b>A terme (≥ 37 SA)</b>		224	66,3	1 084	76,2	69	51,9	55	78,6
<b>Inconnu</b>		77	22,8	134	9,4	57	42,9	7	10,0
<b>Transfert néonatal</b>	433 18,3 %	17	5,1	204	14,6	5	3,8	8	11,9
<b>Pas de transfert</b>		222	66,7	1 002	71,5	68	51,5	49	73,1
<b>Inconnu</b>		94	28,2	196	14,0	59	44,7	10	14,9
<b>Réanimation néonatale</b>	442 18,7 %	9	2,7	92	6,6	3	2,3	5	7,5
<b>Pas de réanimation néonatale</b>		229	68,8	1 098	78,7	70	53,8	52	77,6
<b>Inconnu</b>		95	28,5	205	14,7	57	43,8	10	14,9
<b>Séparation mère-enfant</b>	433 18,3 %	16	4,8	196	14,0	8	6,1	6	8,8
<b>Pas de séparation mère-enfant</b>		202	61,2	952	67,8	64	48,9	50	73,5
<b>Inconnu</b>		112	33,9	257	18,3	59	45,0	12	17,6

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les situations où les antécédents néonataux ne sont pas connus sont plus fréquentes dans les Pyrénées-Orientales que dans l'Aude ou l'Hérault. Dans les situations où la présence ou non de ces antécédents est décrite, une seule différence entre département apparaît significative : les situations où il y a eu une séparation mère-enfant sont plus fréquentes dans les Pyrénées-Orientales et moins fréquentes dans l'Aude.

Tableau 33 : Antécédents néonataux et répartition par département

	Val. manqu.	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées- Orientales	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Antécédents néonataux</b>	228 9,6 %	100	33,1	16	32,0	419	30,4	22	45,8	105	29,2
<b>Pas d'antécédent néonatal</b>		132	43,7	30	60,0	529	38,3	14	29,2	110	30,6
<b>Inconnu</b>		70	23,2	4	8,0	432	31,3	12	25,0	144	40,1
<b>Poids de naissance &lt; 2500 g</b>	594 25,1 %	55	19,9	6	12,8	200	18,0	12	20,7	60	21,2
<b>Poids de naissance ≥ 2500 g</b>		221	80,1	41	87,2	909	82,0	46	79,3	223	78,8
<b>APGAR à 5 mn &lt; 7</b>	882 37,3 %	7	3,1	3	7,1	16	1,8	1	2,0	3	1,2
<b>APGAR à 5 mn ≥ 7</b>		222	96,9	39	92,9	893	98,2	50	98,0	251	98,8
<b>Prématurité (&lt;37 SA)</b>	395 16,7 %	38	13,7	8	16,3	161	12,2	4	8,0	47	17,0
<b>A terme (≥ 37 SA)</b>		223	80,5	41	83,7	908	68,8	44	88,0	223	80,8
<b>Inconnu</b>		16	5,8	0	0,0	251	19,0	2	4,0	6	2,2
<b>Transfert néonatal</b>	425 18,0 %	34	12,4	4	8,3	152	11,6	10	21,3	36	13,5
<b>Pas de transfert</b>		220	80,0	44	91,7	829	63,5	36	76,6	218	82,0
<b>Inconnu</b>		21	7,6	0	0,0	325	24,9	1	2,1	12	4,5
<b>Réanimation néonatale</b>	435 18,4 %	11	4,0	1	2,2	74	5,7	3	6,5	20	7,5
<b>Pas de réanimation néonatale</b>		240	88,2	44	97,8	895	68,8	41	89,1	236	88,1
<b>Inconnu</b>		21	7,7	0	0,0	332	25,5	2	4,3	12	4,5
<b>Séparation mère-enfant</b>	425 18,0 %	21	7,7	3	6,4	151	11,5	6	13,0	47	17,5
<b>Pas de séparation mère-enfant</b>		216	79,4	43	91,5	785	60,0	33	71,7	197	73,2
<b>Inconnu</b>		35	12,9	1	2,1	372	28,4	7	15,2	25	9,3

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Après prise en compte, dans une analyse multivariée portant sur les situations où l'information sur les antécédents néonataux est connue, des effets de l'âge, du sexe, du lieu de placement et du département, un seul élément apparaît statistiquement significatif : les enfants placés en famille d'accueil sont plus nombreux à présenter des antécédents néonataux. Et si on centre l'analyse sur la question de la séparation mère-enfant, on observe que cet antécédent néonatal est plus fréquent parmi les enfants placés en famille d'accueil et également plus fréquent dans l'Hérault et dans les Pyrénées-Orientales.

### **Antécédents personnels médicaux**

Dans 6 % des cas, la consultation médicale se fait sans que le médecin ait accès aux antécédents médicaux des enfants. Cette situation est un peu plus fréquente chez les enfants jusqu'à 12 ans et moins fréquente parmi ceux plus âgés, sans doute car ceux-ci sont plus en capacité de rapporter ces antécédents lors de l'entretien avec le médecin. Au total, c'est un peu plus de la moitié des enfants qui présentent des antécédents médicaux. L'existence d'antécédents médicaux augmente avec l'âge.

Les antécédents les plus fréquents sont les pathologies infectieuses, concernant près d'un enfant sur cinq. Ces antécédents sont moins souvent retrouvés parmi les enfants de 0 à 6 ans, leur fréquence ne variant pas de façon significative entre les trois autres classes d'âge.

Les allergies forment le deuxième groupe d'antécédents médicaux en termes de fréquence, concernant un enfant sur sept. La fréquence des antécédents d'allergie croît sensiblement avec l'âge, leur proportion étant 2,6 fois plus élevée chez les jeunes majeurs que chez les 0-6 ans.

La fréquence des autres antécédents est nettement moins élevée, concernant au plus 4 % des enfants. Il s'agit d'abord des maladies chroniques et invalidantes comprenant notamment les cancers et hémopathies malignes, les neuropathies, les pathologies endocriniennes... Leur fréquence augmente également de façon statistiquement significative avec l'âge. Ensuite, on retrouve un groupe d'antécédents concernant entre 2 et 3 % des enfants : malformations, convulsions, pathologies cutanées, ophtalmologiques ou digestives. La fréquence des antécédents de maladies génétiques est proche de 2 %. Enfin, un certain nombre d'antécédents concernent au plus 1 % des enfants : handicap moteur, énurésie et encoprésie, troubles de la croissance, syndrome d'alcoolisme foetal ou pathologies ORL médicales.

Tableau 34 : Antécédents médicaux personnels et répartition par âge

Antécédents médicaux personnels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Inconnu</b>	40	6,6	52	7,5	37	4,2	7	5,2	<b>136</b>	<b>5,9</b>
<b>Pas d'antécédent médical personnel</b>	295	48,8	281	40,5	339	38,6	39	28,9	<b>954</b>	<b>41,2</b>
<b>Antécédents médicaux personnels</b>	270	44,6	361	52,0	503	57,2	89	65,9	<b>1 223</b>	<b>52,9</b>
Pathologies infectieuses	74	12,3	146	21,3	173	19,9	24	18,0	<b>417</b>	<b>18,2</b>
Allergie	54	9,0	84	12,2	160	18,4	31	23,3	<b>329</b>	<b>14,4</b>
Maladie chronique ou invalidante	20	3,3	19	2,8	39	4,5	15	11,3	<b>93</b>	<b>4,1</b>
Malformations	25	4,2	18	2,6	16	1,8	4	3,0	<b>63</b>	<b>2,8</b>
Convulsions	10	1,7	18	2,6	27	3,1	2	1,5	<b>57</b>	<b>2,5</b>
Pathologies cutanées	15	2,5	18	2,6	16	1,8	3	2,3	<b>52</b>	<b>2,3</b>
Pathologies ophtalmologiques	11	1,8	14	2,0	17	2,0	8	6,0	<b>50</b>	<b>2,2</b>
Pathologies digestives	12	2,0	12	1,7	18	2,1	2	1,5	<b>44</b>	<b>1,9</b>
Maladie génétique	11	1,8	10	1,5	18	2,1	2	1,5	<b>41</b>	<b>1,8</b>
Handicap moteur	4	0,7	7	1,0	11	1,3	2	1,5	<b>24</b>	<b>1,0</b>
Énurésie-encoprésie	2	0,3	8	1,2	6	0,7	0	0,0	<b>16</b>	<b>0,7</b>
Troubles de la croissance	3	0,5	4	0,6	8	0,9	2	1,5	<b>17</b>	<b>0,7</b>
Syndrome d'alcoolisme foetal	1	0,2	2	,3	5	0,6	0	0,0	<b>8</b>	<b>0,3</b>
Pathologies ORL	2	0,3	5	0,7	1	0,1	0	0,0	<b>8</b>	<b>0,3</b>
Autre	15	2,5	10	1,5	14	1,6	6	4,5	<b>45</b>	<b>2,0</b>

Valeurs manquantes : 54 – 2,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La proportion d'enfants pour lesquels l'existence d'antécédents médicaux n'est pas connue est plus élevée dans les foyers de l'enfance et moindre auprès des assistants familiaux. La présence d'antécédents médicaux est retrouvée plus fréquemment pour les enfants accueillis auprès des assistants familiaux et moins souvent parmi ceux accueillis en foyer de l'enfance.

Des variations de fréquence des antécédents médicaux selon le lieu de placement sont retrouvées :

- les antécédents de pathologies infectieuses sont plus fréquemment retrouvés parmi les antécédents des enfants placés auprès d'assistants familiaux que pour ceux placés en MECS / LVA ;
- les antécédents d'allergies sont eux plus fréquents parmi les enfants placés en MECS / LVA que parmi ceux placés en foyer de l'enfance.

Tableau 35 : Antécédents médicaux personnels par lieu de placement

Antécédents médicaux personnels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	30	7,2	73	4,8	30	11,2	3	3,7
Pas d'antécédent médical personnel	181	43,3	608	39,6	124	46,4	33	40,7
<b>Antécédents médicaux personnels</b>	<b>207</b>	<b>49,5</b>	<b>854</b>	<b>55,6</b>	<b>113</b>	<b>42,3</b>	<b>45</b>	<b>55,6</b>
Pathologies infectieuses	47	11,3	317	20,8	44	16,9	7	8,9
Allergie	76	18,3	212	13,9	25	9,6	14	17,7
Maladie chronique ou invalidante	21	5,1	58	3,8	10	3,8	4	5,1
Malformations	6	1,4	49	3,2	7	2,7	1	1,3
Convulsions	11	2,7	39	2,6	5	1,9	2	1,5
Pathologies cutanées	13	3,1	35	2,3	3	1,1	1	1,3
Pathologies ophtalmologiques	9	2,2	38	2,5	3	1,1	0	0,0
Pathologies digestives	3	0,7	36	2,4	5	1,9	0	0,0
Maladie génétique	3	0,7	31	2,0	5	1,9	2	2,5
Handicap moteur	3	0,7	19	1,2	1	0,4	1	1,3
Énurésie-encoprésie	3	0,7	12	0,8	1	0,4	0	0,0
Troubles de la croissance	5	1,2	12	0,8	0	0,0	0	0,0
Syndrome d'alcoolisme fœtal	0	0,0	8	0,5	0	0,0	0	0,0
Pathologies ORL	1	0,2	7	0,5	0	0,0	0	0,0
Autre	4	1,0	29	1,9	7	2,7	5	6,3

Valeurs manquantes : 66 -2,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Au niveau départemental, ni la fréquence des situations où les antécédents sont inconnus, ni la fréquence globale des antécédents médicaux ne varie entre l'Aude, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales. Par contre, des variations significatives de fréquence de certains antécédents médicaux sont observées entre ces trois départements :

- les antécédents de pathologies infectieuses sont plus souvent relevés dans les Pyrénées-Orientales et moins souvent dans l'Aude ;
- les antécédents de maladies chroniques ou invalidantes sont plus souvent retrouvés parmi les enfants dans l'Hérault et moins souvent pour ceux des Pyrénées-Orientales ;
- les antécédents de pathologies ophtalmologiques sont plus souvent relevés dans l'Aude et moins souvent dans les Pyrénées-Orientales ;
- les antécédents de pathologies cutanées sont également plus souvent retrouvés dans l'Aude et moins souvent dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 36 : Antécédents médicaux personnels et répartition par département

Antécédents médicaux personnels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	18	5,5	1	1,8	90	6,2	5	8,9	22	5,1
Pas d'antécédent médical personnel	140	42,8	31	56,4	581	40,3	35	62,5	167	38,6
<b>Antécédents médicaux personnels</b>	<b>169</b>	<b>51,7</b>	<b>23</b>	<b>41,8</b>	<b>771</b>	<b>53,5</b>	<b>16</b>	<b>28,6</b>	<b>244</b>	<b>56,4</b>
Pathologies infectieuses	58	17,8	3	5,7	194	13,6	0	0,0	162	37,5
Allergie	40	12,3	7	13,2	221	15,5	6	10,9	55	12,7
Maladie chronique ou invalidante	13	4,0	0	0,0	72	5,1	1	1,8	7	1,6
Malformations	10	3,1	1	1,9	44	3,1	1	1,8	7	1,6
Convulsions	12	3,7	0	0,0	33	2,3	0	0,0	12	2,8
Pathologies cutanées	2	0,6	0	0,0	48	3,4	1	1,8	1	0,2
Pathologies ophtalmologiques	18	5,5	0	0,0	29	2,0	1	1,8	2	0,5
Pathologies digestives	6	1,6	1	1,9	26	1,8	0	0,0	11	2,5
Maladie génétique	7	2,2	1	1,9	27	1,9	0	0,0	6	1,4
Handicap moteur	6	1,8	0	0,0	15	1,1	1	1,8	2	0,5
Énurésie-encoprésie	4	1,2	1	1,9	10	0,7	0	0,0	1	0,2
Troubles de la croissance	5	1,5	0	0,0	10	0,7	1	1,5	1	0,2
Syndrome d'alcoolisme fœtal	1	0,3	0	0,0	7	0,5	0	0,0	0	0,0
Pathologies ORL	1	0,3	0	0,0	7	0,5	0	0,0	0	0,0
Autre	1	0,3	4	7,5	36	2,5	0	0,0	4	0,9

Valeurs manquantes : 54 -2,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Quand l'ensemble de ces éléments sont repris dans une analyse multivariée (centrée sur les cas où l'existence éventuelle d'antécédents médicaux est connue), on constate que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants des classes d'âge au-delà de 6 ans sont plus nombreux à avoir de tels antécédents, ceux placés auprès de familles d'accueil sont plus nombreux à en avoir et ceux placés en foyer de l'enfance moins nombreux et que les enfants des Pyrénées-Orientales étaient plus nombreux à présenter des antécédents médicaux. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe.

### Antécédents personnels chirurgicaux

Les situations où le médecin n'a pas connaissance de l'existence ou non d'antécédents chirurgicaux est un peu moins fréquente que pour les antécédents médicaux : 5 %. Par contre, comme pour les antécédents médicaux, ceci est plus fréquent parmi les enfants les plus jeunes, et en particulier les 7-12 ans. Des antécédents chirurgicaux sont retrouvés pour plus d'un tiers des enfants et ces antécédents sont d'autant plus fréquents que l'enfant est âgé.

Ce sont les antécédents traumatologiques qui sont les plus fréquents, retrouvés pour un enfant sur sept avec une augmentation de la fréquence de ces antécédents avec l'âge.

Viennent ensuite, concernant un peu plus d'un enfant sur dix, les antécédents chirurgicaux ORL. Ces antécédents sont retrouvés plus fréquemment chez des enfants de 7-12 ans et moins fréquemment pour les plus jeunes.

Un groupe d'antécédents chirurgicaux est retrouvé avec une fréquence comprise entre 3 et 6 %. Il s'agit d'abord des antécédents de chirurgie urogénitale, puis des antécédents de chirurgie abdominale, de chirurgie dentaire et de chirurgie orthopédique. Chacun de ces antécédents voit sa fréquence augmenter avec l'âge de l'enfant.

Les antécédents de chirurgie ophtalmologique concernent 2 % des enfants et les autres antécédents chirurgicaux ont une fréquence inférieure à 1 %. Dans toutes ces situations, il n'est pas observé d'effet de l'âge mais les effectifs d'enfants concernés sont faibles.

Tableau 37 : Antécédents chirurgicaux personnels et répartition par âge

Antécédents chirurgicaux personnels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	34	5,6	56	8,1	26	3,0	6	4,4	122	5,3
Pas d'antécédent chirurgical personnel	451	74,5	364	52,4	440	50,1	64	47,1	1 319	57,0
<b>Antécédents chirurgicaux personnels</b>	<b>120</b>	<b>19,8</b>	<b>274</b>	<b>39,5</b>	<b>413</b>	<b>47,0</b>	<b>66</b>	<b>48,5</b>	<b>873</b>	<b>37,7</b>
Traumatologie	32	5,3	88	12,7	182	20,8	28	20,7	330	14,3
ORL	38	6,3	99	14,3	108	12,4	11	8,1	256	11,1
Chirurgie uro-génitale	17	2,8	49	7,1	50	5,7	12	9,9	128	5,6
Chirurgie abdominale	14	2,3	21	3,0	62	7,1	10	7,4	107	4,6
Chirurgie dentaire	8	1,3	17	2,5	41	4,7	10	7,4	76	3,3
Orthopédie	5	0,8	20	2,9	39	4,5	7	5,2	71	3,1
Ophtalmologie	1	0,2	22	3,2	20	2,3	2	1,5	45	2,0
Chirurgie maxillo-faciale	4	0,7	4	0,6	9	1,0	1	0,7	18	0,8
Neurochirurgie	6	1,0	1	0,1	4	0,5	0	0,0	11	0,5
Chirurgie cardiaque	4	0,7	2	0,3	1	0,1	1	0,7	8	0,3
Autre	2	0,3	2	0,3	5	0,6	1	0,7	10	0,4

Valeurs manquantes : 53 – 2,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La part d'enfants pour lesquels l'existence d'antécédents chirurgicaux n'est pas connue est plus élevée dans les foyers de l'enfance. Quand l'information est à la disposition du médecin effectuant l'examen, la présence d'antécédents chirurgicaux est retrouvée plus fréquemment pour les enfants accueillis en foyer de l'enfance et moins fréquemment pour ceux placés en MECS / LVA ou auprès des assistants familiaux.

Des variations de fréquence des antécédents chirurgicaux selon le lieu de placement peuvent être mises en évidence :

- les antécédents traumatologiques sont plus fréquemment retrouvés parmi les antécédents des enfants placés en MECS / LVA que parmi ceux placés en foyer de l'enfance ;
- les antécédents de chirurgie ORL sont plus fréquents parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux et moins souvent parmi ceux en foyer de l'enfance ;
- les antécédents de chirurgie orthopédique sont plus fréquemment retrouvés pour les enfants en MECS / LVA ou en foyer de l'enfance.

Tableau 38 : Antécédents chirurgicaux personnels par lieu de placement

Antécédents chirurgicaux personnels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	19	4,5	71	4,6	31	11,7	1	1,3
Pas d'antécédent chirurgical personnel	239	57,0	860	55,9	161	60,5	53	67,1
<b>Antécédents chirurgicaux personnels</b>	<b>161</b>	<b>38,4</b>	<b>608</b>	<b>39,5</b>	<b>74</b>	<b>27,8</b>	<b>25</b>	<b>31,6</b>
Traumatologie	67	16,0	227	14,8	26	9,8	5	6,3
ORL	44	10,6	187	12,2	17	6,4	8	10,1
Chirurgie uro-génitale	20	4,8	96	6,3	7	2,7	5	6,3
Chirurgie abdominale	17	4,1	72	4,7	14	5,3	4	5,1
Chirurgie dentaire	19	4,6	50	3,3	6	2,3	1	1,3
Orthopédie	24	5,8	34	2,2	11	4,2	2	2,5
Ophtalmologie	5	1,2	33	2,2	5	1,9	2	2,5
Chirurgie maxillo-faciale	1	0,2	15	1,0	0	0,0	2	2,5
Neurochirurgie	0	0,0	10	0,7	1	0,4	0	0,0
Chirurgie cardiaque	1	0,2	7	0,5	0	0,0	0	0,0
Autre	1	0,2	9	0,6	0	0,0	0	0,0

Valeurs manquantes : 64 – 2,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les situations où l'existence ou non d'antécédents chirurgicaux par le médecin réalisant l'examen sont plus fréquentes dans le département de l'Hérault que dans l'Aude, les Pyrénées-Orientales étant

dans une position intermédiaire. La fréquence globale des antécédents chirurgicaux ne varie pas de façon significative entre ces trois départements. Des différences spécifiques entre départements de fréquence d'antécédents chirurgicaux sont retrouvées dans deux domaines :

- les antécédents traumatologiques sont plus fréquemment observés auprès des enfants dans les Pyrénées-Orientales et l'Aude que dans l'Hérault ;
- les antécédents de chirurgie ophtalmologique sont plus fréquemment relevés auprès des enfants de l'Aude et des Pyrénées-Orientales qu'auprès des enfants de l'Hérault.

Tableau 39 : Antécédents chirurgicaux personnels et répartition par département

Antécédents chirurgicaux personnels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	10	3,1	3	5,5	85	5,9	4	6,9	20	4,6
Pas d'antécédent chirurgical personnel	184	56,6	41	74,5	845	58,5	35	60,3	214	49,7
<b>Antécédents chirurgicaux personnels</b>	<b>131</b>	<b>40,3</b>	<b>11</b>	<b>20,0</b>	<b>515</b>	<b>35,6</b>	<b>19</b>	<b>32,8</b>	<b>197</b>	<b>45,7</b>
Traumatologie	50	15,4	4	7,3	165	11,5	9	15,8	10	23,7
ORL	42	13,0	2	3,6	155	10,8	8	14,0	49	11,4
Chirurgie uro-génitale	18	5,6	2	3,6	84	5,9	2	3,5	22	5,1
Chirurgie abdominale	14	4,3	1	1,8	70	4,9	1	1,8	21	4,9
Chirurgie dentaire	8	2,5	0	0,0	52	3,6	1	1,8	15	3,5
Orthopédie	7	2,2	1	1,8	47	3,3	0	0,0	16	3,7
Ophtalmologie	14	4,3	1	1,8	16	1,1	1	1,8	13	3,0
Chirurgie maxillo-faciale	1	0,3	0	0,0	13	0,9	0	0,0	4	0,9
Neurochirurgie	2	0,6	1	1,8	7	0,5	0	0,0	1	0,2
Chirurgie cardiaque	1	0,3	0	0,0	6	0,4	0	0,0	1	0,2
Autre	0	0,0	0	0,0	9	0,6	0	0,0	1	0,2

Valeurs manquantes : 53 -2,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse multivariée portant sur la présence ou non d'antécédents chirurgicaux montre que, toutes choses égales par ailleurs, ceux-ci sont plus fréquents pour les classes d'âge au-delà de 6 ans, pour les garçons, pour les enfants placés en famille d'accueil et pour les enfants des Pyrénées-Orientales. Ils sont par contre moins fréquents pour les enfants placés en foyer de l'enfance.

### Antécédents d'hospitalisations

Plus de deux enfants sur cinq (43,8 %) ont déjà été hospitalisés. Les antécédents d'hospitalisations sont inconnus dans 8,4 % des cas. Si la proportion d'enfants ayant déjà été hospitalisés est de 39,4 % pour ceux âgés de 0 à 6 ans, cette proportion augmente régulièrement avec l'âge : 42,0 % pour les 7-12 ans, 47,1 % pour les 13-17 ans et 50,4 % chez les jeunes majeurs. Les antécédents d'hospitalisations sont moins souvent retrouvés parmi les jeunes accueillis dans les foyers de l'enfance (27,4 %) mais c'est aussi pour eux que cette information est la plus souvent inconnue (15,4 %). La fréquence des antécédents d'hospitalisations ne varie pas entre les départements. Après ajustement sur ces différentes variables et sur le sexe, il ressort que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 13-17 ans et ceux de 18 ans et plus sont plus nombreux à avoir déjà été hospitalisés. Les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux dans ce cas. Il n'est pas observé de différence, après ajustement, selon le sexe ou le département.

Le nombre d'hospitalisations n'est connu que pour 37,4 % des enfants ayant été hospitalisés. Ce nombre varie entre 1 et 15. Il est en moyenne de 2 avec un écart-type de 1,6. La moitié des enfants (53,1 %) a été hospitalisée une seule fois et un quart (23,6 %) deux fois. Seul un enfant hospitalisé sur dix (11,9 %) l'a été 4 fois ou plus. Si le nombre moyen d'hospitalisations de ces enfants augmente avec l'âge (de  $1,7 \pm 1,3$  pour les 0-6 ans à  $2,3 \pm 2,1$  pour les 13-17 ans), ce nombre moyen ne varie pas selon le lieu de placement ou le département.

La durée totale des hospitalisations est mieux connue que leur nombre : cette information est disponible pour 84,9 % des enfants hospitalisés. Dans les deux tiers des cas (62,2 %), cette durée cumulée est de moins d'une semaine, dans 2,8 % des cas, la durée cumulée est d'une semaine à un mois et dans 15,1 % elles ont duré au total plus d'un mois. C'est chez les plus jeunes (0-6 ans) et les plus âgés (18 ans et plus) que la proportion d'enfants ayant été hospitalisés moins d'une semaine au total est la plus faible : respectivement 52,1 % et 54,7 % contre 68,2 % pour les 7-12 ans et 65,2 % chez les 13-17 ans. À l'opposé, les durées d'hospitalisation cumulées de plus d'un mois concernent un quart (24,5 %) des jeunes majeurs et 19,2 % des plus jeunes (0-6 ans), alors que cette proportion est de 15,3 % pour les 13-17 ans et de 9,0 % pour les 7-12 ans. Par contre, la durée cumulée des hospitalisations ne varie pas significativement selon le lieu de placement ou le département.

### **Antécédents personnels psychiatriques ou psychologiques**

Dans 6,7 % des cas, le médecin n'a pas connaissance de l'existence ou non d'antécédents psychiatriques ou psychologiques. Ceci est un peu moins fréquent aux âges extrêmes (0-6 ans et 18 ans et plus). Un tiers des enfants inclus dans l'étude (33,8 %) présente des antécédents psychiatriques et psychologiques. Rappelons que la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents est estimée actuellement à 12,5 % en population générale<sup>5</sup>. La fréquence des antécédents psychiatriques et psychologiques augmente avec l'âge.

L'antécédent psychiatrique ou psychologique le plus souvent rapporté couvre les troubles des conduites ou du comportement et concerne 14 % des enfants. La prévalence de ce trouble chez les 0-19 ans en population générale est estimée à 3,8 %<sup>6</sup>. C'est parmi les 7-12 ans et les 13-17 ans que cet antécédent est le plus fréquent. Il est beaucoup plus rare avant 7 ans. Les antécédents de troubles anxieux concernent 11 % des jeunes (5 % chez les 5-19 ans en population générale) avec une fréquence qui augmente avec l'âge de façon statistiquement significative. Après ces deux antécédents dont la fréquence est proche, un troisième apparaît deux fois moins fréquemment : il s'agit des antécédents de troubles oppositionnels qui concernent 7 % des enfants, sans variation significative avec l'âge. Les autres antécédents psychiatriques ou psychologiques sont beaucoup moins fréquents et concernent au plus 3 % des enfants : d'abord les troubles des conduites alimentaires (3 %), ensuite, les tentatives de suicides et les troubles envahissants du développement (2 % chacun). Enfin, trois types d'antécédents sont rapportés pour autour de 1 % des enfants : les symptômes psychotiques, les dépressions majeurs et les troubles obsessionnels compulsifs.

Tableau 40 : Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels et répartition par âge

Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	28	4,7	54	7,8	67	7,7	4	3,1	153	6,7
Pas d'antécédent psychiatrique personnel	444	75,0	386	55,7	461	53,1	67	51,1	1 358	59,5
<b>Antécédents psychiatriques personnels</b>	<b>120</b>	<b>20,3</b>	<b>253</b>	<b>36,5</b>	<b>340</b>	<b>39,2</b>	<b>60</b>	<b>45,8</b>	<b>773</b>	<b>33,8</b>
Troubles des conduites ou du comportement	37	6,3	117	17,2	140	16,3	17	13,2	311	13,8
Troubles anxieux	47	8,0	73	10,8	106	12,3	30	23,3	256	11,3
Troubles oppositionnels	33	5,6	48	7,1	60	7,0	5	3,9	146	6,5
Troubles des conduites alimentaires	14	2,4	25	3,1	23	2,7	6	4,7	68	3,0
Tentatives de suicide	1	0,2	2	0,3	30	3,5	5	3,9	38	1,7
Troubles envahissants du développement	8	1,4	16	2,4	11	1,3	3	2,3	38	1,7
Symptômes psychotiques	1	0,2	7	1,0	9	1,0	8	6,2	25	1,1
Dépression majeure	1	0,2	2	0,3	13	1,5	5	3,9	21	0,9
Troubles obsessionnels compulsifs	1	0,2	8	1,2	5	0,9	0	0,0	14	0,6
Autre	25	4,2	50	7,4	87	10,1	11	8,5	173	7,7

Valeurs manquantes : 83 –3,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

<sup>5</sup> Inserm – Expertise collective. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Synthèse et recommandations. Les éditions de l'Inserm. Paris 2002. 80p.

<sup>6</sup> *Ibid.*

Les situations où il n'y a pas connaissance ou non d'antécédents psychiatriques ou psychologiques sont plus fréquentes pour les enfants placés en foyer de l'enfance que pour les autres enfants. Quand l'information est disponible, on relève une moindre fréquence d'antécédents psychiatriques ou psychologiques parmi les enfants accueillis en foyer de l'enfance que pour ceux accueillis en MECS / LVA ou par des assistants familiaux.

Des différences significatives entre lieu de placement et la fréquence de deux types d'antécédents psychiatriques ou psychologiques apparaissent : les antécédents de troubles anxieux d'une part, de troubles oppositionnels d'autre part, sont moins souvent retrouvés pour les enfants placés en foyer de l'enfance. La fréquence des autres antécédents psychiatriques ou psychologiques ne varie pas en fonction du lieu de placement.

Tableau 41 : Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels par lieu de placement

Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	28	6,8	83	5,5	37	13,8	5	6,5
Pas d'antécédent psychiatrique personnel	240	58,3	884	58,3	187	69,8	40	51,9
<b>Antécédents psychiatriques personnels</b>	<b>144</b>	<b>35,0</b>	<b>548</b>	<b>36,2</b>	<b>44</b>	<b>16,4</b>	<b>32</b>	<b>41,6</b>
Troubles des conduites ou du comportement	57	14,0	218	14,6	24	9,1	10	13,2
Troubles anxieux	42	10,3	189	12,6	9	3,4	14	18,4
Troubles oppositionnels	35	8,6	101	6,7	7	2,7	2	2,6
Troubles des conduites alimentaires	9	2,2	51	3,4	4	1,5	4	5,3
Tentatives de suicide	12	2,9	18	1,2	6	2,3	2	2,6
Troubles envahissants du développement	4	1,0	32	2,1	1	0,4	1	1,3
Symptômes psychotiques	4	1,0	17	1,1	1	0,4	3	3,9
Dépression majeure	7	1,7	13	0,9	0	0,0	1	1,3
Troubles obsessionnels compulsifs	0	0,0	14	0,9	0	0,0	0	0,0
<b>Autre</b>	<b>40</b>	<b>9,8</b>	<b>115</b>	<b>7,7</b>	<b>6</b>	<b>2,3</b>	<b>11</b>	<b>14,5</b>

Valeurs manquantes : 95 -4,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Une méconnaissance de la présence ou non d'antécédents psychiatriques ou psychologiques par le médecin est moins fréquente dans l'Aude que dans l'Hérault ou les Pyrénées-Orientales. Si la fréquence globale de ces antécédents ne varie pas entre département, des différences significatives pour des antécédents plus spécifiques existent : les troubles anxieux et les troubles oppositionnels sont moins souvent relevés dans les Pyrénées-Orientales que dans l'Hérault ou l'Aude. Pour les troubles oppositionnels, on constate également qu'ils sont plus fréquents dans l'Hérault que dans l'Aude.

Tableau 42 : Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels par département

Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	8	2,4	0	0,0	111	7,9	4	7,3	30	6,9
Pas d'antécédent psychiatrique personnel	208	63,0	41	74,5	807	57,3	32	58,2	270	61,9
<b>Antécédents psychiatriques personnels</b>	<b>114</b>	<b>34,5</b>	<b>14</b>	<b>25,5</b>	<b>490</b>	<b>34,8</b>	<b>19</b>	<b>34,5</b>	<b>136</b>	<b>31,2</b>
Troubles des conduites ou du comportement	52	15,9	4	7,4	183	13,1	6	10,9	66	15,4
Troubles anxieux	40	12,2	5	9,3	172	12,3	8	14,5	31	7,2
Troubles oppositionnels	18	5,5	2	3,7	109	7,8	3	5,5	14	3,3
Troubles des conduites alimentaires	13	4,0	0	0,0	44	3,2	1	1,8	10	2,3
Tentatives de suicide	3	0,9	2	3,7	24	1,7	1	1,8	8	1,9
Troubles envahissants du développement	5	1,5	0	0,0	22	1,6	1	1,8	10	2,3
Symptômes psychotiques	3	0,9	0	0,0	16	1,1	1	1,8	5	1,2
Dépression majeure	0	0,0	0	0,0	17	1,2	1	1,8	3	0,7
Troubles obsessionnels compulsifs	1	0,3	0	0,0	12	0,9	0	0,0	1	0,2
<b>Autre</b>	<b>20</b>	<b>6,1</b>	<b>4</b>	<b>7,4</b>	<b>124</b>	<b>8,9</b>	<b>2</b>	<b>3,6</b>	<b>23</b>	<b>5,4</b>

Valeurs manquantes : 83 - 3,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, il apparaît que les antécédents psychiatriques ou psychologiques sont plus nombreux pour les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans, pour les garçons et pour les enfants placés en famille d'accueil. Ils sont moins fréquents pour les enfants placés en foyer de l'enfance. Il n'y a pas de différence entre départements.

### **Antécédents de troubles du langage et des apprentissages**

Cette partie de l'analyse est centrée sur les enfants de plus de 6 ans, soit 1 750 enfants.

Dans 8 % des cas, l'examen se fait sans connaissance d'éventuels antécédents de troubles du langage et des apprentissages. Cette méconnaissance ne varie pas avec l'âge de l'enfant.

La présence d'antécédents de troubles du langage et des apprentissages concerne deux enfants sur cinq et sont plus fréquents chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qu'au-delà de cet âge. Le retard de langage est l'antécédent le plus fréquemment retrouvé dans ce domaine, relevé pour un quart des enfants. Il concerne près de deux fois plus souvent les enfants âgés de 7 à 12 ans que les jeunes majeurs. La dyslexie vient ensuite en fréquence concernant 14 % des enfants sans différence significative en fonction de l'âge comme pour les antécédents dont la fréquence est moindre. En population générale, la prévalence de la dyslexie en France est estimée entre 6 et 8 %<sup>7</sup>. Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité concernent 7 % des enfants (estimation à 1,3 % en population générale). Une déficience intellectuelle est relevée comme antécédent dans 5 % des cas. Enfin, dyspraxies et dysphasies sont des antécédents plus rarement retrouvés.

Tableau 43 : Antécédents de troubles du langage et des apprentissages et répartition par âge

Antécédents de troubles du langage et des apprentissages	7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	50	7,2	84	9,6	10	7,3	144	8,4
Pas d'antécédent de troubles du langage...	309	44,2	469	53,4	79	57,7	857	50,0
Antécédents de troubles du langage...	340	48,6	326	37,1	48	35,0	714	41,6
Retard de langage	212	31,3	175	20,5	23	17,0	410	24,6
Dyslexie	82	12,1	124	14,5	19	14,1	225	13,5
Tr déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	55	8,1	55	6,4	4	3,0	114	6,8
Déficience intellectuelle	35	5,2	32	3,7	9	6,7	76	4,6
Dyspraxie	21	3,1	15	1,8	3	2,2	39	2,3
Dysphasie	11	1,6	9	1,1	4	3,0	24	1,4

Valeurs manquantes : 35 – 2,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Dans les foyers de l'enfance, dans un quart des cas, le médecin n'a pas d'information sur les antécédents de troubles du langage et des apprentissages alors que cette proportion est, tous lieux de placement confondus, de 11,5 % en moyenne. De ce fait, ces antécédents sont globalement beaucoup moins fréquents parmi les enfants placés en foyer de l'enfance. C'est pour ceux placés auprès d'assistants familiaux que cette proportion est la plus importante. Les antécédents de retard de langage et, dans une moindre mesure, de dyslexie, de déficience intellectuelle ou de dyspraxie sont également plus fréquents parmi ces enfants.

<sup>7</sup> Inserm – Expertise opérationnelle. Santé de l'enfant : Propositions pour un meilleur suivi. Les éditions de l'Inserm. Paris 2009. 268 p.

Tableau 44 : Antécédents de troubles du langage et des apprentissages par lieu de placement

Antécédents de troubles du langage et des apprentissages	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	30	7,7	56	5,3	52	24,6	6	11,5
Pas d'antécédent de troubles du langage...	227	57,9	467	44,4	138	65,4	20	38,5
Antécédents de troubles du langage...	135	34,4	529	50,3	21	10,0	26	50,0
Retard de langage	63	16,6	324	31,8	7	3,3	15	29,4
Dyslexie	52	13,7	153	15,0	8	3,8	10	19,6
Tr déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	15	4,0	94	9,2	3	1,4	2	3,9
Déficience intellectuelle	8	2,1	62	6,1	2	1,0	4	7,8
Dyspraxie	3	0,8	31	3,0	2	1,0	3	5,9
Dysphasie	3	0,8	19	1,9	0	0,0	2	3,9

Valeurs manquantes : 43 – 2,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'absence de connaissance concernant les antécédents de troubles du langage et des apprentissages ne varie pas de façon significative entre les départements de l'Aude, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales. Ce type d'antécédents est retrouvé plus fréquemment parmi les enfants de l'Hérault et moins souvent parmi ceux des Pyrénées-Orientales. Plus spécifiquement, trois types d'antécédents de troubles du langage et des apprentissages apparaissent plus fréquents parmi les enfants héraultais : la dyslexie, la dysphasie, et les TDAH. La déficience intellectuelle est un antécédent plus fréquent dans l'Aude et moins fréquent dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 45 : Antécédents de troubles du langage et des apprentissages par département

Antécédents de troubles du langage et des apprentissages	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inconnu	12	4,8	2	10,0	94	8,7	3	9,4	33	10,1
Pas d'antécédent de troubles du langage...	138	54,8	14	70,0	500	46,1	20	62,5	185	56,7
Antécédents de troubles du langage...	102	40,5	4	20,0	491	45,3	9	28,1	108	33,1
Retard de langage	72	29,0	1	5,0	261	24,8	6	20,0	70	22,1
Dyslexie	25	10,1	3	15,0	168	16,0	0	0,0	29	9,1
Tr déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	13	5,2	0	0,0	91	8,7	1	3,3	9	2,8
Déficience intellectuelle	20	8,1	0	0,0	51	4,9	1	3,3	4	1,3
Dyspraxie	9	3,6	0	0,0	25	2,4	1	3,3	4	1,3
Dysphasie	1	0,4	0	0,0	22	2,1	0	0,0	1	0,3

Valeurs manquantes : 35 – 2,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Quand on fait porter l'analyse multivariée sur les situations où la présence ou non d'antécédents de troubles du langage et des apprentissages est connue, on relève que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 7-12 ans et ceux de 13-17 ans sont plus nombreux à présenter de tels antécédents de même que les garçons, les enfants placés en famille d'accueil et ceux de l'Hérault. Ceux placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux à en présenter.

## Orientation MDPH

Pour un enfant sur cinq (19,5 %), un dossier a été déposé auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en vue de la notification d'une aide, d'une prestation ou d'une orientation vers un établissement ou service par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Pour plus des trois quarts des enfants (77,6 %), aucune démarche de ce type n'a été effectuée et dans 2,8 % des cas, l'information est inconnue au moment de l'examen médical.

Si la méconnaissance de cette information ne varie pas de façon significative avec l'âge, le dépôt d'un dossier auprès de la MDPH est relativement rare chez les plus jeunes (9,5 % pour les 0-6 ans). C'est pour les 7-12 ans que ceci est le plus fréquent : 28,9 % des enfants de cet âge sont concernés. Les taux observés au-delà de cet âge sont similaires : 18,9 % pour les 13-17 ans et 18,7 % pour les jeunes majeurs. Seuls 10,1 % des enfants en foyer de l'enfance sont concernés par le dépôt d'un dossier auprès de la MDPH et c'est parmi ces mêmes enfants que l'information est la moins souvent connue : 7,1 % des cas. C'est pour les enfants placés auprès d'assistants familiaux que le taux le plus élevé de dépôt de dossier auprès de la MDPH est observé – 21,7 % - alors que ce taux est de 16,9 % pour les enfants placés en MECS / LVA. C'est dans l'Aude que la proportion d'enfants pour lesquels un dossier MDPH existe, est la plus importante : 24,0 %. Cette proportion est de 20,1 % dans les Pyrénées-Orientales et de 18,7 % dans l'Hérault.

Après prise en compte de ces différents facteurs et du sexe dans une analyse multivariée, il ressort que, toutes choses égales par ailleurs, un dossier a été déposé à la MDPH plus fréquemment quand l'enfant appartient à une classe d'âge au-delà de 6 ans, est un garçon, ou est placé en famille d'accueil. Cela est moins fréquent pour les enfants placés en foyer de l'enfance et aucune différence significative par département n'est alors retrouvée.

Dans près de la moitié des cas (47,2 %), le dossier a été déposé à l'initiative des services du Département (PMI ou ASE). Les parents sont à l'initiative de ce dépôt dans 21,4 % des cas et les assistants familiaux dans 5,2 % des cas. Dans 26,2 % des cas, ce sont d'autres personnes qui ont pris cette initiative. Ces proportions ne varient pas significativement en fonction de l'âge de l'enfant. Par contre, on observe que les parents sont plus souvent à l'origine de cette initiative quand les enfants sont placés en MECS / LVA (50,0 % des cas) et le Département (PMI ou ASE) quand l'enfant est placé auprès d'assistants familiaux (51,5 %). On observe également que, dans l'Aude, le Département (PMI ou ASE) est à l'initiative de 72,0 % des dépôts de dossiers auprès de la MDPH.

Différents éléments ressortent de l'analyse des éléments collectés sur les notifications prononcées suite au dépôt d'un dossier auprès de la MDPH. Ainsi, pour les 379 enfants ayant eu une notification par la CDAPH :

concernant la scolarisation :

- un quart des enfants (24,5 %) bénéficient d'une AVSI, cette fréquence étant beaucoup plus importante parmi les 0-6 ans (78,6 %) que chez les 7-12 ans (26,4 %) ou les 13-17 ans (9,2 %) ;
- 12,7 % des enfants sont accueillis en CLIS. Cette proportion atteint 24,2 % chez les 7-12 ans et est de 9,5 % chez les moins de 7 ans ;
- 5,3 % des enfants sont orientés en ULIS. Il s'agit principalement de 13-17 ans (11,3 % des enfants de cette classe d'âge).

concernant l'orientation vers un service médicosocial pour enfants et adolescents :

- 10,8 % des enfants bénéficient d'une orientation vers un SESSAD. Cette proportion est de 13,5 % chez les 7-12 ans et voisine de 9,5 % chez les 0-6 ans et les 13-17 ans. Cependant, ces différences par âge ne sont pas significatives sur le plan statistique.

concernant l'orientation vers les établissements médicosociaux pour enfants et adolescents :

- plus de deux enfants sur cinq (43,9 %) bénéficient d'une orientation vers un établissement médicosocial pour enfants ou adolescents ;
- la fréquence de ces orientations augmente avec l'âge : 4,8 % chez les 0-6 ans, 36,3 % chez les 7-12 ans, 61,7 % chez les 13-17 ans et 72,2 % chez les jeunes majeurs ;
- la fréquence de ces orientations ne varie pas selon le lieu de placement ou le département ;
- les orientations vers les ITEP sont les plus fréquentes (21,1 % des enfants ayant une orientation) avant les orientations vers les IME (19,3 %) ;

- les orientations vers d'autres catégories d'établissements sont beaucoup plus rares : 2,6 % vers un IMPRO, 1,1 % vers un IEM, 0,5 % vers un IES.

concernant l'orientation vers les établissements ou services médicosociaux pour adultes :

- cela concerne 1,3 % des jeunes ayant une notification et il s'agit essentiellement d'orientation vers un ESAT (4 cas).

Les notifications d'orientations sont mises en œuvre dans 83,4 % des cas. Ces notifications sont, toutes choses égales par ailleurs, d'autant plus mises en œuvre si l'enfant est âgé de plus de 6 ans. Aucune différence significative n'apparaît selon le sexe, le lieu de placement ou le département.

### ***Suivi médical antérieur***

Avant que l'enfant soit pris en charge par l'ASE, trois sur cinq (59,6 %) avaient bénéficié d'un suivi médical adapté selon l'avis du médecin réalisant l'examen : réalisation des consultations obligatoires ou recommandées, vaccination, suivi des pathologies connues...

Parmi les autres enfants, les situations où la qualité du suivi n'est pas connue sont plus fréquentes que celles où l'enfant n'a pas bénéficié d'un suivi médical adapté : respectivement 22,1 % et 18,3 % des enfants.

La fréquence d'un suivi médical adapté diminue avec l'âge : de 68,5 % entre 0 et 6 ans à 49,2 % pour les jeunes majeurs (avec des valeurs de 62,5 % pour les 7-12 ans et de 52,7 % chez les 13-17 ans). Ce suivi médical adapté est également plus fréquent parmi les enfants placés en MECS / LVA (64,8 %) et auprès des assistants familiaux (61,9 %) que pour ceux en foyers de l'enfance (36,1 %). C'est également en foyer de l'enfance que la proportion d'enfant pour lesquels on ne sait pas s'ils ont eu un suivi médical adapté est la plus élevée (36,9 %). Enfin, un suivi médical adapté apparaît plus fréquent dans les Pyrénées-Orientales (61,9 %) et dans l'Hérault (59,3 %) que dans l'Aude (53,2 %).

Après prise en compte de ces différents facteurs et du sexe dans une analyse multivariée, il ressort que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 13-17 ans sont moins nombreux à avoir bénéficié d'un suivi médical adapté en amont de même que les enfants placés en famille d'accueil ou ceux placés en foyer de l'enfance. Un suivi médical antérieur adapté est plus fréquemment retrouvé dans les Pyrénées-Orientales et dans l'Hérault, à âge, sexe, et lieu de placement identiques.

## **Habitudes de vie**

### ***Alimentation et appétit***

Un peu plus d'une fois sur dix (11,2 %), il est considéré lors de l'examen médical que l'alimentation de l'enfant n'est pas équilibrée. La fréquence de ceci augmente avec l'âge. Les deux problèmes d'équilibre alimentaire les plus souvent retrouvés, à la même fréquence chacun (2,7 % des enfants) sont le grignotage, d'une part et une alimentation pauvre en fruits et légumes d'autre part. La fréquence du grignotage, faible avant 7 ans, est un peu plus importante chez les 7-12 ans et est maximale à partir de 13 ans (autour de 4 % des enfants et adolescents concernés). Le manque de fruits et légumes dans l'alimentation est rarement retrouvé chez les enfants de moins de 7 ans ; après cet âge, sa fréquence est significativement plus élevée, entre 3 et 4 %. Les autres problèmes d'équilibre alimentaire signalés ont une fréquence voisine de 1 % : les rythmes alimentaires déstructurés, une alimentation trop calorique, une consommation excessive de soda ou une boulimie.

Tableau 46 : Équilibre alimentaire et répartition par âge

Alimentation équilibrée	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Oui</b>	568	94,7	639	91,4	739	84,3	109	79,6	2 055	88,8
<b>Non</b>	32	5,3	60	8,6	138	15,7	28	20,4	258	11,2
Grignotage	5	0,8	16	2,3	34	4,0	6	4,5	61	2,7
Peu/pas de légumes ou de fruits	5	0,8	21	3,0	30	3,5	5	3,8	61	2,7
Problème de rythme alimentaire	1	0,2	1	0,1	17	2,0	7	5,3	26	1,1
Hypercalorique	1	0,2	4	0,6	15	1,7	2	1,5	22	1,0
Consommation de sodas	1	0,2	2	0,3	17	2,0	1	0,8	21	0,9
Boulimie	1	0,2	3	0,4	6	0,7	2	1,5	12	0,5
Autre	3	0,5	7	1,0	10	1,2	1	0,8	21	0,9

Valeurs manquantes : 54 – 2,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les problèmes d'équilibre alimentaires repérés lors de l'examen médical apparaissent moins fréquents pour les enfants placés auprès d'assistants familiaux ou en foyer de l'enfance et plus fréquents pour ceux placés en MECS / LVA. Une seule différence significative est retrouvée concernant le détail des problèmes d'équilibre alimentaire selon le lieu de placement : le grignotage est relevé de façon plus fréquente pour les enfants en MECS / LVA.

Tableau 47 : Équilibre alimentaire par lieu de placement

Alimentation équilibrée	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Oui</b>	361	84,1	1 385	90,5	235	90,0	64	79,0
<b>Non</b>	68	15,9	145	9,2	26	10,0	17	21,0
Grignotage	20	4,8	34	2,2	2	0,8	4	5,1
Peu/pas de légumes ou de fruits	12	2,9	43	2,8	3	1,2	3	3,8
Problème de rythme alimentaire	8	1,9	9	0,6	5	1,9	4	5,1
Hypercalorique	7	1,7	9	0,6	3	1,2	3	3,8
Consommation de sodas	8	1,9	10	0,7	0	0,0	3	3,8
Boulimie	4	1,0	6	0,4	1	0,4	0	0,0
Autre	3	0,7	14	0,9	4	1,6	0	0,0

Valeurs manquantes : 66 – 2,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Si, globalement, la fréquence des problèmes d'équilibre alimentaire ne varie pas significativement entre départements, des différences spécifiques à certains types de problème d'équilibre apparaissent significatives :

- une consommation insuffisante de fruits et de légumes est relevée plus fréquemment dans l'Aude et plus rarement dans les Pyrénées-Orientales ;
- une consommation excessive de soda est plus fréquente dans l'Hérault.

Tableau 48 : Équilibre alimentaire et répartition par département

Alimentation équilibrée	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Oui</b>	292	86,9	53	93,0	1 246	88,1	37	98,5	397	90,8
<b>Non</b>	44	13,1	4	7,0	169	11,9	1	1,5	40	9,2
Grignotage	9	2,7	0	0,0	44	3,2	0	0,0	8	1,8
Peu/pas de légumes ou de fruits	18	5,4	3	5,3	36	2,6	0	0,0	4	0,9
Problème de rythme alimentaire	0	0,0	0	0,0	20	1,4	0	0,0	6	1,4
Hypercalorique	3	0,9	0	0,0	15	1,1	0	0,0	4	0,9
Consommation de sodas	0	0,0	0	0,0	21	1,5	0	0,0	0	0,0
Boulimie	1	0,3	0	0,0	10	0,7	0	0,0	1	0,2
Autre	7	2,1	0	0,0	12	0,9	0	0,0	2	0,5

Valeurs manquantes : 54 – 2,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse multivariée qui permet d'étudier l'effet du sexe et de ces différents facteurs indépendamment les uns des autres montre que les enfants de 13-17 ans et ceux de 18 ans et plus

sont moins nombreux à avoir une alimentation équilibrée. Les enfants placés en famille d'accueil, ceux placés en foyer de l'enfance, ceux de l'Hérault et ceux des Pyrénées-Orientales sont plus nombreux à avoir une alimentation équilibrée.

L'appétit des enfants est qualifié de bon, neuf fois sur dix (89,5 %) sans effet de l'âge, du lieu de placement ou du département. Les difficultés d'alimentation sont soulignées pour 6,3 % des enfants. Une hyperphagie est relevée dans 4,6 % des cas et des comportements de type anorexique dans 0,8 % des cas. Ces derniers sont significativement plus fréquents au-delà de 12 ans.

## Sommeil

Des problèmes de sommeil sont relevés dans plus d'un quart des cas (27,4 %). Cette proportion augmente avec l'âge, d'un enfant sur cinq parmi les plus jeunes à un tiers parmi les 13-17 ans et les jeunes majeurs. Les troubles le plus souvent rapportés sont les difficultés d'endormissement qui concernent 18 % des enfants et dont la fréquence augmente avec l'âge : ils touchent un quart des personnes enquêtées au-delà de 12 ans. Les réveils nocturnes concernent un enfant sur dix et ils sont également plus fréquents après 12 ans qu'avant. Les cauchemars touchent 5 % des enfants, sans variation significative avec l'âge. Les terreurs nocturnes, les décalages de phase et les autres troubles du sommeil (sommambulisme, rituels d'endormissement...) touchent au plus 1 % des enfants.

31,3 % des enfants de 11-15 ans de l'étude ont des problèmes de sommeil. L'enquête HBSC de 2010 montre que, chez les collégiens de même âge, 27,2 % ont une dette de sommeil et 29,9 % des difficultés d'endormissement<sup>8</sup>.

Tableau 49 : Sommeil et répartition par âge

Sommeil	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Bon</b>	481	80,6	539	77,6	570	64,2	91	67,9	<b>1 681</b>	<b>72,6</b>
<b>Troubles du sommeil</b>	116	19,4	156	22,4	318	35,8	43	32,1	<b>633</b>	<b>27,4</b>
<b>Difficultés d'endormissement</b>	62	10,4	97	14,0	215	24,2	33	24,6	<b>407</b>	<b>17,6</b>
Réveils nocturnes	57	9,5	54	7,8	133	15,0	17	12,7	<b>261</b>	<b>11,3</b>
Cauchemars	22	3,7	41	5,9	56	6,3	6	4,5	<b>125</b>	<b>5,4</b>
Terreurs nocturnes	9	1,5	4	0,6	11	1,2	0	0,0	<b>24</b>	<b>1,0</b>
Décalage de phase	0	0,0	0	0,0	8	0,9	4	3,0	<b>12</b>	<b>0,5</b>
Autre	9	1,5	9	1,3	6	0,7	0	0,0	<b>24</b>	<b>1,0</b>

Valeurs manquantes : 53 – 2,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les problèmes de sommeil apparaissent globalement plus fréquents parmi les enfants placés en MECS / LVA ou en foyer de l'enfance. De façon plus spécifique, les difficultés d'endormissement sont plus fréquentes parmi les enfants en foyer de l'enfance et les réveils nocturnes plus fréquents parmi les enfants placés en MECS / LVA et moins fréquents parmi ceux placés auprès d'assistants familiaux.

<sup>8</sup> Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. La santé des collégiens en France 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.

Tableau 50 : Sommeil par lieu de placement

Sommeil	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Bon</b>	267	62,5	1 162	76,0	185	69,0	58	73,4
<b>Troubles du sommeil</b>	160	37,5	366	24,0	83	31,0	21	26,6
<b>Difficultés d'endormissement</b>	62	10,4	97	14,0	215	24,2	33	24,6
Réveils nocturnes	70	16,4	144	9,4	35	13,1	10	12,7
Cauchemars	23	5,4	83	5,4	14	5,2	3	3,8
Terreurs nocturnes	5	1,2	17	1,1	1	0,4	0	0,0
Décalage de phase	4	0,9	6	0,4	2	0,7	0	0,0
Autre	1	0,2	22	1,4	1	0,4	0	0,0

Valeurs manquantes : 65 – 2,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les problèmes de sommeil, quels qu'ils soient, sont retrouvés plus fréquemment parmi les enfants dans l'Hérault que dans l'Aude ou les Pyrénées-Orientales. Ceci est retrouvé pour les difficultés d'endormissement (plus fréquentes dans l'Hérault et moins dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales), alors que les réveils nocturnes sont rapportés moins fréquemment pour les enfants inclus dans l'étude dans les Pyrénées-Orientales que pour ceux inclus dans l'Aude ou l'Hérault. Les cauchemars sont rapportés plus souvent pour les enfants des Pyrénées-Orientales et moins souvent pour ceux de l'Aude.

Tableau 51 : Sommeil et répartition par département

Sommeil	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Bon</b>	254	75,8	38	69,1	1 005	70,7	50	74,6	334	76,8
<b>Troubles du sommeil</b>	81	24,2	17	30,9	417	29,3	17	25,4	101	23,2
<b>Difficultés d'endormissement</b>	46	13,7	7	12,7	280	19,7	12	17,9	62	14,3
Réveils nocturnes	39	11,6	11	20,0	163	11,5	10	14,9	38	8,7
Cauchemars	11	3,3	5	9,1	74	5,2	3	4,5	32	7,4
Terreurs nocturnes	4	1,2	0	0,0	13	0,9	2	3,0	5	1,1
Décalage de phase	3	0,9	0	0,0	9	0,6	0	0,0	0	0,0
Autre	3	0,9	0	0,0	18	1,3	1	1,5	2	0,5

Valeurs manquantes : 53 – 2,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 13-17 ans et les jeunes majeurs sont moins nombreux à avoir un bon sommeil. Les garçons, les enfants placés en famille d'accueil et ceux placés en foyer de l'enfance sont plus nombreux à avoir un sommeil bon.

### **Consommation de tabac, alcool et autres drogues**

Cette partie de l'analyse, concernant la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues est centrée sur les seuls enfants âgés de 10 ans ou plus.

Trois jeunes de 10 ans ou plus sur dix (30,6 %) déclarent une consommation de tabac, le plus souvent régulière. Les consommateurs de tabac fument en moyenne 8,9 cigarettes par jour ( $\pm 7,1$ ) sans différence avec l'âge et fument depuis, en moyenne, près de trois ans : 34,6 mois  $\pm 24,4$ .

La consommation d'alcool concerne un jeune sur cinq (21,1 %) et cette consommation est essentiellement occasionnelle. La proportion de jeunes de 10 ans ou plus consommant du cannabis est de 14,4 %, soit un jeune sur sept et elle est dans les deux tiers des cas occasionnelle. Enfin, la consommation déclarée d'autres substances psycho actives ne concerne que 0,9 % des jeunes vus

dans le cadre de l'étude. La fréquence de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres substances psycho actives apparaît significativement plus élevée chez les jeunes majeurs.

Ces données peuvent être comparées à celles recueillies en 2010 au travers du Baromètre santé auprès de jeunes de 15 à 19 ans :

- en population générale, 32,1 % des 15-19 ans fument régulièrement ou occasionnellement ; dans notre étude, ils sont 43,7 % à déclarer fumer ;
- en population générale, les 15-19 ans sont 30,9 % à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement ou hebdomadairement ; dans notre étude, ils sont 32,6 % à déclarer consommer de l'alcool ;
- l'usage de cannabis concerne 22,1 % des 15-19 ans en population générale et 20,8 % des 15-19 ans dans notre étude.

Tableau 52 : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives et répartition par âge

Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives		10 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
		n	%	n	%	n	%
<b>Tabac</b>	Oui – fréquence non précisée	68	5,5	11	8,1	79	5,8
	Occasionnellement	99	8,0	8	5,9	107	7,8
	Régulièrement	186	15,0	47	34,8	233	17,0
	Non	814	65,8	69	51,1	883	64,3
	Question non abordée	71	5,7	0	0,0	71	5,2
<b>Alcool</b>	Oui – fréquence non précisée	6	0,7	1	0,8	9	0,7
	Occasionnellement	207	17,0	57	43,2	264	19,5
	Régulièrement	5	0,4	7	5,3	12	0,9
	Non	913	74,8	67	50,8	980	72,5
	Question non abordée	87	7,1	0	0,0	87	6,4
<b>Cannabis</b>	Oui – fréquence non précisée	13	1,1	0	0,0	13	1,0
	Occasionnellement	108	8,9	16	12,0	124	9,2
	Régulièrement	39	3,2	15	11,3	54	4,0
	Non	951	78,1	102	76,7	1 053	77,9
	Question non abordée	107	8,8	0	0,0	107	7,9
<b>Autres</b>	Oui – fréquence non précisée	6	0,5	1	0,8	7	0,5
	Occasionnellement	13	1,1	2	1,6	15	0,2
	Régulièrement	0	0,0	3	2,4	3	0,2
	Non	1 039	88,4	119	95,2	1 158	89,0
	Question non abordée	118	10,0	0	0,0	118	9,1

Valeurs manquantes : Tabac 60 – 4,2 % / Alcool 81 – 5,7 % / Cannabis 82 – 5,7 % / Autres substances 132 – 9,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La consommation de tabac apparaît moins fréquente parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux (21,0 %) ; elle est deux fois plus fréquente quand les enfants sont placés sur des lieux différents (41,9 % en foyer de l'enfance et 43,6 % en MECS / LVA). Parmi les fumeurs, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement ne varie pas selon le lieu de placement.

Le même type de différences entre lieu de placement que celles trouvées pour le tabac sont notées pour la consommation d'alcool : 14,9 % parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux, 26,9 % pour ceux placés en foyer de l'enfance et 28,7 % pour ceux placés en MECS / LVA. Les différences sont encore plus nettes pour le cannabis avec 8,2 % des jeunes de 10 ans ou plus placés auprès d'assistants familiaux déclarant en consommer, 20,5 % en MECS / LVA et 22,9 % en foyer de l'enfance. Par contre, les différences observées pour la consommation d'autres substances psycho actives ne sont pas significatives.

Tableau 53 : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives par lieu de placement

Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives		MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tabac</b>	Oui – fréquence non précisée	25	7,3	32	4,1	16	7,9	6	13,3
	Occasionnellement	32	9,3	53	6,9	20	9,9	1	2,2
	Régulièrement	93	27,0	77	10,0	49	24,1	12	26,7
	Non	180	52,3	560	72,4	113	55,7	25	55,6
	Question non abordée	14	4,1	51	6,6	5	2,5	1	2,2
<b>Alcool</b>	Oui – fréquence non précisée	3	0,9	2	0,3	3	1,5	1	2,3
	Occasionnellement	93	27,2	108	14,3	49	24,4	11	25,0
	Régulièrement	2	0,6	3	0,4	2	1,0	5	11,4
	Non	226	66,1	581	76,8	142	70,6	26	59,1
	Question non abordée	18	5,3	63	8,3	5	2,5	1	2,3
<b>Cannabis</b>	Oui – fréquence non précisée	4	1,2	4	0,5	5	2,5	0	0,0
	Occasionnellement	38	11,1	51	6,7	27	13,4	6	13,6
	Régulièrement	28	6,2	7	0,9	14	7,0	5	11,4
	Non	244	71,3	622	82,3	150	74,6	32	72,7
	Question non abordée	28	8,2	72	9,5	5	2,5	1	2,3
<b>Autres</b>	Oui – fréquence non précisée	1	0,3	4	0,6	2	1,0	0	0,0
	Occasionnellement	8	2,4	5	0,7	1	0,5	1	2,4
	Régulièrement	1	0,3	0	0,0	1	0,5	1	2,4
	Non	294	87,8	639	88,1	180	94,2	38	90,5
	Question non abordée	31	9,3	77	10,6	7	3,7	2	4,8

Valeurs manquantes : Tabac 68 –4,7 % / Alcool 89 – 6,2 % / Cannabis 90 – 6,3 % / Autres substances 140 – 9,8 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La fréquence de consommation de tabac ne varie pas entre les départements de même que le nombre de cigarettes fumées en moyenne par jour par les fumeurs. Par contre, des variations significatives sont retrouvées concernant la consommation d'alcool ou de cannabis : les jeunes de 10 ans et plus inclus dans l'étude dans l'Aude sont moins nombreux à consommer de l'alcool, que ce soit régulièrement ou occasionnellement, que les jeunes de l'Hérault ou des Pyrénées-Orientales. De même, une consommation de cannabis occasionnelle ou régulière est moins souvent notée auprès des enfants audois qu'auprès des enfants héraultais ou des Pyrénées-Orientales. Enfin, aucune différence de fréquence entre départements n'est relevée pour les autres substances psycho actives.

Tableau 54 : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives par département

Sommeil		Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tabac</b>	Oui – fréquence non précisée	25	12,8	0	0,0	40	4,7	1	2,8	13	4,7
	Occasionnellement	10	5,1	2	18,2	61	7,2	2	5,6	32	11,5
	Régulièrement	14	7,1	0	0,0	173	20,3	6	16,7	40	14,4
	Non	144	73,5	9	81,8	511	60,0	27	75,0	192	69,1
	Question non abordée	3	1,5	0	0,0	67	7,9	0	0,0	1	0,4
<b>Alcool</b>	Oui – fréquence non précisée	1	0,5	0	0,0	5	0,6	0	0,0	3	1,1
	Occasionnellement	20	10,5	1	8,3	180	21,5	1	2,9	62	22,4
	Régulièrement	0	0,0	0	0,0	12	1,4	0	0,0	0	0,0
	Non	163	85,3	11	91,7	563	67,3	33	94,3	210	75,8
	Question non abordée	7	3,7	0	0,0	77	9,2	1	2,9	2	0,7
<b>Cannabis</b>	Oui – fréquence non précisée	3	1,6	0	0,0	5	0,6	0	0,0	5	1,8
	Occasionnellement	10	5,2	0	0,0	86	10,3	2	5,7	26	9,4
	Régulièrement	0	0,0	0	0,0	41	4,9	2	5,7	11	4,0
	Non	171	89,5	11	100,0	610	72,9	30	85,7	231	83,4
	Question non abordée	7	3,7	0	0,0	95	11,4	1	2,9	4	1,4
<b>Autres</b>	Oui – fréquence non précisée	0	0,0	0	0,0	4	0,5	0	0,0	3	1,1
	Occasionnellement	0	0,0	0	0,0	14	1,7	0	0,0	1	0,4
	Régulièrement	0	0,0	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0	0,0
	Non	169	93,9	12	100,0	687	84,6	33	97,1	257	97,7
	Question non abordée	11	6,1	0	0,0	104	12,8	1	2,9	2	0,8

Valeurs manquantes : Tabac 60 –4,2 % / Alcool 81 – 5,7 % / Cannabis 82 – 5,7 % / Autres substances 132 – 9,2 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse multivariée sur ces consommations montre que :

- les enfants de 13-17 ans et les jeunes majeurs sont plus nombreux à consommer du tabac et les enfants placés en famille d'accueil et ceux placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux dans ce cas. Il n'y a pas de différence selon le sexe ou le département ;
- les enfants de 13-17 ans et ceux âgés de 18 ans ou plus sont plus nombreux à consommer de l'alcool ainsi que les enfants de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales. Les enfants placés en famille d'accueil sont moins nombreux dans ce cas à âge, sexe et département identique ;
- les enfants de 13-17 ans, les jeunes majeurs et les enfants de l'Hérault sont plus nombreux à consommer du cannabis et les enfants placés en famille d'accueil moins nombreux dans ce cas ;
- pour la consommation des autres substances psycho actives, les effectifs sont insuffisants pour réaliser une analyse multivariée par régression logistique.

## Prises en charge en cours

### *Traitement médicamenteux*

Un enfant sur cinq (21,2 %) a un traitement médicamenteux en cours au moment de l'examen médical. Dans de très rares cas (1,8 %), ce traitement n'est pas suivi. Parmi les enfants bénéficiant d'un traitement, la visée de celui-ci est précisée dans 94 % des cas : il est à visée somatique dans 60,9 % des cas et à visée psychiatrique dans 44,6 % des cas. Ainsi, dans 5,4 % des cas, le traitement administré est à double visée, somatique et psychiatrique et dans les reste des cas (64,6 %) il est à simple visée, soit somatique, soit psychiatrique.

C'est parmi les jeunes de 13 à 17 ans que la proportion de ceux prenant un traitement est la plus élevée (26,7 %), alors qu'elle est minimale parmi les plus jeunes (0 à 6 ans : 17,0 %). Les valeurs observées pour les 7-12 ans d'une part, les jeunes majeurs d'autre part, sont proches, respectivement 20,2 % et 20,7 %. La visée du traitement est plus rarement psychiatrique chez les 0-6 ans (13,0 %). Au-delà de cet âge, le traitement est à visée psychiatrique pour deux enfants sur trois (59,8 %) entre 7 et 12 ans et pour un peu moins de la moitié des jeunes plus âgés : 48,2 % pour les 13-17 ans et 46,4 % pour les jeunes majeurs. L'inverse est noté pour les traitements à visée somatique : dans 90,1 % des cas, le traitement a cette visée parmi les 0-6 ans, alors que cette proportion est minimale chez les 7-12 ans (46,2 %) et augmente ensuite avec l'âge : 57,1 % pour les 13-17 ans et 64,3 % pour les 18 ans et plus.

La fréquence d'un traitement ne varie pas selon le lieu de placement, de même que la visée des traitements en cours. Aucune variation n'est également notée entre départements.

Toutes choses égales par ailleurs, on observe que :

- les enfants de 13-17 ans et les garçons sont plus nombreux à suivre un traitement médicamenteux. Il n'y a pas de différence significative par lieu de placement ou par département après ajustement ;
- les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans sont plus nombreux à avoir un traitement à visée psychiatrique. Il n'y a pas, après ajustement, de différence significative par sexe, lieu de placement ou par département ;
- les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans sont moins nombreux à avoir un traitement à visée somatique. Il n'y a pas, après ajustement, de différence significative par sexe, lieu de placement ou par département.

Il faut également souligner que 66,4 % des enfants ayant des antécédents psychiatriques ou psychologiques ont un traitement médicamenteux à visée psychiatrique, alors que c'est le cas de 16,3 % des enfants qui n'ont pas ce type d'antécédents.

### Suivi médical spécialisé en cours

Dans cette partie, seuls les suivis médicaux spécialisés sont pris en compte à l'exception du suivi psychiatrique traité plus loin avec les prises en charges rééducatives. Les suivis par les médecins généralistes et par les pédiatres ne sont pas pris en compte également.

Près de trois enfants sur dix bénéficient d'un suivi spécialisé hors psychiatrie. Cette proportion est stable quel que soit l'âge. Le suivi médical spécialisé le plus fréquemment retrouvé est le suivi ophtalmologique, relevé pour un enfant sur dix. Il est plus fréquent pour les enfants de moins de 13 ans qu'à partir de cet âge. Les suivis qui sont ensuite les plus fréquents concernent entre 4 et 5 % des enfants : il s'agit du suivi neurologique et du suivi ORL. Si la fréquence du suivi neurologique ne varie pas avec l'âge, le suivi ORL est beaucoup plus fréquent parmi les enfants les plus jeunes (0 à 6 ans) et n'est pas relevé chez les jeunes majeurs. Les suivis en pneumologie, endocrinologie, orthopédie, cardiologie ou par un chirurgien-dentiste concerne autour de 2 % des enfants. Des différences significatives selon l'âge ne sont retrouvées que pour les suivis en pneumologie ou endocrinologie, chacun étant plus fréquent chez les 0-6 ans.

Tableau 55 : Suivi médical spécialisé et répartition par âge

Suivi médical spécialisé	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	411	70,0	487	70,6	649	73,0	102	76,1	1649	71,7
<b>Oui</b>	176	30,0	203	29,4	240	27,0	32	23,9	651	28,3
<b>Ophthalmologie</b>	65	1,1	88	12,8	80	9,0	11	8,2	244	10,5
<b>Neurologie</b>	32	5,5	30	4,3	42	4,7	3	2,2	107	4,7
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	58	9,9	19	2,8	11	1,2	0	0,0	88	3,8
<b>Pneumologie</b>	24	4,1	14	2,0	13	1,5	1	0,7	52	2,3
<b>Endocrinologie</b>	4	0,7	18	2,6	21	2,4	3	2,2	46	2,0
<b>Orthopédie</b>	12	2,0	7	1,0	20	2,2	2	1,5	41	1,8
<b>Dentiste</b>	7	1,2	19	2,8	14	1,6	1	0,7	41	1,8
<b>Cardiologie</b>	15	2,6	8	1,2	14	1,6	3	2,2	40	1,7
<b>Allergologie</b>	9	1,5	10	1,4	12	1,3	0	0,0	31	1,3
<b>Urologie</b>	10	1,7	6	0,9	9	1,0	2	1,5	27	1,2
<b>Dermatologie</b>	5	0,9	5	0,7	14	1,6	0	0,0	24	1,0
<b>Chirurgie</b>	14	2,4	4	0,6	6	0,7	0	0,0	24	1,0
<b>Gynécologie</b>	0	0,0	0	0,0	11	1,2	4	3,0	15	0,7
<b>Néphrologie</b>	5	0,9	2	0,3	5	0,6	1	0,7	13	0,6
<b>Gastro-entérologie</b>	2	0,3	3	0,4	4	0,4	3	2,2	12	0,5
<b>Autre</b>	30	5,1	32	4,6	34	3,8	4	3,0	100	4,3

Valeurs manquantes : 67 – 2,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La proportion d'enfants bénéficiant d'un suivi médical spécialisé apparaît significativement plus élevée pour ceux placés auprès d'assistants familiaux et moins élevée pour ceux placés en foyer de l'enfance. Selon le type de suivi, des différences significatives selon le lieu de placement peuvent apparaître :

- les enfants placés auprès d'assistants familiaux bénéficient plus fréquemment d'un suivi ophtalmologique, alors que celui-ci est moins fréquent parmi les enfants placés en foyer de l'enfance ;
- un suivi neurologique est plus fréquent parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux et moins fréquent en foyer de l'enfance ;
- un suivi ORL est plus fréquent parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux et moins fréquent parmi ceux placés en foyer de l'enfance ;

- un suivi par un chirurgien-dentiste n'est jamais relevé parmi les enfants placés en foyer de l'enfance.

Tableau 56 : Suivi médical spécialisé par lieu de placement

Suivi médical spécialisé	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	320	74,4	1 031	68,1	225	84,9	64	80,0
<b>Oui</b>	110	25,6	482	31,9	40	15,1	16	20,0
Ophthalmologie	36	8,4	199	13,2	8	3,0	1	1,3
Neurologie	32	5,5	30	4,3	42	4,7	3	2,2
Oto-rhino-laryngologie	10	2,3	73	4,8	2	0,8	3	3,8
Pneumologie	8	1,9	38	2,5	5	1,9	0	0,0
Endocrinologie	9	2,1	32	2,1	3	1,1	1	1,3
Orthopédie	10	2,3	26	1,7	2	0,8	3	3,8
Dentiste	7	1,6	34	2,2	0	0,0	0	0,0
Cardiologie	4	0,9	34	2,2	2	0,8	0	0,0
Allergologie	9	2,1	21	1,4	0	0,0	1	1,3
Urologie	5	1,2	21	1,4	1	0,4	0	0,0
Dermatologie	7	1,6	16	1,1	1	0,4	0	0,0
Chirurgie	3	0,7	19	1,3	2	0,8	0	0,0
Gynécologie	6	1,4	7	0,5	2	0,8	0	0,0
Néphrologie	2	0,5	8	0,5	2	0,8	1	1,3
Gastro-entérologie	1	0,2	8	0,5	2	0,8	1	1,3
Autre	21	4,9	73	4,8	6	2,3	0	0,0

Valeurs manquantes : 79 – 3,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Un suivi médical spécialisé est retrouvé de façon significativement plus fréquente parmi les enfants de l'Hérault et moins fréquente parmi ceux des Pyrénées-Orientales. Selon le type de suivi, les différences significatives entre départements sont les suivantes :

- un suivi pneumologique moins fréquent dans l'Aude que dans l'Hérault ou les Pyrénées-Orientales ;
- un suivi allergologique plus fréquent dans l'Hérault que dans l'Aude ou les Pyrénées-Orientales ;
- un suivi orthopédique plus fréquent dans l'Hérault et moins fréquent dans l'Aude ;
- un suivi ophtalmologique plus fréquent dans l'Aude et moins fréquent dans les Pyrénées-Orientales ;
- un suivi par un chirurgien-dentiste plus fréquent dans l'Aude et moins fréquent dans les Pyrénées-Orientales ;
- un suivi d'un autre type plus fréquent dans l'Hérault et moins fréquent dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 57 : Suivi médical spécialisé et répartition par département

Suivi médical spécialisé	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	228	70,4	43	76,8	983	69,3	62	89,9	333	77,1
<b>Oui</b>	96	29,6	13	23,2	436	30,7	7	10,1	99	22,9
Ophthalmologie	56	17,3	2	3,6	146	10,3	3	4,3	37	8,6
Neurologie	16	4,9	3	5,4	76	5,4	0	0,0	12	2,8
Oto-rhino-laryngologie	14	4,3	3	5,4	53	3,7	2	2,9	16	3,7
Pneumologie	0	0,0	0	0,0	40	2,8	0	0,0	12	2,8
Endocrinologie	10	3,1	0	0,0	30	2,1	0	0,0	6	1,4
Orthopédie	1	0,3	1	1,8	33	2,3	0	0,0	6	1,4
Dentiste	10	3,1	2	3,6	26	1,8	0	0,0	3	0,7
Cardiologie	2	0,6	0	0,0	32	2,3	1	1,4	5	1,2
Allergologie	1	0,3	0	0,0	28	2,0	0	0,0	2	0,5
Urologie	2	0,6	0	0,0	23	1,6	0	0,0	2	0,5
Dermatologie	4	1,2	0	0,0	18	1,3	0	0,0	2	0,5
Chirurgie	2	0,6	1	1,8	19	1,3	0	0,0	2	0,5
Gynécologie	3	0,9	1	1,8	10	0,7	0	0,0	1	0,2
Néphrologie	0	0,0	0	0,0	11	0,8	0	0,0	2	0,5
Gastro-entérologie	1	0,3	0	0,0	10	0,7	0	0,0	1	0,2
Autre	12	3,7	2	3,6	79	5,6	0	0,0	7	1,6

Valeurs manquantes : 67 – 2,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Une fois pris en compte l'âge, le sexe, le lieu de placement et le département, il apparaît que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants placés en famille d'accueil sont plus nombreux à avoir un suivi médical spécialisé et ceux placés en foyer de l'enfance moins nombreux. Aucune différence n'est alors retrouvée selon le sexe, l'âge ou le département.

### Dépistage visuel, auditif ou psychomoteur

Pour les deux tiers des enfants (67,4 %), il est noté qu'un **dépistage visuel** a été réalisé au cours d'un examen en maternité, à l'école, lors de consultation PMI, par le médecin traitant ou par un ophtalmologue. Pour 15,5 % des enfants, ce dépistage n'a pas été fait et dans les cas restants (17,0 %), l'existence ou non d'un tel dépistage n'était pas connue par le médecin réalisant le bilan médical. Quand un dépistage visuel a été effectué, deux fois sur trois (67,7 %), il a été effectué au cours des trois dernières années.

L'existence d'un dépistage visuel ne concerne qu'un peu plus d'un enfant sur deux (55,5 %) entre 0 et 6 ans. Sa fréquence est maximale pour les 7-12 ans (77,2 %) puis ne concerne plus que les deux tiers des enfants ensuite : 67,7 % entre 13 et 16 ans et 67,2 % pour les jeunes majeurs. La proportion de cas où le médecin ne sait pas si un dépistage a été effectué ou non augmente avec l'âge, passant de 14,0 % pour les 0-6 ans à 22,7 % à partir de 18 ans.

Si l'existence d'un dépistage visuel est retrouvée pour 73,5 % des enfants placés auprès d'assistants familiaux, c'est le cas pour seulement 30,9 % des enfants en foyer de l'enfance et 69,3 % en MECS / LVA. Ce dépistage est également retrouvé plus fréquemment dans l'Aude (73,8 %) et l'Hérault (70,1 %) que dans les Pyrénées-Orientales (53,2 %). La proportion d'enfants n'ayant pas eu de dépistage visuel est près de trois fois plus élevée dans les Pyrénées-Orientales (30,0 %) que dans l'Aude (12,5 %) ou dans l'Hérault (11,4 %), alors que la proportion de cas où la situation n'est pas connue varie de façon limitée entre départements (de 13,7 % à 18,6 %).

Après prise en compte globale de ces différents facteurs ainsi que le sexe, on observe que les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 5-6 ans sont plus nombreux à avoir eu un dépistage visuel et que, à l'opposé, les garçons, les enfants placés en foyer de l'enfance et ceux des Pyrénées-Orientales sont moins nombreux dans ce cas.

La réalisation d'un **dépistage auditif** est retrouvée pour près de trois enfants sur cinq (58,2 %). Une fois sur cinq (19,1 %), ce dépistage n'a jamais été réalisé et dans 22,7 % des cas, ceci n'est pas connu. Quand un dépistage auditif a été effectué, dans plus de la moitié des cas (53,5 %), il a été effectué au cours des trois dernières années.

La proportion d'enfants ayant eu un dépistage auditif décroît régulièrement avec l'âge : de 66,1 % parmi les 0-6 ans à 45,0 % pour les jeunes majeurs en passant par 63,0 % parmi les 7-12 ans et 51,0 % parmi les 13-17 ans. Inversement, la non connaissance de l'effectivité d'un dépistage auditif s'accroît avec l'âge : de 15,6 % avant 7 ans à 33,3 % à partir de 18 ans.

Comme pour le dépistage visuel, un dépistage auditif est retrouvé plus fréquemment parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux (64,5 %) et moins fréquemment pour ceux en foyer de l'enfance (29,8 %), la situation étant proche de la moyenne pour ceux en MECS / LVA (51,8 %). La proportion d'enfants ayant eu un dépistage auditif est similaire dans l'Aude (61,4 %) et dans l'Hérault (61,8 %) mais est moindre dans les Pyrénées-Orientales (43,5 %). C'est dans ce département que la proportion d'enfants n'ayant pas eu de dépistage auditif est la plus forte (37,6 % contre 13,0 % dans l'Hérault et 18,5 % dans l'Aude) et celle où la situation n'est pas connue est la plus faible (18,9 % contre 20,1 % dans l'Aude et 25,2 % dans l'Hérault).

Concernant le dépistage auditif, l'analyse multivariée permet de constater que, toutes choses égales par ailleurs, les garçons et les enfants des Pyrénées-Orientales sont moins nombreux à avoir eu un dépistage auditif alors que les enfants de l'Hérault sont plus nombreux dans ce cas. Il n'y a pas de différence selon l'âge ou selon le lieu de placement.

Un **dépistage psychomoteur et du langage** est relevé dans deux cas sur cinq (40,9 %). Plus du quart des enfants (27,3 %) n'en ont pas eu et l'existence ou non d'un tel dépistage n'est pas connue dans 31,8 % des cas. Dans 59,4 % des cas, quand le dépistage psychomoteur et du langage a été réalisé, cela l'a été au cours des trois dernières années.

La proportion d'enfants ayant eu un dépistage psychomoteur et du langage est plus élevée avant 13 ans qu'à partir de cet âge : 45,9 % parmi les 0-6 ans et 46,5 % parmi les 7-12 ans contre 34,6 % parmi les 13-17 ans et 30,5 % parmi les jeunes majeurs. La proportion de situations où l'information n'est pas connue passe de 19,0 % pour les 0-6 ans à 45,8 % à partir de 18 ans.

La fréquence d'un dépistage psychomoteur et du langage est nettement plus élevée parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux (46,5 %) ou en MECS / LVA (38,8 %) que parmi ceux en foyer de l'enfance (6,9 %). Pour ces derniers, l'information n'est pas connue dans près des deux tiers des cas (62,7 %). Des différences nettes existent entre départements : 45,3 % des enfants confiés à l'ASE dans l'Hérault et 41,0 % dans l'Aude ont eu un dépistage psychomoteur et du langage, alors que cette proportion est de 24,0 % dans les Pyrénées-Orientales. Inversement, plus de la moitié des enfants dans les Pyrénées-Orientales n'ont pas eu ce dépistage alors que cette proportion est de 28,8 % dans l'Aude et 19,5 % dans l'Hérault. La situation n'est pas connue dans moins d'un quart des cas dans ce dernier département (23,7 %), alors que c'est le cas pour 35,2 % des enfants dans l'Hérault et 30,1 % dans l'Aude.

Après prise en compte concomitante du sexe et de ces différents facteurs, on observe que les enfants de 7-12 ans sont plus nombreux à avoir eu un dépistage psychomoteur et du langage ainsi que les enfants de l'Hérault. Le contraire est observé pour les enfants placés en foyer de l'enfance ou ceux des Pyrénées-Orientales. Il n'y a pas de différence entre les filles et les garçons.

## Prises en charge psychiatriques et rééducatives

Un enfant sur deux (49,1 %) bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ou rééducative.

La fréquence de cette prise en charge est particulièrement élevée chez les enfants de 7 à 12 ans, près des deux tiers d'entre eux en bénéficiant. Elle est moins fréquente, aussi bien chez les plus jeunes (0 à 6 ans) que chez les plus âgés (18 ans et plus).

Dans 16,3 % des cas, un suivi par un psychiatre ou un pédopsychiatre est relevé. Si ce suivi est plus rare avant 7 ans (moins d'un enfant sur dix), il est beaucoup plus fréquent entre 7 et 12 ans (plus d'un enfant sur cinq) et l'est un peu moins ensuite. Un suivi sous forme de consultation avec un psychologue concerne un peu plus d'enfant que le suivi par un (pédo)psychiatre (plus d'un enfant sur cinq), avec le même type de variation de la distribution avec l'âge mais en plus accentué, près d'un tiers des enfants de 7 à 12 ans pouvant être concernés. Enfin, un peu moins d'un enfant sur dix bénéficie d'une prise en charge en CMP ou CMPP. Celle-ci est plus fréquente avant 13 ans, avec un maximum entre 7 et 12 ans et moins fréquente ensuite, notamment après 18 ans. Le suivi par un psychiatre ou un pédopsychiatre concerne 36,0 % des enfants ayant des antécédents psychiatriques ou psychologiques et 5,6 % des enfants qui n'ont pas d'antécédents de ce type. Ainsi, les deux tiers des enfants ayant ces antécédents ne bénéficient pas d'une prise en charge par un psychiatre ou un pédopsychiatre.

Le suivi CAMSP concerne, bien entendu, les enfants de moins de sept ans. Au total, 8 % des enfants confiés à l'ASE et âgés de 0 à 6 ans sont pris en charge en CAMSP.

Concernant les autres prises en charge, la plus fréquente est l'orthophonie, concernant 17 % des enfants, principalement entre 7 et 12 ans et beaucoup plus rarement à partir de 18 ans. L'orthodontie est la seconde prise en charge rééducative en ordre de fréquence mais elle est retrouvée presque deux fois moins souvent que l'orthophonie. Ce sont essentiellement les enfants de 13-17 ans, puis ceux de 7-12 ans qui sont concernés. De la psychomotricité est retrouvée dans les prises en charge rééducatives de 8 % des enfants, plus fréquente avant 13 ans. Moins fréquemment sont retrouvées de la kinésithérapie (5 %) ou de l'orthoptie (2 %).

Tableau 58 : Prises en charge psychiatriques et rééducative et répartition par âge

Prises en charge psychiatriques et rééducative	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	397	65,7	247	35,3	453	51,0	85	63,9	1 182	49,1
<b>Oui</b>	207	34,3	452	64,7	435	49,0	48	36,1	1 142	49,1
Suivi (pédo)psychiatrique	57	9,4	153	21,9	144	16,2	24	18,0	378	16,3
Consultation avec un psychologue	68	11,3	217	31,0	193	21,7	21	15,8	499	21,5
CMP ou CMPP	77	7,3	100	14,3	47	5,3	3	2,3	194	8,3
CAMSP	49	8,1	4	0,6	1	0,1	0	0,0	54	2,3
Orthophonie	100	16,6	207	29,6	89	10,0	5	3,8	401	17,3
Orthodontie	1	0,2	70	10,0	138	15,5	2	1,5	211	9,1
Psychomotricité	59	9,3	85	12,2	34	3,8	2	1,5	177	7,6
Kinésithérapie	39	6,5	17	2,4	45	5,1	7	5,3	108	4,6
Orthoptie	9	1,5	27	3,9	9	1,0	3	2,3	48	2,1
Autre	12	2,0	31	4,4	34	3,8	2	1,5	79	3,4

Valeurs manquantes : 43 – 1,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les prises en charge psychiatriques et rééducatives sont moins fréquentes pour les enfants placés en foyer de l'enfance (17 % des cas) qu'auprès d'assistants familiaux (55 %) ou en MECS / LVA (52 %). Ce type de distribution (fréquence basse en foyer de l'enfance et fréquence plus élevée et du même ordre de grandeur en MECS / LVA ou pour les enfants placés auprès d'assistants familiaux) est retrouvé pour l'ensemble des prises en charges psychiatriques ou psychologiques : suivi (pédo)psychiatrique, consultations avec un psychologue, accompagnement en CMP ou CMPP. Si aucune prise en charge en CAMSP n'est observée en foyer de l'enfance, elles sont plus fréquentes

parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux qu'en MECS / LVA. Pour les autres prises en charges rééducatives, elles sont, de manière systématique, retrouvées moins fréquemment parmi les enfants en foyer de l'enfance ; certaines ont une fréquence similaire que les enfants soient en MECS / LVA ou auprès d'assistants familiaux (orthodontie, orthoptie) et d'autres plus fréquentes parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux qu'en MECS / LVA (orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie).

Tableau 59 : Prises en charge psychiatriques et rééducative par lieu de pris en charge

Prises en charge psychiatriques et rééducative	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	205	47,6	696	45,3	221	83,4	51	63,8
<b>Oui</b>	226	52,4	840	54,7	44	16,6	29	36,3
<b>Suivi (pédo)psychiatrique</b>	75	17,4	268	17,4	23	8,7	11	13,8
Consultation avec un psychologue	100	23,2	373	24,3	11	4,2	13	16,3
<b>CMP ou CMPP</b>	35	8,1	145	9,4	8	3,0	6	7,5
CAMSP	2	0,5	50	3,3	0	0,0	2	2,5
<b>Orthophonie</b>	61	14,2	313	20,4	12	4,5	13	16,3
<b>Orthodontie</b>	43	10,0	152	9,9	9	3,4	4	5,0
<b>Psychomotricité</b>	10	2,3	155	10,1	4	1,5	8	10,0
<b>Kinésithérapie</b>	10	2,3	90	5,9	2	0,8	6	7,5
<b>Orthoptie</b>	9	2,1	37	2,4	2	0,8	0	0,0
<b>Autre</b>	18	4,2	56	3,6	1	0,4	4	5,0

Valeurs manquantes : 55 – 2,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Des prises en charge rééducatives sont relevées plus fréquemment auprès des enfants de l'Hérault et moins fréquemment auprès ceux des Pyrénées-Orientales, et, plus encore, de l'Aude. Le suivi (pédo)psychiatrique est retrouvé avec la même fréquence dans les trois départements où les effectifs permettent des comparaisons. Par contre, les consultations avec un psychologue sont retrouvées plus fréquemment dans l'Hérault et moins fréquemment dans l'Aude ; les prises en charge en CMP ou CMPP sont nettement moins fréquentes dans l'Hérault et plus fréquentes pour les enfants des Pyrénées-Orientales. Aucune différence n'est retrouvée entre départements pour les prises en charge en CAMSP. Pour les autres prises en charge rééducatives, on relève que l'orthophonie est plus fréquente dans l'Hérault, de même que l'orthodontie. Les différences entre départements pour la psychomotricité, la kinésithérapie ou l'orthoptie ne sont pas significatives

Tableau 60 : Prises en charge psychiatriques et rééducative par département

Prises en charge psychiatriques et rééducative	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	195	58,7	39	68,4	678	47,1	32	47,8	238	55,5
<b>Oui</b>	137	41,3	18	31,6	761	52,9	35	52,2	191	44,5
<b>Suivi (pédo)psychiatrique</b>	51	15,4	7	12,3	233	16,2	24	35,8	63	14,7
Consultation avec un psychologue	41	12,3	4	7,0	360	25,0	18	26,9	76	17,7
<b>CMP ou CMPP</b>	38	11,4	1	1,8	85	5,9	7	10,4	63	14,7
CAMSP	10	3,0	1	1,8	27	1,9	4	6,0	12	2,8
<b>Orthophonie</b>	48	14,5	8	14,0	282	19,6	7	10,4	56	13,1
<b>Orthodontie</b>	17	5,1	2	3,5	157	10,9	3	4,5	32	7,5
<b>Psychomotricité</b>	31	9,3	1	1,8	108	7,5	5	7,5	32	7,5
<b>Kinésithérapie</b>	8	2,4	3	5,3	75	5,2	1	1,5	21	4,9
<b>Orthoptie</b>	9	2,7	2	3,5	30	2,1	1	1,5	6	1,4
<b>Autre</b>	9	2,7	1	1,8	55	3,8	5	7,5	9	2,1

Valeurs manquantes : 43 – 1,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 7-12 ans et ceux âgés de 13 à 17 ans, les enfants placés en famille d'accueil et ceux de l'Hérault ou des Pyrénées-Orientales sont plus nombreux à avoir une prise en charge psychiatrique ou rééducative en cours, alors que les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux dans ce cas.

Concernant plus spécifiquement les suivis par un (pédo)psychiatre, on relève que, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans, les garçons et les enfants placés en famille d'accueil sont plus nombreux à en bénéficier, alors que les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux dans ce cas. Aucune différence par département n'apparaît significative.

### ***Corrections et appareillage***

Trois enfants sur dix (29,2 %) bénéficient d'une **correction visuelle**. La fréquence de cette correction est plus faible entre 0 et 6 ans (16,8 %) et d'une fréquence qui varie peu au-delà de cet âge, de 33,3 % des enfants de 7 à 12 ans à 35,2 % des jeunes majeurs. Seuls 16,3 % des enfants en foyer de l'enfance ont une correction visuelle (30,9 % de ceux placés auprès d'assistants familiaux et 34,0 % en MECS / LVA). La correction visuelle est plus fréquente pour les enfants audois (37,2 %) que pour les enfants Héraultais (28,0 %) ou des Pyrénées-Orientales (28,5 %). Après ajustement sur ces différentes variables et le sexe, on constate que les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans sont plus nombreux à avoir une correction visuelle alors que les garçons, les enfants placés en foyer de l'enfance et ceux de l'Hérault sont moins nombreux dans ce cas.

1,1 % des enfants ont un **appareillage auditif** sans différence par âge, lieu de placement ou département.

Un **appareillage orthopédique** est retrouvé chez 3,9 % des enfants, moins fréquemment chez les enfants de moins de 7 ans (2,1 %) ou ceux en foyer de l'enfance (0,6 %). Après prise en compte de l'âge, du sexe, du lieu de placement et du département, seules restent significatives les différences liées à l'âge : les enfants de 7-12 ans et ceux de 13-17 ans sont plus nombreux à avoir un appareillage orthopédique.

Plus d'un enfant sur dix (11,2 %) a un **appareillage dentaire**. Celui-ci est plus fréquent chez les enfants de 13 à 17 ans (20,0 %) et moins fréquent chez les plus petits (0-6 ans : 0,9 %) ou les plus âgés (18 ans et plus : 5,7 %). Entre 7 et 12 ans, 9,3 % des enfants ont un appareillage dentaire. La proportion d'enfants avec un appareillage dentaire ne varie pas significativement selon le lieu de placement ni selon le département. Une fois réalisée l'analyse multivariée permettant la prise en compte des effets de l'âge, du sexe, du lieu de placement et du département, on observe que l'appareillage dentaire est plus fréquent pour les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans et pour les enfants placés en famille d'accueil. Il n'y a pas de différence entre garçons et filles et entre départements.

## **Examen clinique**

### ***État général***

La très grande majorité des enfants (94,6 %) sont jugés en bon état général. Cependant cette fréquence décroît avec l'âge : de 97,5 % chez les 0-6 ans à 88,2 % chez les jeunes majeurs (en passant

par 95,5 % pour les 7-12 ans et 92,7 % chez les 13-17 ans). Seuls 0,5 % des enfants – soit onze enfants au total – sont jugés en mauvais état général alors que 4,9 % ont un état général qualifié de moyen.

C'est en MECS / LVA que la proportion d'enfants dont l'état général est qualifié de moyen ou mauvais est la plus importante (9,8 %) alors que 1,5 % des enfants en foyer de l'enfance sont dans cette situation et 4,6 % de ceux placés auprès d'assistants familiaux.

Dans l'Hérault, la proportion d'enfants dont l'état général est moyen ou mauvais atteint 7,2 % alors que cette proportion est de 4,6 % dans l'Aude et 1,5 % dans les Pyrénées-Orientales.

Après prise en compte du sexe et de ces différents facteurs, les différences significatives qui persistent portent sur l'âge (les enfants de 13-17 ans et les jeunes majeurs sont moins nombreux à être jugés en bon état de santé) et le lieu de placement (les enfants en famille d'accueil ou en foyer de l'enfance sont plus nombreux à être en bon état de santé). Les différences par sexe ou par département ne sont pas significatives.

### **Plaintes et signes fonctionnels**

Un enfant sur cinq (20,0 %) inclus dans l'étude exprime des plaintes ou indique des signes fonctionnels. La fréquence de ces plaintes et signes fonctionnels augmente avec l'âge, le rapport étant de quatre entre la fréquence observée chez les plus petits et celle observée chez les jeunes majeurs. La plainte ou le signe le plus fréquent est la douleur abdominale signalée par 6 % des enfants avant les céphalées et les douleurs dorsolombaires (autour de 4 %), les troubles digestifs (3 %), l'asthénie (2 %) et les malaises à répétition (1 %). La fréquence de toutes ces plaintes ou signes est la plus faible chez les 0-6 ans et la plus élevée chez les 18 ans et plus avec des valeurs allant en croissant dans les classes d'âge intermédiaires. Cependant, pour les céphalées et les plaintes et signes autres, le maximum de fréquence est observé plus précocement, entre 13 et 17 ans.

Tableau 61 : *Plaintes et signes fonctionnels et répartition par âge*

Plaintes et signes fonctionnels	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	509	92,0	582	85,0	613	70,3	89	67,9	<b>1 793</b>	<b>80,0</b>
<b>Oui</b>	44	8,0	103	15,0	259	29,7	42	32,1	<b>448</b>	<b>20,0</b>
<b>Douleurs abdominales</b>	15	2,7	37	5,4	64	7,3	13	9,9	<b>129</b>	<b>5,8</b>
<b>Céphalées</b>	4	0,7	25	3,6	62	7,1	6	4,6	<b>97</b>	<b>4,3</b>
<b>Douleurs dorsolombaires</b>	0	0,0	8	1,2	62	7,1	13	9,9	<b>83</b>	<b>3,7</b>
<b>Troubles digestifs</b>	14	2,5	18	2,6	18	2,1	10	7,6	<b>60</b>	<b>2,7</b>
<b>Asthénie</b>	3	0,5	6	0,9	30	3,4	8	6,1	<b>47</b>	<b>2,1</b>
<b>Malaises à répétition</b>	0	0,0	0	0,0	8	0,9	5	3,8	<b>13</b>	<b>0,6</b>
<b>Autre</b>	17	3,1	36	5,3	91	10,4	9	6,9	<b>153</b>	<b>6,8</b>

Valeurs manquantes : 126 – 5,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La fréquence des plaintes et signes fonctionnels apparaît moins fréquente chez les enfants placés auprès d'assistants familiaux et plus fréquente en foyer de l'enfance (26,6 %) ou en MECS / LVA (28,0 %). Les céphalées, les douleurs dorsolombaires, l'asthénie et les plaintes et signes autres sont significativement moins fréquents parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux.

Tableau 62 : Plaintes et signes fonctionnels par lieu de placement

Plaintes et signes fonctionnels	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	301	72,0	1237	83,7	188	73,4	58	75,3
<b>Oui</b>	117	28,0	241	16,3	68	26,6	19	24,7
Douleurs abdominales	26	6,2	76	5,1	20	7,8	5	6,5
Céphalées	30	7,2	48	3,2	17	6,6	2	2,6
Douleurs dorsolombaires	29	6,9	37	2,5	13	5,1	4	5,2
Troubles digestifs	9	2,2	42	2,8	3	1,2	5	6,5
Asthénie	20	4,8	17	1,2	7	2,7	3	3,9
Malaises à répétition	4	1,0	7	0,5	1	0,4	1	1,3
Autre	38	9,1	79	5,3	27	10,5	8	10,4

Valeurs manquantes : 138 – 5,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les plaintes et signes fonctionnels sont retrouvés plus fréquemment chez les enfants de l'Hérault et moins fréquemment dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales. Seule la fréquence des céphalées et des plaintes et signes autres varie significativement entre les départements : les céphalées sont plus fréquentes chez les enfants Héraultais et moins fréquentes parmi les enfants de l'Aude et des Pyrénées-Orientales ; les plaintes et signes autres sont moins fréquents dans les Pyrénées-Orientales que dans l'Hérault, et, plus encore, dans l'Aude.

Tableau 63 : Plaintes et signes fonctionnels par département

Plaintes et signes fonctionnels	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	282	83,7	48	84,2	1 028	76,9	64	90,1	371	84,5
<b>Oui</b>	55	16,3	9	15,8	309	23,1	7	9,9	68	15,5
Douleurs abdominales	13	3,9	2	3,5	90	6,7	1	1,4	23	5,2
Céphalées	5	1,5	3	5,3	70	5,2	1	1,4	18	4,1
Douleurs dorsolombaires	10	3,0	2	3,5	58	4,3	2	2,8	11	2,5
Troubles digestifs	5	1,5	4	7,0	40	3,0	0	0,0	11	2,5
Asthénie	4	1,2	2	3,5	33	2,5	2	2,8	6	1,4
Malaises à répétition	0	0,0	0	0,0	12	0,9	0	0,0	1	0,2
Autre	30	8,9	4	7,0	99	7,4	4	5,6	16	3,6

Valeurs manquantes : 126 – 5,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Après ajustement sur l'âge, le sexe, le lieu de placement et le département, on observe que les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans expriment plus de plaintes ou de signes fonctionnels, alors que l'inverse est observé pour les garçons et les enfants placés en famille d'accueil. Les différences par département ne sont plus significatives.

### Mesures et corpulence

La corpulence a été déterminée à partir de la valeur de l'IMC en référence aux normes proposées par l'IOTF et utilisée actuellement dans les différentes études épidémiologiques sur la corpulence des enfants et adolescents. Ces tables ont été construites pour fournir par sexe et tous les six mois d'âge à partir de deux ans, les valeurs de percentiles rejoignant à 18 ans les bornes utilisées pour déterminer la maigreur, le surpoids et l'obésité chez l'adulte.

Selon cette référence, les deux tiers des enfants (67,4 %) ont une corpulence normale, 13,6 % présentent une situation de maigreur, 14,1 % une situation de surpoids et 4,8 % une obésité.

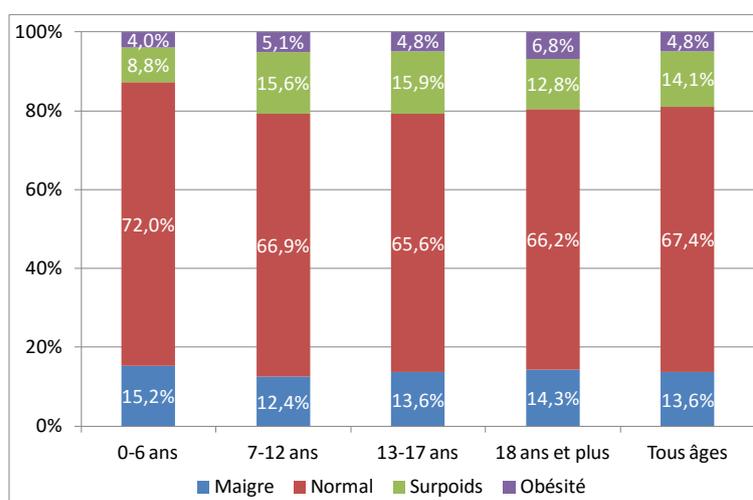
Cette prévalence peut être comparée à celle observée chez les collégiens de 11-15 ans en 2010<sup>9</sup> :

- dans notre étude, 4,5 % des 11-15 ans présentent une obésité contre 1,4 % en population générale ;
- 16,9 % des 11-15 ans présentent un surpoids contre 9,2 % en population générale ;
- 13,0 % sont maigres contre 16,7 % en population générale.

Ces différences sont cependant à relativiser, la corpulence étant déterminée à partir de données déclaratives dans l'enquête HBSC, entraînant en général, une sous-estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

C'est parmi les enfants les plus jeunes qu'une corpulence normale est le plus fréquemment retrouvée : au-delà de 6 ans, cette proportion varie de façon très limitée avec l'âge. La maigreur apparaît plus fréquente chez les plus jeunes et moins fréquente entre 7 et 12 ans. La prévalence du surpoids est limitée chez les 0-6 ans, plus élevée entre 7 et 17 ans et un peu moins fréquente chez les jeunes majeurs. L'obésité avoisine 5 % jusqu'à 17 ans et un peu plus fréquente au-delà.

Graphique 1 : Corpulence et répartition par âge (à partir de 2 ans)



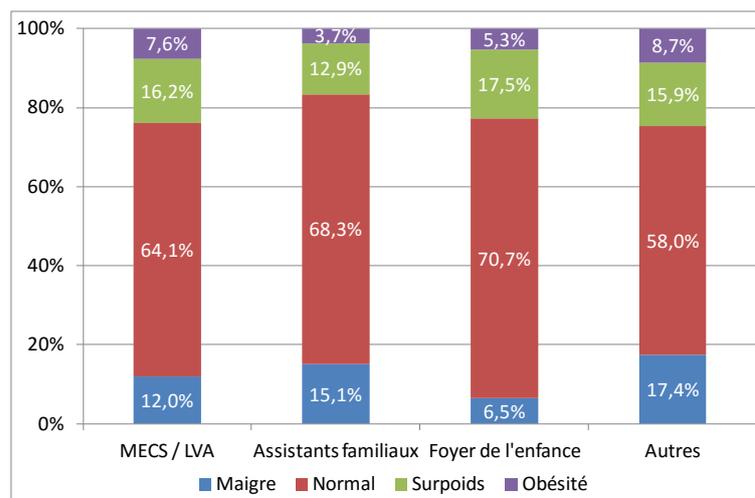
Valeurs manquantes : 80 – 3,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Des différences significatives de corpulence existent selon le lieu de placement. La maigreur est peu fréquente parmi ceux placés en foyer de l'enfance. Surpoids et obésité sont moins souvent retrouvés parmi les enfants placés auprès des assistants familiaux et plus fréquents aussi bien parmi les enfants en MECS / LVA qu'auprès des enfants en foyer de l'enfance.

<sup>9</sup> Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. La santé des collégiens en France 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.

Graphique 2 : Corpulence par lieu de placement (à partir de 2 ans)

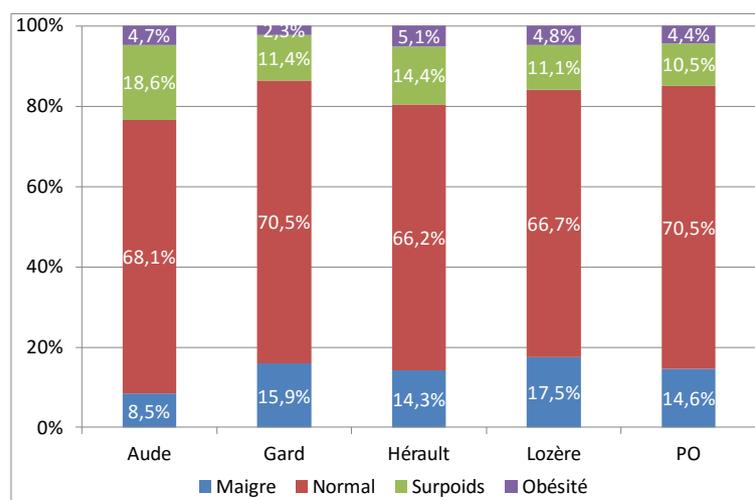


Valeurs manquantes : 91 – 4,1 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La maigreur est moins souvent retrouvée parmi les enfants dans l'Aude. C'est dans ce même département que la proportion d'enfants en surpoids est la plus importante alors qu'elle est plus faible dans les Pyrénées-Orientales, les enfants de l'Hérault présentant une situation intermédiaire. Les différences de prévalence de l'obésité entre départements ne sont pas significatives.

Graphique 3 : Corpulence par département (à partir de 2 ans)



Valeurs manquantes : 80 – 3,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, la surcharge pondérale apparaît plus fréquente chez les enfants de 7-12 ans ou ceux de 13-17 ans et est moins fréquente chez les garçons, les enfants placés en famille d'accueil et dans les Pyrénées-Orientales.

A l'opposé, la maigreur est, toutes choses égales par ailleurs, moins fréquente en foyer de l'enfance, et plus fréquente dans l'Hérault et dans les Pyrénées-Orientales.

Le périmètre crânien des enfants de moins de 3 ans est connu dans 83,5 % des cas. Le plus souvent (94,6 %), il est considéré comme normal. Il est augmenté pour 2,7 % des enfants et il est diminué pour la même proportion d'enfants. La proportion d'enfants n'ayant pas un périmètre crânien normal ne varie pas significativement entre les lieux de placement ou les départements.

Il était demandé au médecin réalisant l'examen d'indiquer si le développement des enfants de moins de 6 ans leur paraissait harmonieux ou non. Cette appréciation a été apportée pour un peu moins des deux tiers des enfants (64,3 %). Il est alors jugé harmonieux neuf fois sur dix (89,6 %) sans différence significative selon le lieu de placement ou le département.

### Appareil cardiovasculaire

Un enfant sur vingt présente une anomalie à l'examen cardiovasculaire. La fréquence de ces anomalies repérées à l'examen clinique ne varie pas avec l'âge. Il s'agit presque exclusivement d'un souffle cardiaque retrouvé chez 3,7 % des enfants, sans différence significative avec l'âge. Les autres éléments identifiés à l'examen ne touchent qu'un nombre limités d'enfants. Les problèmes « autres » sont essentiellement représentés par des anomalies du rythme cardiaque. La présence de signes à l'examen cardiovasculaire ne varie pas selon le lieu de placement ou le département.

Tableau 64 : Anomalies à l'examen de l'appareil cardiovasculaire et répartition par âge

Appareil cardiovasculaire	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	22	3,7	34	5,1	40	4,7	3	2,4	99	4,4
Souffle cardiaque	19	3,2	31	4,6	31	3,7	2	1,6	83	3,7
Insuffisance cardiaque	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0	2	0,1
Autre	1	0,2	0	0,0	3	0,4	0	0,0	4	0,2

Valeurs manquantes : 130 – 5,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse multivariée confirme que des différences significatives existent selon l'âge et le sexe (les enfants de 7-12 ans et ceux de 13-17 ans ainsi que les garçons sont moins nombreux à avoir d'anomalie à l'examen cardiovasculaire) et qu'il n'en existe pas en fonction du lieu de placement ou du département.

### Appareil respiratoire

Un pour cent des enfants présente une anomalie à l'examen de l'appareil respiratoire. Il s'agit principalement, quand cette anomalie est précisée, de bruits surajoutés à l'auscultation. On n'observe pas de variation selon l'âge, le lieu de placement ou le département.

Tableau 65 : Anomalies à l'examen de l'appareil respiratoire et répartition par âge

Appareil respiratoire	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	6	1,0	7	1,0	11	1,1	1	0,8	25	1,1
Bruits surajoutés	4	0,7	4	0,6	2	0,2	0	0,0	10	0,4
Signes de lutte respiratoire	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0	3	0,1
Autre	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	2	0,1

Valeurs manquantes : 42 – 1,8 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

### Abdomen

Une anomalie est relevée lors de l'examen de l'abdomen chez seulement trois enfants soit 0,1 % de la population d'étude.

## Appareil locomoteur

Une anomalie lors de l'examen de l'appareil locomoteur est relevée pour près d'un enfant sur cinq. La fréquence de ces anomalies augmente avec l'âge et elle est retrouvée deux fois plus souvent chez les jeunes majeurs que chez les plus petits (0-6 ans). Les anomalies les plus souvent relevées portent sur les membres (genu varum ou valgum, bascule du bassin, inégalité des membres, pieds en varus ou valgus, pieds plats...). La fréquence des anomalies des membres ne varie pas significativement avec l'âge. La scoliose et les attitudes scoliotiques forment en fréquence le deuxième groupe de problèmes retrouvés à l'examen et concernent 5 % des enfants. Ils sont retrouvés plutôt chez les jeunes au-delà de 12 ans. Les malpositions du rachis sont deux fois moins fréquentes et les douleurs localisées concernent 1 % des enfants. La fréquence des malpositions de rachis augmente avec l'âge.

Tableau 66 : Anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur et répartition par âge

Appareil locomoteur	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	74	12,2	113	16,5	196	22,2	32	24,6	415	18,0
Anomalie des membres	50	8,2	64	9,4	58	6,6	11	8,5	183	8,0
Scoliose	5	0,8	22	3,2	85	9,6	10	7,7	122	5,3
Malposition du rachis	5	0,8	19	2,8	27	3,1	6	4,6	57	2,5
Douleurs localisées	0	0,0	6	0,9	21	2,4	1	0,8	28	1,2
Autre	6	1,0	1	0,1	2	0,2	1	0,8	10	0,4

Valeurs manquantes : 65 – 2,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur apparaissent plus fréquentes chez les enfants placés en MECS / LVA et moins fréquentes en foyer de l'enfance. Des différences significatives existent pour certaines anomalies :

- les anomalies des membres sont observées moins fréquemment parmi les enfants placés en foyer de l'enfance ;
- les scolioses et attitudes scoliotiques sont moins fréquentes parmi les enfants placés en foyer de l'enfance et plus fréquentes parmi ceux placés en MECS / LVA ;
- les douleurs localisées sont moins fréquemment observées chez les enfants placés auprès d'assistants familiaux.

Tableau 67 : Anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur par lieu de placement

Appareil locomoteur	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	93	22,0	271	17,7	32	12,4	18	22,2
Anomalie des membres	35	8,3	136	8,9	4	1,6	8	10,0
Scoliose	33	7,8	77	5,0	8	3,1	4	4,9
Malposition du rachis	12	2,8	38	2,5	5	1,9	2	2,5
Douleurs localisées	9	2,1	10	0,7	8	3,1	1	1,3
Autre	1	0,2	7	0,5	1	0,4	1	1,2

Valeurs manquantes : 77 – 3,3 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Globalement, la fréquence des anomalies relevées lors de l'examen clinique est significativement moins élevée parmi les enfants des Pyrénées-Orientales que parmi ceux de l'Aude ou de l'Hérault. En outre, des différences apparaissent significatives sur des éléments spécifiques : les anomalies des membres et les malpositions du rachis sont retrouvées moins fréquemment chez les enfants des Pyrénées-Orientales que parmi ceux de l'Aude ou de l'Hérault.

Tableau 68 : Anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur par département

Appareil locomoteur	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	62	18,8	10	18,2	292	20,6	4	5,6	47	11,0
Anomalie des membres	33	10,0	5	9,1	130	9,2	0	0,0	15	3,5
Scoliose	15	4,5	2	3,6	83	5,9	2	2,8	20	4,7
Malposition du rachis	7	2,1	4	7,3	42	3,0	1	1,4	3	0,7
Douleurs localisées	2	0,6	0	0,0	22	1,6	0	0,0	4	0,9
Autre	2	0,6	0	0,0	8	0,6	0	0,0	0	0,0

Valeurs manquantes : 65 – 2,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 13-17 ans et ceux de 18 ans et plus ainsi que les enfants en foyer de l'enfance sont moins nombreux à présenter des anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur ; les garçons, les enfants placés en foyer de l'enfance et ceux des Pyrénées-Orientales sont, au contraire, plus nombreux dans ce cas.

## Neurologie

A l'issue de l'examen neurologique, des anomalies sont relevées chez 5 % des enfants. La fréquence de ces anomalies ne varie pas avec l'âge. L'anomalie la plus fréquente, retrouvée chez 2 % des enfants, concerne les troubles du tonus. Les autres anomalies concernent au plus 1 % des enfants.

Tableau 69 : Anomalies à l'examen neurologique et répartition par âge

Examen neurologique	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	37	6,2	31	4,6	43	5,0	7	5,3	<b>118</b>	<b>5,2</b>
Troubles du tonus	17	2,8	12	1,8	13	1,5	3	2,3	<b>45</b>	<b>2,0</b>
Troubles de l'équilibre	4	0,6	9	1,3	4	0,4	1	0,7	<b>18</b>	<b>0,8</b>
Troubles de la coordination des mouvements	3	0,5	3	0,4	4	0,5	1	0,8	<b>11</b>	<b>0,5</b>
Spasticité	0	0,0	2	0,3	7	0,8	0	0,0	<b>9</b>	<b>0,4</b>
Paralysie	2	0,3	1	0,1	3	0,3	1	0,8	<b>7</b>	<b>0,3</b>
Marche digitigrade	4	0,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	<b>5</b>	<b>0,2</b>
Autre	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	<b>1</b>	<b>0,0</b>

Valeurs manquantes : 93 – 3,9 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les anomalies à l'examen neurologique sont significativement moins fréquentes parmi les enfants placés en MECS / LVA. Le même constat peut être fait concernant les troubles du tonus, ceux-ci étant également plus fréquents parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux.

Tableau 70 : Anomalies à l'examen neurologique par lieu de placement

Examen neurologique	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	7	1,7	89	5,9	15	5,8	118	5,2
Troubles du tonus	1	0,2	36	2,4	3	1,2	5	6,3
Troubles de l'équilibre	0	0,0	16	1,0	0	0,0	2	2,4
Troubles de la coordination des mouvements	0	0,0	11	0,7	0	0,0	0	0,0
Spasticité	1	0,2	6	0,4	1	0,4	1	1,3
Paralysie	0	0,0	6	0,4	0	0,0	1	1,3
Marche digitigrade	0	0,0	5	0,3	0	0,0	0	0,0
Autre	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Valeurs manquantes : 105 – 4,4 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Aucune différence significative de la fréquence des anomalies à l'examen neurologique n'est retrouvée entre départements.

L'analyse multivariée confirme que les seules différences significatives portent sur le lieu de placement : les enfants placés en famille d'accueil ou en foyer de l'enfance sont moins nombreux à présenter des anomalies à l'examen neurologique.

## ORL

Des anomalies sont relevées lors de l'examen ORL chez 6 % des enfants. Cette proportion diminue de façon significative avec l'âge, passant de 12 % des enfants de 0 à 6 ans à 2 % des jeunes majeurs. La principale anomalie retrouvée à l'examen ORL est constituée par les signes d'otite, concernant 3 % des enfants et avec, là aussi, une baisse significative avec l'âge, passant de 7 % chez les 0-6 ans à 1 % chez les 18 ans et plus.

Tableau 71 : Anomalies à l'examen ORL et répartition par âge

Examen ORL	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	70	11,7	38	5,5	36	4,1	3	2,3	147	6,4
Otites	41	6,9	21	3,1	13	1,5	1	0,8	76	3,3
Hypertrophie amygdalienne	6	1,0	3	0,4	2	0,2	0	0,0	11	0,5
Hypoacousie	1	0,2	4	0,6	2	0,0	0	0,0	7	0,3
Autre	3	0,5	3	0,4	2	0,2	1	0,8	9	0,4

Valeurs manquantes : 74 – 3,1 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les enfants placés en MECS / LVA présentent de façon significative moins souvent d'anomalies à l'examen ORL et ceux placés auprès d'assistants familiaux en présentent plus souvent. Les signes d'otites à l'examen sont relevés plus fréquemment chez les enfants placés auprès d'assistants familiaux.

Tableau 72 : Anomalies à l'examen ORL par lieu de placement

Examen ORL	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	17	4,0	118	7,8	10	3,8	1	1,3
Otites	7	1,7	63	4,2	5	1,9	0	0,0
Hypertrophie amygdalienne	2	0,5	8	0,5	1	0,4	0	0,0
Hypoacousie	0	0,0	6	0,4	0	0,0	1	1,3
Autre	1	0,2	6	0,4	2	0,8	0	0,0

Valeurs manquantes : 86 – 3,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les signes à l'examen ORL sont plus fréquents parmi les enfants de l'Aude et moins fréquents parmi les enfants des Pyrénées-Orientales. De façon plus spécifique, le même constat peut être fait pour les signes d'otite à l'examen.

Tableau 73 : Anomalies à l'examen ORL par département

Examen ORL	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence d'anomalie</b>	30	9,0	3	5,6	97	6,9	0	0,0	17	4,0
Otites	18	5,4	1	1,9	49	3,6	0	0,0	8	1,9
Hypertrophie amygdalienne	3	0,9	0	0,0	7	0,5	0	0,0	1	0,2
Hypoacousie	1	0,3	0	0,0	4	0,3	0	0,0	2	0,5
Autre	1	0,3	0	0,0	7	0,5	0	0,0	1	0,2

Valeurs manquantes : 74 – 3,1 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans ainsi que les enfants des Pyrénées-Orientales sont plus nombreux à présenter des anomalies à l'examen ORL. Il n'y a pas de différence significative entre filles et garçons ou selon le lieu de placement.

### **Dépistage des troubles de l'audition et de la vision**

Le dépistage des troubles de l'audition n'a pas été fait au cours de l'examen médical dans un quart des cas. Cette proportion est significativement plus faible chez les jeunes majeurs. Le résultat du dépistage des troubles de l'audition est normal pour plus de trois enfants sur cinq, sans différence selon l'âge et il est anormal dans un peu plus d'un cas sur dix, auxquels s'ajoutent les enfants présentant un trouble déjà corrigé.

Concernant le dépistage des troubles de la vision, la proportion de cas où celui-ci n'a pas été réalisé est un peu supérieure, atteignant près de trois cas sur dix. Cette proportion diminue significativement avec l'âge : elle est maximale pour les plus jeunes (0 – 6 ans : 37 %) et la plus faible pour les 18 ans et plus (18 %). Dans deux cas sur cinq, le dépistage des troubles de la vision ne détecte rien d'anormal alors que dans un cas sur dix, celui-ci est anormal. Dans l'un ou l'autre cas, on n'observe pas de variation, avec l'âge. Pour un cinquième des enfants, un trouble de la vision déjà corrigé est relevé. Celui-ci est moins fréquent chez les 0-6 ans qu'au-delà de cet âge.

Le trouble de la vision le plus souvent décrit est le déficit visuel touchant 3,7 % des enfants. La fréquence de ce trouble augmente progressivement avec l'âge, passant de 2,2 % chez les 0-6 ans, à 4,7 % parmi les 7-12 ans et 3,8 % parmi les 13-17 ans, pour atteindre 6,3 % chez les 18 ans et plus. Un strabisme est relevé chez 1,1 % des enfants, une amblyopie chez 0,6 % d'entre eux et un trouble de la vision des couleurs chez 0,1 % des enfants. D'autres troubles de la vision sont relevés chez 0,3 % des enfants.

Tableau 74 : Dépistage des troubles de l'audition et de la vision et répartition par âge

Dépistage des troubles de l'audition et de la vision	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Dépistage Audition</b>										
Normal	337	62,9	401	62,5	483	61,1	85	66,4	1306	62,3
Anormal	61	11,4	68	10,6	100	12,7	16	12,5	245	11,7
Déjà corrigé	9	1,7	12	1,9	7	0,9	2	1,6	30	1,4
Non fait	129	24,1	161	25,1	200	25,3	25	19,5	515	24,6
<b>Dépistage Vision</b>										
Normal	208	36,9	484	42,8	349	41,8	59	46,8	900	41,1
Anormal	70	12,4	66	9,9	77	9,2	13	10,3	226	10,3
Déjà corrigé	76	13,5	154	23,2	198	23,7	31	24,6	459	21,0
Non fait	210	37,2	160	24,1	210	25,2	23	18,3	603	27,6

Valeurs manquantes : Audition 271 – 11,4 % / Vision 179 – 7,6 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les enfants placés en foyer de l'enfance sont en proportion plus importante à ne pas avoir eu de dépistage des troubles de l'audition. C'est en MECS / LVA que cette proportion est la plus faible. Quand le dépistage des troubles de l'audition est réalisé, les résultats ne varient pas selon le lieu de placement.

Pour les troubles de la vision, la part des enfants n'ayant pas eu de dépistage est également supérieure en foyer de l'enfance et plus faible en MECS / LVA. Quand le dépistage est réalisé, la proportion de cas où il est anormal ne varie pas d'un lieu de placement à un autre. Par contre la proportion de dépistages normaux est plus forte en foyer de l'enfance et celle des enfants déjà corrigés y est plus faible. Un seul trouble visuel voit sa fréquence varier significativement en fonction du lieu de placement de l'enfant : les déficits visuels sont plus fréquents parmi les enfants placés en MECS / LVA (5,7 %) et moins fréquents parmi ceux placés en foyer de l'enfance (1,1 %) : 3,9 % des enfants placés auprès d'assistants familiaux en présentent.

Tableau 75 : Dépistage des troubles de l'audition et de la vision par lieu de placement

Dépistage des troubles de l'audition et de la vision	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Dépistage Audition</b>								
Normal	272	68,2	881	62,7	98	45,8	48	70,6
Anormal	58	14,5	158	11,2	21	9,8	8	11,8
Déjà corrigé	3	0,8	22	1,6	2	0,9	3	4,4
Non fait	66	18,5	344	24,5	93	43,5	512	24,5
<b>Dépistage Vision</b>								
Normal	196	47,8	581	39,6	77	33,3	40	58,0
Anormal	43	10,5	159	10,8	16	6,9	8	11,6
Déjà corrigé	113	27,6	323	22,0	17	7,4	4	5,8
Non fait	58	14,1	403	27,5	121	52,4	17	24,6

Valeurs manquantes : Audition 281 – 11,9 % / Vision 191 – 8,1 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Dans le département de l'Aude, la proportion d'enfants n'ayant pas eu de dépistage des troubles de l'audition est significativement plus élevée que celle observée dans l'Hérault, et plus encore, que celle observée dans les Pyrénées-Orientales. Quand le dépistage a été réalisé, son résultat est plus souvent anormal pour les enfants placés dans le département de l'Hérault que pour les enfants placés dans les Pyrénées-Orientales, la situation étant intermédiaire dans l'Aude.

C'est d'abord dans le département de l'Aude, et ensuite dans le département de l'Hérault, que la proportion d'enfants n'ayant pas eu de dépistage des troubles de la vision est la plus élevée. C'est dans les Pyrénées-Orientales qu'elle est la plus faible. Quand le dépistage a été réalisé, c'est dans les Pyrénées-Orientales qu'il est le plus souvent normal et dans celui de l'Hérault qu'il l'est le moins souvent. Un trouble de la vision déjà corrigé est plus fréquemment observé dans les départements de l'Aude puis de l'Hérault que dans celui des Pyrénées-Orientales, quand le dépistage a été réalisé. Les déficits visuels apparaissent plus fréquents parmi les enfants de l'Hérault (5,0 %) que parmi ceux de l'Aude (2,4 %) ou des Pyrénées-Orientales (1,6 %).

Tableau 76 : Dépistage des troubles de l'audition et de la vision par département

Dépistage des troubles de l'audition et de la vision	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Dépistage Audition</b>										
Normal	105	33,0	42	80,8	841	66,1	48	78,7	270	68,7
Anormal	47	14,8	7	13,5	128	10,1	8	13,1	55	14,0
Déjà corrigé	4	1,3	1	1,9	20	1,6	2	3,3	3	0,8
Non fait	162	50,9	2	3,8	283	22,2	3	4,9	65	16,5
<b>Dépistage Vision</b>										
Normal	84	25,9	26	51,0	523	39,1	33	49,3	234	57,4
Anormal	37	11,4	6	11,8	141	10,5	3	4,5	39	9,6
Déjà corrigé	76	23,5	3	5,9	311	23,2	23	24,3	46	11,3
Non fait	127	39,2	16	31,4	363	27,1	8	11,9	89	21,8

Valeurs manquantes : Audition 271 – 11,4 % / Vision 179 – 7,6 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

En se centrant sur les cas où le dépistage a été réalisé ou que la correction était déjà en place, une anomalie au dépistage de l'audition a été observée, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquemment dans l'Hérault ou dans les Pyrénées-Orientales, sans différence selon l'âge, le sexe ou le lieu de placement. Les résultats sont un peu différents pour les troubles de la vision dépistés, ceux-ci sont plus fréquents chez les 7-12 ans et les 13-17 ans, sans différence selon le sexe, le lieu de placement ou le département.

## **État buccodentaire**

L'état buccodentaire n'est pas jugé bon dans 27,7 % des cas. Entre 0-6 ans, cette proportion est plus faible, 14,3 % des enfants n'ayant pas un bon état buccodentaire. À partir de 7 ans, c'est au moins trois enfants sur dix qui sont dans ce cas : 34,7 % entre 7 et 12 ans, 30,3 % entre 13 et 17 ans et 31,5 % chez les jeunes majeurs. La proportion d'enfants n'ayant pas un bon état buccodentaire est plus élevé en foyer de l'enfance (46,0 %) que quand les enfants sont placés en MECS / LVA (30,6 %) ou auprès d'assistants familiaux (23,9 %). Dans le département des Pyrénées-Orientales, la proportion d'enfants ayant un mauvais état buccodentaire est plus basse (20,7 %) que ce qui est observé dans l'Hérault (30,1 %) ou dans l'Aude (31,2 %).

La présence de caries concerne 17,9 % des enfants. C'est chez les plus âgés (18 ans et plus : 23,4 %) que la fréquence des caries est la plus élevée et parmi les plus jeunes (0-6 ans : 11,4 %) qu'elle est la plus faible. Les valeurs observées chez les 7-12 ans et les 13-17 ans sont voisines, respectivement 20,8 % et 19,1 %. Les caries apparaissent plus fréquentes chez les enfants placés en foyer de l'enfance (38,9 %) que parmi ceux placés en MECS / LVA (23,5 %) et surtout que parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux (12,8 %). La fréquence des caries ne varie pas entre les départements.

Pour plus du tiers (37,4 %) des enfants ayant des caries, il n'y a pas de soins dentaires en cours ou réalisés. Cette proportion ne varie pas significativement avec l'âge, avec le lieu de placement ou avec le département.

Des malpositions dentaires concernent 14,6 % des enfants. C'est entre 7 et 12 ans qu'elles sont les plus fréquentes (20,2 %) et entre 0 et 6 ans qu'elles le sont le moins (5,6 %). Cette fréquence est de 16,3 % entre 13 et 17 ans et de 13,7 % à partir de 18 ans. La fréquence des malpositions dentaires ne varie pas selon le lieu de placement. Par contre, elles sont plus fréquentes dans l'Aude (20,8 %) que dans les Pyrénées-Orientales (9,0 %). La fréquence observée dans l'Hérault est proche de la moyenne régionale (15,7 %).

Dans trois cas sur dix (31,8 %), il n'y a pas de soins en cours ou réalisés chez les enfants ayant des malpositions dentaires. Cette fréquence est particulièrement élevée chez les plus petits (73,3 % chez les 0-6 ans) et les plus grands (63,6 % des 18 ans et plus). Cette proportion est de 32,7 % entre 7 et 12 ans et de 21,7 % chez les 13-17 ans. Elle est également plus élevée parmi les enfants placés en foyer de l'enfance (50,0 %) et ceux placés en MECS / LVA (41,5 %) que parmi ceux placés auprès d'assistants familiaux (26,6 %). Par contre, la proportion d'enfants avec malposition dentaire recevant ou ayant reçu des soins ne varie pas entre les départements.

Toutes choses égales par ailleurs :

- la présence de caries est significativement plus fréquente chez les 7-12 ans et chez les 18 ans et plus, chez les enfants placés en foyer de l'enfance ainsi que chez les garçons, et moins fréquente parmi les enfants placés en famille d'accueil et dans les Pyrénées-Orientales ;
- une malposition dentaire est significativement plus fréquente parmi les enfants de toutes les classes d'âge au-delà de 6 ans et chez les enfants placés en famille d'accueil et moins fréquente dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales ;
- les soins buccodentaires sont réalisés plus fréquemment chez les enfants de 7-12 ans et chez ceux de 13-17 ans. Ils sont significativement moins fréquents chez les garçons et pour les enfants placés en foyer de l'enfance. Il n'y a pas de différence selon les départements.

## Peau et phanères

Un pour cent des enfants a refusé l'examen clinique au niveau de la peau et des phanères. Des anomalies sont relevées lors de cet examen dans un quart des cas, plus fréquemment à partir de 13 ans qu'avant cet âge. Les signes les plus souvent relevés lors de cet examen sont ceux correspondants à de l'acné : 5 % des enfants sont concernés. C'est essentiellement entre 13 et 17 ans que cette symptomatologie est relevée. Des cicatrices sont présentes au niveau de la peau de 4 % des enfants : elles sont peu fréquentes chez les 7-12 ans et beaucoup plus chez les 18 ans et plus. Une xérose cutanée est relevée chez 3 % des enfants avec une fréquence qui diminue avec l'âge. La fréquence d'un eczéma est similaire mais sans variation avec l'âge. Naevi, tâches café au lait et infections cutanées concernent chacune autour de 2 % des enfants.

Tableau 77 : Anomalies à l'examen de la peau et des phanères et répartition par âge

Anomalies à l'examen de la peau et des phanères	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Refus de l'examen	1	0,2	4	0,6	14	1,7	4	3,1	23	1,0
Examen normal	472	79,6	532	79,5	561	66,2	84	66,1	1 649	73,7
<b>Anomalies à l'examen</b>	<b>120</b>	<b>20,2</b>	<b>133</b>	<b>19,9</b>	<b>273</b>	<b>32,2</b>	<b>39</b>	<b>30,7</b>	<b>565</b>	<b>25,3</b>
Acné	0	0,0	8	1,2	95	11,2	8	6,3	111	5,0
Cicatrices	27	4,6	16	2,4	36	4,2	13	10,2	92	4,1
Xérose cutanée	27	4,6	23	3,4	13	1,5	1	0,8	64	2,9
Eczéma	23	3,9	20	3,0	16	1,9	3	2,4	62	2,8
Naevi	2	0,3	22	3,3	27	3,2	2	1,6	53	2,4
Tâches café au lait	19	3,2	12	1,8	18	2,1	2	1,6	51	2,3
Infection cutanée	8	1,3	13	1,9	18	2,1	4	3,1	43	1,9
Taches achromiques	3	0,5	6	0,9	12	1,4	1	0,8	22	1,0
Scarifications	0	0,0	3	0,4	13	1,5	3	2,4	19	0,8
Ecchymoses	5	0,8	10	1,5	3	0,4	0	0,0	18	0,8
Autre	9	1,5	11	1,6	14	1,7	1	0,8	35	1,6

Valeurs manquantes : 130 – 5,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La proportion d'enfants ayant refusé l'examen ou d'enfants ayant un examen anormal ne varie pas selon le lieu de placement de l'enfant. Sur les signes plus spécifiques, un seul a une fréquence qui varie significativement selon le lieu de placement : les scarifications sont retrouvées plus fréquemment parmi les enfants placés en MECS / LVA.

Tableau 78 : Anomalies à l'examen de la peau et des phanères par lieu de placement

Anomalies à l'examen de la peau et des phanères	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Refus de l'examen	9	2,2	9	0,6	3	1,2	2	2,6
Examen normal	282	69,8	1 114	74,7	191	75,5	52	67,5
<b>Anomalies à l'examen</b>	<b>113</b>	<b>28,0</b>	<b>369</b>	<b>24,7</b>	<b>59</b>	<b>23,3</b>	<b>23</b>	<b>28,9</b>
Acné	24	5,9	75	5,0	9	3,6	3	3,9
Cicatrices	21	5,2	55	3,7	15	5,9	1	1,3
Xérose cutanée	14	3,5	43	2,9	5	2,0	2	2,6
Eczéma	12	3,0	43	2,9	3	1,2	4	5,2
Naevi	10	2,5	38	2,5	3	1,2	2	2,6
Tâches café au lait	7	1,7	38	2,5	3	1,2	3	3,9
Infection cutanée	10	2,5	28	1,9	5	2,0	0	0,0
Taches achromiques	5	1,2	14	0,9	3	1,2	0	0,0
Scarifications	9	2,2	9	0,6	1	0,4	0	0,0
Ecchymoses	3	0,7	12	0,8	2	0,8	0	0,0
Autre	7	1,7	25	1,7	2	0,8	1	1,3

Valeurs manquantes : 141 – 6,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Des anomalies à l'examen de la peau et des phanères sont moins souvent retrouvées parmi les enfants des Pyrénées-Orientales que parmi les enfants de l'Aude ou de l'Hérault. Des cicatrices sont relevées plus souvent auprès des enfants Héraultais que dans l'Aude ou les Pyrénées-Orientales. Le

même constat peut être fait pour les naevi et pour les tâches café au lait. Les tâches achromiques sont significativement plus fréquentes chez les enfants Héraultais.

Tableau 79 : Anomalies à l'examen de la peau et des phanères par département

Anomalies à l'examen de la peau et des phanères	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Refus de l'examen	0	0,0	2	3,6	18	1,3	0	0,0	3	0,7
Examen normal	249	75,9	37	67,3	967	70,5	58	85,3	338	81,6
<b>Anomalies à l'examen</b>	<b>79</b>	<b>24,1</b>	<b>16</b>	<b>29,1</b>	<b>387</b>	<b>28,3</b>	<b>10</b>	<b>14,7</b>	<b>73</b>	<b>17,6</b>
Acné	19	5,8	3	5,5	75	5,5	0	0,0	14	3,4
Cicatrices	11	3,4	4	7,3	72	5,2	2	2,9	3	0,7
Xérose cutanée	10	3,0	5	9,2	37	2,7	1	1,5	11	2,7
Eczéma	9	2,7	4	7,3	36	2,6	3	4,4	10	2,4
Naevi	9	2,7	1	1,8	41	3,0	0	0,0	2	0,5
Tâches café au lait	6	1,6	1	1,8	43	3,1	0	0,0	1	0,2
Infection cutanée	5	1,5	0	0,0	30	2,2	0	0,0	8	1,9
Taches achromiques	0	0,0	0	0,0	22	1,6	0	0,0	0	0,0
Scarifications	1	0,3	1	1,8	14	1,0	2	2,9	1	0,2
Ecchymoses	2	0,6	1	1,8	14	1,0	0	0,0	1	0,2
Autre	2	0,6	0	0,0	26	1,9	0	0,0	7	1,7

Valeurs manquantes : 130 – 5,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Au total, lorsque l'examen a pu être réalisé, on constate la présence d'anomalies au niveau de la peau et des phanères qui est, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquente chez les enfants de 13-17 ans et ceux de 18 ans et plus. Elle est moins fréquente chez les enfants des Pyrénées-Orientales. Il n'y a pas d'effet du sexe ou du lieu de placement.

### Appareil urogénital masculin

Dans un quart des cas, on observe un refus de l'examen urogénital chez les garçons inclus dans l'étude. Ce refus peut concerner près d'un enfant sur deux à l'adolescence (13-17 ans). Des anomalies sont relevées dans 6 % des cas. Quand on s'attache aux seuls cas où l'examen a pu être réalisé, on s'aperçoit que la fréquence des anomalies décroît avec l'âge entre 0-6 ans et 13-18 ans, la fréquence de ces anomalies étant intermédiaire chez les 18 ans et plus. Le problème le plus souvent rencontré lors de l'examen de l'appareil urogénital masculin est la cryptorchidie, essentiellement chez les plus petits, avant le phimosis ou les adhérences préputiales, également présents surtout chez les plus petits.

Tableau 80 : Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin et répartition par âge

Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Refus de l'examen	11	3,6	70	21,0	172	43,8	21	37,5	<b>274</b>	<b>25,2</b>
Examen normal	249	81,9	245	73,6	216	55,0	32	57,1	<b>742</b>	<b>68,3</b>
<b>Anomalies à l'examen</b>	<b>44</b>	<b>14,5</b>	<b>18</b>	<b>5,4</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>	<b>3</b>	<b>5,4</b>	<b>70</b>	<b>6,4</b>
Cryptorchidie	16	5,3	5	1,5	1	0,3	1	1,8	<b>23</b>	<b>2,1</b>
Phimosis	12	3,9	5	1,5	0	0,0	0	0,0	<b>17</b>	<b>1,6</b>
Adhérences préputiales	8	2,6	3	0,9	0	0,0	0	0,0	<b>11</b>	<b>1,0</b>
Hypospadias	4	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<b>4</b>	<b>0,4</b>
Micropénis	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	<b>2</b>	<b>0,2</b>
Autre	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	1,8	<b>3</b>	<b>0,3</b>

Valeurs manquantes : 187 – 14,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Si les refus d'examen sont plus nombreux parmi les enfants en Foyer de l'enfance (55,4 %) que parmi ceux en MECS / LVA (32,0 %) ou placés auprès d'assistants familiaux (17,0 %), lorsque l'examen a pu être réalisé, la proportion d'anomalies observées ne varie pas selon le lieu de placement.

Les refus d'examen sont relevés plus fréquemment dans l'Hérault que dans les Pyrénées-Orientales ou dans l'Aude. Quand l'examen a pu être réalisé, la fréquence des anomalies relevées au cours de celui-ci est plus élevée dans l'Hérault que dans les Pyrénées-Orientales ou l'Aude. La fréquence des différents types d'anomalies relevées ne varie pas significativement entre les départements.

Tableau 81 : Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin par département

Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Refus de l'examen	25	15,4	7	35,0	198	31,0	1	3,2	42	18,5
Examen normal	137	81,1	12	60,0	389	60,9	29	93,5	175	77,1
Anomalies à l'examen	6	3,6	1	5,0	52	8,1	1	3,2	10	4,4
Cryptorchidie	1	0,6	1	5,0	16	2,5	1	3,2	4	1,8
Phimosi	1	0,6	0	0,0	13	2,0	0	0,0	3	1,3
Adhérences préputiales	2	1,2	0	0,0	6	0,9	0	0,0	3	1,3
Hypospadias	0	0,0	0	0,0	4	0,2	0	0,0	0	0,0
Micropénis	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Autre	0	0,0	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0

Valeurs manquantes : 187 – 14,7 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Lorsque l'examen a pu être réalisé, la présence d'anomalies au niveau de l'appareil urogénital masculin est, toutes choses égales par ailleurs, moins fréquente chez les enfants de 7-12 ans et ceux âgés et 13 à 17 ans. Il n'y a pas d'effet du lieu de placement ou du département.

## Développement pubertaire et relations sexuelles

Cette partie de l'analyse est centrée sur les enfants de 8 ans et plus, garçons ou filles.

Concernant le développement pubertaire, dans près de la moitié des cas (46,2 %), l'information est manquante, plus souvent parmi les garçons (59,4 %) que parmi les filles (30,9 %). Quand l'information est connue, le développement pubertaire est jugé normal en fonction de l'âge dans 97,3 % des cas sans différence selon le sexe. Un retard pubertaire est retrouvé dans 1,8 % des cas : il concerne 2,8 % des garçons et 1,1 % des filles. Une puberté précoce est relevée dans 0,9 % des cas (0,3 % des garçons et 1,3 % des filles). Aucune différence significative de fréquence d'un développement pubertaire anormal pour l'âge n'est retrouvée en fonction du lieu de placement ou du département.

Parmi les filles de 8 ans et plus, 74,3 % sont réglées : 23,6 % des 8-12 ans, 94,2 % des 13-17 ans et 98,4 % des 18 ans et plus. C'est en foyer de l'enfance qu'on observe la proportion la plus élevée de filles réglées (90,5 %). Cette proportion est de 76,7 % en MECS / LVA et de 66,9 % pour celles placées auprès d'assistants familiaux. Il n'y a pas de différence significative entre départements. Un quart des filles ont eu leurs premières règles avant 11 ans (celle qui les a eues la plus jeune avait 9 ans), la moitié avant 12 ans et un quart à 13 ans ou après (au plus tard à 16 ans).

La question des relations sexuelles n'a pas été abordée dans 23,5 % des cas. Si on ajoute les valeurs manquantes, c'est pour 38,8 % des personnes de 8 ans et plus incluses dans l'étude que l'information n'est pas disponible. La question des relations sexuelles a été plus souvent abordée avec les filles (80,6 % des cas) qu'avec les garçons (72,6 %). C'est auprès des plus jeunes que cette question a le moins souvent été abordée (dans 65,9 % des cas parmi les 8-12 ans) et chez les plus âgés qu'elle a été le plus souvent abordée (87,7 % des cas chez les jeunes majeurs et 79,6 % des cas chez les 13-17 ans). Si la proportion de cas où la question n'a pas été abordée est stable en fonction des lieux de

placements, elle est moindre dans les Pyrénées-Orientales (14,4 %) que dans l'Aude (28,1 %) ou l'Hérault (24,6 %).

Quand la question a été abordée, on relève que 30,2 % des jeunes de 8 ans et plus ont eu des relations sexuelles : 1,2 % des 8-12 ans, 35,4 % des 13-17 ans et 63,6 % des 18 ans et plus. C'est parmi ceux placés en foyer de l'enfance que cette proportion est la plus élevée (54,7 %) alors qu'elle est de 41,8 % parmi les jeunes placés en MECS / LVA et 17,6 % des jeunes placés auprès d'assistants familiaux. Dans l'Aude, cette proportion est moindre (21,0 %) que dans l'Hérault (32,6 %) ou dans les Pyrénées-Orientales (30,5 %). L'analyse multivariée prenant en compte le sexe et ces différents facteurs montre que dans les deux classes d'âge au-delà de 12 ans, la proportion de ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles est plus élevée et que, toutes choses égales par ailleurs, celle-ci est significativement moindre pour les garçons et pour ceux placés en famille d'accueil. Parmi les collégiens de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> en 2010, 17,8 % déclaraient avoir déjà eu des relations sexuelles<sup>10</sup> : cette proportion est de 21,6 % chez les 13-15 ans confiés à l'ASE.

Un quart de ceux ayant eu des relations sexuelles ont eu plusieurs partenaires (25,0 %) et 65,1 % un seul partenaire, la question n'ayant pas été abordée dans le reste des cas (9,9 %). Les garçons sont plus nombreux (31,1 %) que les filles (19,5 %) à avoir eu plusieurs partenaires. Les partenaires multiples sont plus fréquents pour les jeunes placés en foyer de l'enfance (34,8 %) que pour ceux placés en MECS / LVA (27,3 %) ou auprès d'assistants familiaux (16,2 %). Ils sont également plus fréquents parmi les jeunes des Pyrénées-Orientales (35,8 %) que parmi ceux de l'Hérault (24,2 %) ou de l'Aude (6,7 %).

## **Gynécologie**

Cette partie de l'analyse est centrée sur les filles de 8 ans et plus.

39,0 % d'entre elles présentent une dysménorrhée. Celle-ci est plus fréquente parmi les filles âgées de 13 à 17 ans (43,0 %) que parmi les plus jeunes (23,9 % des 8-12 ans) ou les plus âgées (27,6 % des 18 ans et plus). La fréquence de la dysménorrhée ne varie pas en fonction du lieu de placement ou du département. La dysménorrhée est traitée dans 57,3 % des cas, sans variation en fonction de l'âge, du lieu de placement ou du département.

Les antécédents d'IVG concernent 6,5 % des filles ayant déjà eu des relations sexuelles, sans différence significative de fréquence entre les mineures et les majeures. Concernant le lieu de placement, la seule différence significative concerne les jeunes filles placées auprès d'assistants familiaux chez lesquelles aucun antécédent d'IVG n'est relevé. Il n'y a pas de différence par département.

Parmi les jeunes filles de 8 ans et plus, 31,2 % utilisent un contraceptif, 43,5 % n'en utilisent pas et 25,3 % ne sont pas concernées. La fréquence d'utilisation d'un contraceptif augmente avec l'âge : jamais chez les 8-12 ans, 33,9 % des 13-17 ans et 72,1 % des 18 ans et plus. La fréquence d'utilisation d'un contraceptif est plus élevée en foyer de l'enfance (57,8 %) qu'en MECS / LVA (36,7 %) que parmi les jeunes filles placées auprès d'assistants familiaux (23,7 %). C'est également chez ces dernières que la proportion de jeunes filles non concernées par cette question est la plus élevée (31,7 % contre 19,5 % en MECS / LVA et 4,4 % en foyer de l'enfance). L'utilisation d'un contraceptif est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales (45,3 %) que dans l'Aude (38,1 %) ou dans l'Hérault (26,4 %).

---

<sup>10</sup> Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. La santé des collégiens en France 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.

La proportion de jeunes filles non concernées est plus élevée dans l'Hérault (30,5 %) que dans l'Aude (12,7 %) ou dans les Pyrénées-Orientales (10,9 %).

Le type de contraception le plus souvent utilisé est la pilule (60,2 %) avant l'implant (29,2 %), le préservatif (8,7 %) ou les dispositifs intra vaginaux ou intra utérins (1,9 %). La fréquence d'utilisation du contraceptif le plus souvent utilisé, la pilule, ne varie pas avec l'âge, le lieu de placement ou le département.

46,0 % des jeunes filles de 8 ans et plus connaissent la pilule du lendemain et 39,9 % ne la connaissent pas. Ainsi, 14,1 % des jeunes filles potentiellement concernées ne la connaissent pas. Cette proportion ne varie pas significativement avec l'âge, le lieu de placement ou le département.

## Développement psychomoteur

Plus d'un enfant sur sept présente un retard de l'acquisition psychomotrice. La fréquence de ce retard décroît de façon significative avec l'âge jusqu'à 13-17 ans. Le retard dans l'acquisition du langage touche 17 % des enfants avec, là aussi, une diminution de sa fréquence avec l'âge : un tiers des moins de 7 ans sont concernés et moins d'un jeune sur dix au-delà de 12 ans.

La propreté est acquise pour plus de neuf enfants de 4 ans ou plus sur dix. Cette fréquence augmente avec l'âge de façon significative. L'énurésie nocturne est la plus fréquente (7 %). La fréquence de l'encoprésie est légèrement supérieure à celle de l'énurésie nocturne. La fréquence de l'énurésie diurne ou nocturne et l'encoprésie diminuent avec l'âge. Sur les 200 enfants de 4 ans ou plus n'ayant pas acquis la propreté, 13 (6,5 %) présentent une énurésie diurne et nocturne, 14 (7,0 %) une énurésie nocturne et une encoprésie, 11 (5,5 %) une énurésie diurne et nocturne associée à une encoprésie.

Tableau 82 : Développement psychomoteur et répartition par âge

Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Retard dans l'acquisition psychomotrice	108	18,2	111	16,2	69	8,0	13	10,3	301	13,3
Retard dans l'acquisition du langage	188	33,3	104	15,4	76	8,9	11	8,7	379	17,0
<b>Propreté (à partir de 4 ans)</b>										
Acquise	218	82,0	584	88,2	769	95,9	112	99,1	1 683	91,3
Enurésie diurne	15	5,6	12	1,8	10	1,2	0	0,0	37	2,0
Enurésie nocturne	39	14,7	61	9,2	25	3,1	1	0,9	126	6,8
Encoprésie	13	4,9	21	3,2	14	1,7	1	0,9	49	2,7

Valeurs manquantes : acquisition psychomotrice 101 – 4,3 % / acquisition du langage 144 – 6,1% / Propreté 201 – 9,8 %  
Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Un retard dans l'acquisition psychomotrice apparaît plus fréquent parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux et moins fréquent en famille d'accueil, tout comme le retard dans l'acquisition du langage. La propreté est plus souvent acquise parmi les enfants de 4 ans et plus en MECS / LVA ou en foyer de l'enfance que pour ceux placés auprès d'assistants familiaux. Seule l'énurésie nocturne a une fréquence qui varie significativement selon le lieu de placement : elle est plus souvent retrouvée parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux que parmi ceux placés en MECS / LVA ou foyer de l'enfance.

Tableau 83 : Développement psychomoteur par lieu de placement

Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Retard dans l'acquisition psychomotrice	30	7,2	249	16,5	11	4,4	11	13,9
Retard dans l'acquisition du langage	39	9,3	302	20,5	16	6,6	21	27,3
<b>Propreté (à partir de 4 ans)</b>								
Acquise	362	94,3	1 097	89,9	173	94,5	44	88,8
Enurésie diurne	5	1,3	29	2,4	2	1,1	1	2,0
Enurésie nocturne	19	4,9	96	7,9	8	4,4	3	6,1
Encoprésie	5	1,3	37	3,0	4	2,2	3	6,1

Valeurs manquantes : acquisition psychomotrice 113 – 4,8 % / acquisition du langage 156 – 6,6 % / Propreté 208 – 10,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Le retard dans l'acquisition psychomotrice est plus fréquent dans l'Aude (15,7 %) et l'Hérault (14,3 %) que dans les Pyrénées-Orientales. De même, le retard dans l'acquisition du langage est plus souvent retrouvé dans l'Hérault (18,2 %) et dans l'Aude (17,8 %) que dans les Pyrénées-Orientales (12,3 %). Par contre, aucune différence entre département n'est relevée au niveau de l'acquisition de la propreté.

Toutes choses égales par ailleurs, il ressort de l'analyse multivariée que les retards dans l'acquisition psychomotrice sont significativement moins fréquents chez les 13-17 ans et dans les Pyrénées-Orientales et plus fréquents parmi les enfants placés en famille d'accueil.

### Troubles du comportement

A l'issue de l'examen, des troubles du comportement sont évoqués pour plus du quart des enfants. La fréquence de ces troubles diminue significativement après 12 ans. Le trouble le plus fréquemment signalé est l'instabilité motrice surtout relevée avant 13 ans. Les colères fréquentes, les troubles oppositionnels et l'intolérance à la frustration viennent ensuite en fréquence, concernant entre 7 et 8 % des enfants. La fréquence de ces troubles ne varie pas significativement avec l'âge. Les troubles des conduites qui sont retrouvés chez 6 % des enfants sont significativement moins fréquents chez les plus jeunes (0-6 ans). Enfin l'inhibition concerne 4 % des enfants, sans variation avec l'âge.

Tableau 84 : Troubles du comportement et répartition par âge

Troubles du comportement	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence de troubles du comportement</b>	190	31,7	212	30,7	198	22,6	26	20,3	626	27,3
Instabilité motrice	88	14,7	104	15,1	42	4,8	5	3,9	239	10,4
Colères fréquentes	56	9,3	54	7,8	60	6,8	8	6,3	178	7,8
Troubles oppositionnels	44	7,3	54	7,8	62	7,1	6	4,7	166	7,2
Intolérance à la frustration	54	9,0	48	6,9	55	6,3	7	5,5	164	7,1
Troubles des conduites	16	2,7	52	7,5	58	6,6	10	7,8	136	5,9
Inhibition	19	3,2	27	3,9	40	4,6	0	0,0	86	3,7

Valeurs manquantes : 71 – 3,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

D'une façon globale, les troubles du comportement sont relevés moins fréquemment parmi les enfants placés en foyer de l'enfance que parmi ceux placés en MECS / LVA ou auprès d'assistants familiaux. De façon plus spécifique, des différences significatives apparaissent pour deux troubles du comportement :

- l'instabilité motrice est plus fréquente parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux et moins fréquentes parmi ceux placés en foyer de l'enfance ;
- l'inhibition concerne moins fréquemment les enfants placés en foyer de l'enfance.

Tableau 85 : Troubles du comportement par lieu de placement

Troubles du comportement	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence de troubles du comportement</b>	111	25,9	453	29,9	39	14,8	21	26,6
Instabilité motrice	33	7,7	187	12,4	13	4,9	6	7,6
Colères fréquentes	31	7,2	125	8,3	18	6,8	3	3,8
Troubles oppositionnels	25	5,8	122	8,1	12	4,5	6	7,6
Intolérance à la frustration	32	7,5	114	4,5	13	4,9	3	3,8
Troubles des conduites	32	7,5	85	5,6	11	4,2	8	10,1
Inhibition	18	4,2	63	4,2	1	0,4	4	5,1

Valeurs manquantes : 83 – 3,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Des troubles du comportement sont relevés à l'issue de l'examen plus fréquemment dans les départements de l'Hérault et de l'Aude que dans les Pyrénées-Orientales. De façon plus spécifique :

- l'instabilité motrice est plus fréquemment retrouvée dans l'Aude et l'Hérault que dans les Pyrénées-Orientales ;
- les colères fréquentes sont plus souvent relevées parmi les enfants des Pyrénées-Orientales et de l'Aude que parmi ceux de l'Hérault ;
- les troubles oppositionnels concernent plus les enfants de l'Aude que ceux des Pyrénées-Orientales, les enfants de l'Hérault étant dans une position intermédiaire ;
- l'inhibition est plus fréquente dans l'Hérault et dans l'Aude que dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 86 : Troubles du comportement par département

Troubles du comportement	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence de troubles du comportement</b>	96	29,0	11	20,4	415	29,3	17	25,8	87	20,3
Instabilité motrice	42	12,7	4	7,4	162	11,4	4	6,1	27	6,3
Colères fréquentes	31	9,4	5	9,3	95	6,7	4	6,1	43	10,0
Troubles oppositionnels	34	10,3	2	3,7	103	7,3	3	4,5	24	5,6
Intolérance à la frustration	24	7,3	2	3,7	100	7,1	10	15,2	28	6,5
Troubles des conduites	22	6,6	1	1,9	84	5,9	3	4,5	26	6,1
Inhibition	11	3,3	1	1,9	71	5,0	1	1,5	2	0,5

Valeurs manquantes : 71 – 3,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La prise en compte simultanée des effets de l'âge, du sexe, du lieu de placement et du département permet de constater que les troubles du comportement au moment de l'examen sont repérés plus souvent chez les garçons et moins souvent chez les enfants âgés de 13 à 17 ans ou de 18 ans et plus, chez ceux placés en foyer de l'enfance et dans les Pyrénées-Orientales.

### Pathologies psychiatriques

Des pathologies psychiatriques ont été repérées au cours de l'examen chez 13 % des enfants, d'autant plus souvent que l'enfant est de plus en plus âgé. Le trouble le plus fréquemment relevé est le trouble anxieux, concernant 7,5 des enfants, avec une fréquence qui progresse significativement avec l'âge. La dépression est beaucoup moins fréquente, repérée au cours de l'examen chez 1,4 % des enfants, plus souvent quand ils sont âgés de 13 ans et plus que quand ils sont plus jeunes. Les troubles envahissants du développement sont retrouvés avec la même fréquence mais sans variation avec l'âge. Les troubles des conduites alimentaires et les intentions suicidaires sont repérés chez 1 % des enfants environ. Pour les intentions suicidaires, elles ne sont relevées que chez des enfants de 13 ans et plus.

Tableau 87 : Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen et répartition par âge

Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence de pathologies psychiatriques</b>	57	9,8	85	12,4	126	14,4	29	22,8	297	13,1
<b>Trouble anxieux</b>	33	5,7	43	6,3	75	8,6	20	15,7	171	7,5
<b>Dépression</b>	1	0,2	5	0,7	20	2,3	6	4,7	32	1,4
<b>Troubles envahissants du développement (TED / TSA)</b>	7	1,2	13	1,9	10	1,1	1	0,8	31	1,4
<b>Trouble des conduites alimentaires</b>	8	1,4	9	1,3	10	1,1	2	1,6	29	1,3
<b>Symptômes psychotiques</b>	0	0,0	7	1,0	7	0,8	5	3,9	19	0,8
<b>Intentions suicidaires</b>	0	0,0	0	0,0	6	0,7	2	1,6	8	0,4
<b>Troubles obsessionnels compulsifs</b>	0	0,0	2	0,3	4	0,5	0	0,0	6	0,3
<b>Autres</b>	13	2,2	20	2,9	29	3,3	3	2,4	65	2,9

Valeurs manquantes : 97 – 4,1 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

La fréquence des troubles psychiatriques, de façon globale, repérés lors de l'examen ne varie pas significativement en fonction du lieu de placement. De façon plus spécifique, des différences significatives sont retrouvées sur un seul trouble, les intentions suicidaires étant significativement moins fréquentes parmi les enfants placés auprès d'assistants familiaux.

Tableau 88 : Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen par lieu de placement

Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence de pathologies psychiatriques</b>	53	12,6	198	13,2	25	9,9	20	25,0
<b>Trouble anxieux</b>	36	8,6	109	7,2	14	5,5	11	13,8
<b>Dépression</b>	8	1,3	17	1,1	5	2,0	1	1,3
<b>Troubles envahissants du développement (TED / TSA)</b>	5	1,2	23	1,5	1	0,4	2	2,5
<b>Trouble des conduites alimentaires</b>	5	1,2	20	1,3	1	0,4	3	3,8
<b>Symptômes psychotiques</b>	4	1,0	13	0,9	1	0,4	1	1,3
<b>Intentions suicidaires</b>	3	0,7	2	0,1	3	1,2	0	0,0
<b>Troubles obsessionnels compulsifs</b>	0	0,0	6	0,4	0	0,0	0	0,0
<b>Autres</b>	8	1,9	47	3,1	4	1,6	6	7,5

Valeurs manquantes : 109 – 4,6 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Des pathologies psychiatriques sont retrouvées à l'examen de façon plus fréquente dans l'Hérault et l'Aude que dans les Pyrénées-Orientales et des différences sont également trouvées de façon significative pour deux de ces pathologies :

- les troubles anxieux sont plus fréquents parmi les enfants de l'Aude et de l'Hérault que parmi ceux des Pyrénées-Orientales ;
- les troubles des conduites alimentaires sont plus fréquents dans l'Hérault et moins fréquents dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 89 : Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen par département

Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Présence de pathologies psychiatriques</b>	43	13,1	2	3,9	206	145,6	9	13,0	37	9,0
<b>Trouble anxieux</b>	30	9,1	0	0,0	119	8,4	4	5,8	18	4,4
<b>Dépression</b>	4	1,2	0	0,0	23	1,6	0	0,0	5	1,2
<b>Troubles envahissants du développement (TED / TSA)</b>	7	2,1	0	0,0	17	1,2	1	1,4	5	1,5
<b>Trouble des conduites alimentaires</b>	3	0,9	0	0,0	25	1,8	1	1,4	0	0,0
<b>Symptômes psychotiques</b>	2	0,6	0	0,0	14	1,0	0	0,0	3	0,7
<b>Intentions suicidaires</b>	0	0,0	0	0,0	5	0,4	0	0,0	3	0,7
<b>Troubles obsessionnels compulsifs</b>	0	0,0	0	0,0	6	0,4	0	0,0	0	0,0
<b>Autres</b>	7	2,1	2	3,9	48	3,4	3	4,3	5	1,2

Valeurs manquantes : 97 – 4,1 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Toutes choses égales par ailleurs, les pathologies psychiatriques repérées lors de l'examen sont plus fréquentes chez les 13-17 ans et chez les 18 ans et plus. Elles sont moins fréquentes dans les Pyrénées-Orientales. Il n'y a pas de différence entre filles et garçons ou selon le lieu de placement.

## Couverture vaccinale

La situation vaccinale est connue à partir d'un carnet de santé complet dans huit cas sur dix (79,8 %). Dans 8,9 % des cas, celle-ci est déterminée à partir d'un carnet de santé incomplet ou d'un autre document faisant état de la situation vaccinale et pour 11,3 % des enfants, aucun document n'est disponible pour connaître la couverture vaccinale. La fréquence de cette dernière situation augmente avec l'âge : aucun document n'est disponible pour 3,3 % des 0-6 ans, pour 4,8 % des 7-12 ans, pour 20,7 % des 13-17 ans et pour 22,3 % des 18 ans et plus. L'absence de document concerne un enfant sur deux (50,2 %) en foyer de l'enfance, alors que c'est le cas de 15,2 % des enfants en MECS / LVA et de 3,8 % des enfants placés auprès d'assistants familiaux. L'absence de document pour déterminer la couverture vaccinale est plus fréquente dans les Pyrénées-Orientales (15,1 %) que dans l'Hérault (11,5 %) ou l'Aude (7,0 %).

Trois enfants sur dix sont vaccinés par le **BCG** et un sur cinq ne l'est pas. La fréquence de la vaccination par le BCG augmente significativement avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 13-17 ans. Dans 12,4 % des cas, le statut vaccinal par le BCG n'est pas connu et dans 6,8 %, il est indiqué que l'enfant n'est pas concerné par cette vaccination. Cette dernière situation concerne essentiellement les enfants de 0 à 6 ans (21,0 %).

Au total, près de neuf enfants sur dix sont vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (**DTP**). La couverture vaccinale diminue avec l'âge de façon significative. C'est parmi les 7-12 ans qu'on trouve la plus forte proportion d'enfants non vaccinés (3,7 %) et chez les 13-17 ans la proportion la plus faible (1,5 %). Le taux limité de personnes vaccinées contre DTP s'explique principalement par la proportion de cas où l'information n'est pas connue : 8,2 %. Cette proportion augmente avec l'âge : de 2,3 % chez les 0-6 ans à 15,4 % chez les 13-17 ans et 12,6 % chez les jeunes majeurs.

Le taux de personnes vaccinées contre la **coqueluche** est un peu moindre que contre le DTP (86,4 %), avec également une diminution significative avec l'âge de cette proportion. Au total 4,4 % des enfants ne sont pas vaccinés, la plus faible part concernant les 0-6 ans (2,7 %) et la plus forte, les 7-12 ans (5,3 %). Dans 9,1 % des cas, le statut vaccinal vis-à-vis de la coqueluche n'est pas connu, principalement pour les 13-17 ans (16,9 %) et les jeunes majeurs (15,1 %).

84,0 % des enfants vus sont à jour de leur vaccination contre **l'Hæmophilus influenzae B** (HiB). Une baisse significative du taux de couverture vaccinale contre le HiB est observée. La proportion de jeunes non vaccinés contre le HiB, qui est globalement de 4,4 %, augmente avec l'âge, passant de 3,0 % des 0-6 ans à 11,3 % des 18 ans et plus. Dans plus d'un cas sur dix (11,6 %, le statut vaccinal vis-à-vis du HiB est inconnu, particulièrement chez les plus âgés : 20,8 % des 13-17 ans et 24,2 % des 18 ans et plus.

Un peu plus de la moitié des enfants inclus dans l'étude sont vaccinés contre **l'hépatite B** (56 %). Cette proportion est plus élevée chez les plus jeunes : quatre enfants de 0 à 6 ans sur cinq sont vaccinés contre l'hépatite. Un tiers de la population enquêtée n'est pas vaccinée contre cette pathologie (32,5 %), principalement les 7-12 ans (40,2 %). Le statut vaccinal est inconnu pour 11,5 % des enfants avec les mêmes variations par âge que pour les autres vaccinations.

Un peu plus de deux enfants sur cinq sont vaccinés contre le **pneumocoque**, principalement les 0-6 ans et, dans une moindre mesure les 7-12 ans. C'est principalement au-delà de 7 ans, et notamment

chez les 13-17 ans (61,5 %), qu'on retrouve le plus d'enfants non vaccinés contre le pneumocoque. Le statut vaccinal est inconnu dans 14,5 % des cas, surtout après 12 ans.

Un tiers des enfants sont vaccinés contre le **méningocoque C**. Cette vaccination concerne plus de la moitié des 0-6 ans mais un cinquième des 13-17 ans ou des 18 ans et plus.

Le taux de couverture vaccinale **ROR** est un peu moins élevé que la vaccination DTP : 85 %. C'est parmi les 7-12 ans que les taux les plus élevés sont relevés, alors que ce sont les 18 ans et plus qui sont le moins souvent vaccinés contre ROR : moins de trois sur quatre. Un enfant sur dix de moins de 7 ans (11,7 %) n'est pas vacciné, alors que ce taux varie entre 2,2 % chez les 7-12 ans et 4,0 % chez les jeunes majeurs. La situation vaccinale vis-à-vis du ROR est inconnue dans un cas sur 10 (10,0 %), principalement chez les 13-17 ans (16,7 %) et les 18 ans et plus (22,2 %).

Une jeune fille de 11 ans ou plus sur dix est vaccinée contre le Papillomavirus humain (HPV), plus fréquemment chez les plus âgées que chez les plus jeunes. Le statut vaccinal est inconnu dans 13,7 % des cas (de 10,7 % pour les 11-12 ans à 14,6 % pour les 13-17 ans). Dans 3,8 % des cas, il est indiqué que la jeune fille n'est pas concernée par cette vaccination, principalement chez les 11-12 ans (7,9 %).

Tableau 90 : Couverture vaccinale et répartition par âge

Couverture vaccinale	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BCG	159	27,1	472	68,5	644	75,6	89	71,2	1364	60,5
Diphtérie – tétanos – poliomyélite	567	94,3	646	92,8	717	83,1	108	85,0	2 038	89,1
Coqueluche	566	94,5	628	90,8	675	78,8	96	76,2	1 965	86,4
Hæmophilus influenzae B	562	94,0	634	91,8	618	73,4	80	64,5	1 894	84,0
Hépatite B	470	79,0	657	52,8	367	43,6	55	45,1	1 249	55,9
Pneumocoque	526	88,3	315	47,7	83	10,3	14	12,2	938	43,1
Méningocoque C	302	53,6	254	38,5	174	21,3	22	18,5	752	34,8
Rougeole – Oreillons – Rubéole	484	84,2	645	93,1	687	80,4	93	73,8	1 909	84,9
Papillomavirus humain (HPV)*	--	--	2	1,6	48	12,3	10	17,2	60	10,8

\* filles à partir de 11 ans

Valeurs manquantes : de 80 à 209 – de 3,4 % à 9,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse du statut vaccinal par lieu de placement est principalement marquée par l'importance des cas où aucun document n'est disponible pour connaître le statut vaccinal des enfants en foyer de l'enfance. Ainsi, les taux de couverture vaccinale des enfants qui y sont placés apparaissent nettement plus bas que dans les autres lieux de placement. Si on limite l'analyse aux situations où la couverture vaccinale est connue, quelques différences significatives apparaissent cependant :

- le taux de couverture vaccinale par le BCG est supérieur en MECS / LVA ;
- le taux de couverture vaccinale contre le HiB est moins élevé en foyer de l'enfance ;
- le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B est moins élevé en MECS / LVA ;
- le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque est moins élevé en MECS / LVA ;
- le taux de couverture vaccinale contre le méningocoque C est moins élevé en MECS / LVA et en foyer de l'enfance ;
- le taux de couverture vaccinale ROR est moins élevé en foyer de l'enfance.

Tableau 91 : Couverture vaccinale par lieu de placement

Couverture vaccinale	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BCG	284	67,9	951	62,6	82	35,5	42	53,8
Diphtérie – tétanos – poliomyélite	383	90,3	1 431	93,6	142	58,7	74	90,2
Coqueluche	364	86,5	1 390	91,4	132	54,5	70	86,4
Hæmophilus influenzae B	332	80,2	1 382	91,5	103	43,1	68	82,9
Hépatite B	178	43,4	926	61,9	94	39,5	46	56,8
Pneumocoque	94	23,7	747	51,3	54	23,1	37	45,7
Méningocoque C	103	25,6	581	40,3	36	15,6	28	35,9
Rougeole – Oreillons – Rubéole	352	84,0	1 368	90,9	116	49,6	64	80,0
Papillomavirus humain (HPV)*	11	8,2	42	11,7	3	7,0	2	11,8

\* filles à partir de 11 ans

Valeurs manquantes : de 90 à 218 – de 3,8 % à 9,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les taux de couvertures vaccinales plus bas observés dans l'Hérault et dans les Pyrénées-Orientales s'expliquent principalement par une fréquence plus élevée dans ces deux départements des situations où aucun document n'est disponible pour attester du statut vaccinal de l'enfant. Si on limite l'analyse aux situations où l'information est connue, des différences significatives existent entre départements pour un nombre limité de vaccins :

- les couvertures par le vaccin DTP et par le vaccin contre la coqueluche sont supérieures dans les Pyrénées-Orientales et plus faibles dans l'Aude et l'Hérault ;
- la couverture par le vaccin contre le pneumocoque et celle par le vaccin contre le méningocoque C sont plus élevées dans l'Aude et l'Hérault que dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 92 : Couverture vaccinale par département

Couverture vaccinale	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BCG	204	65,4	15	28,8	845	59,9	37	53,6	263	64,3
Diphtérie – tétanos – poliomyélite	308	95,1	53	96,4	1 227	86,3	69	97,2	381	91,6
Coqueluche	293	91,0	52	96,3	1 180	83,5	66	95,7	374	89,9
Hæmophilus influenzae B	294	92,5	53	96,4	1 151	81,9	57	86,4	339	82,7
Hépatite B	181	57,8	37	72,5	785	56,1	29	45,3	217	53,3
Pneumocoque	143	47,0	44	83,0	587	43,1	30	47,6	134	33,8
Méningocoque C	122	42,1	18	36,0	495	36,0	8	13,1	109	28,5
Rougeole – Oreillons – Rubéole	285	89,9	39	79,6	1 180	83,7	59	88,1	346	85,2
Papillomavirus humain (HPV)*	8	12,1	0	0,0	44	11,7	1	9,1	7	6,9

\* filles à partir de 11 ans

Valeurs manquantes : de 80 à 209 – de 3,4 % à 9,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse multivariée sur les différentes vaccinations montre que :

- dans les foyers de l'enfance, toutes choses égales par ailleurs, la couverture vaccinale est significativement moindre pour le DTP, la coqueluche, l'Hæmophilus influenzae B et le ROR ; la couverture vaccinale est plus élevée pour l'hépatite B et le pneumocoque ;
- en famille d'accueil, la couverture vaccinale est significativement plus élevée pour l'hépatite B et le pneumocoque ;
- dans les Pyrénées-Orientales, la couverture vaccinale est significativement plus élevée pour le DTP et la coqueluche est moindre pour le pneumocoque et le méningocoque ;
- un effet âge est observé pour le BCG (couverture plus élevée au-delà de 6 ans), pour la coqueluche (couverture moindre pour les 6-12 ans et les 18 ans et plus), l'Hæmophilus influenzae B (couverture moindre à partir de 13 ans), le pneumocoque (couverture moins élevée au-delà de 6 ans), le méningocoque (couverture moins élevée au-delà de 6 ans), le ROR (couverture plus élevée au-delà de 6 ans), l'HPV (couverture plus élevée pour les filles au-delà de 12 ans).

## Perception du jeune sur lui et sur sa vie

Pour les enfants de 11 ans et plus, une échelle de qualité de vie, utilisée par ailleurs lors des enquêtes HBSC (Health Behaviour in School Aged children) réalisées tous les 3 ans en Europe, a été proposée. Cette échelle de 8 items a été complétée dans les trois quarts des cas (74,0 %).

Plus de la moitié des jeunes se sentent en général très bien (53,7 %) et 40,5 % se sentent ni bien ni mal. Ces proportions ne varient pas significativement avec l'âge ni entre départements. Par contre, les enfants placés en foyer de l'enfance sont significativement moins nombreux à se sentir très bien (39,3 %) que ceux placés en MECS / LVA (49,2 %) ou auprès d'assistants familiaux (58,9 %). Après ajustement sur l'âge, le sexe, le lieu de placement et le département, certaines différences restent significatives. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les garçons sont plus nombreux à se sentir très bien ainsi que les enfants placés en famille d'accueil. Les enfants placés en foyer de l'enfance sont moins nombreux à se sentir très bien.

Un peu plus du quart des enfants (28,3 %) indique croire toujours en ses capacités personnelles et 36,1 % souvent. Interrogés sur la connaissance qu'ils ont de leur qualité et leurs défauts, 38,6 % indiquent les connaître toujours et 32,2 % les connaître souvent. Enfin, ils sont 46,0 % à dire qu'ils sont toujours à l'aise avec les autres et 33,2 % à dire qu'ils le sont souvent. Quand on compare, pour chacun de ces trois items la fréquence de ceux qui répondent toujours ou souvent à la fréquence de ceux qui répondent parfois ou rarement/jamais, on constate que ces fréquences ne varient ni avec l'âge, ni avec le lieu de placement, ni avec le département. L'analyse multivariée permet de constater que, toutes choses égales par ailleurs :

- les garçons sont plus nombreux à croire toujours ou souvent en leur capacités personnelles ;
- aucune différence significative selon l'âge, le sexe, le lieu de placement ou le département n'est trouvée pour la connaissance de ses qualités et défauts ;
- aucune différence significative selon l'âge, le sexe, le lieu de placement ou le département n'est trouvée pour le fait d'être à l'aise avec les autres.

Ils sont 63,2 % à être satisfaits d'eux-mêmes et 21,1 % à être très satisfaits. La fréquence de ceux qui sont insatisfait ou très insatisfaits d'eux-mêmes augmente avec l'âge : 12,2 % des 11-14 ans, 18,5 % des 15-17 ans et 20,0 % des 18 ans et plus. Ils sont également plus nombreux parmi ceux placés en foyer de l'enfance (22,4 %) ou en MECS / LVA (20,7 %) que parmi ceux placés auprès d'assistants familiaux (12,4 %). Par contre, cette fréquence ne varie pas entre départements. Après regroupement des modalités « *très satisfaits* » et « *satisfaits* » d'une part, « *insatisfaits* » ou « *très insatisfaits* » d'autre part et par analyse multivariée, on n'observe plus d'effet de l'âge et on constate que les garçons et les enfants placés en famille d'accueil sont plus souvent très satisfaits ou satisfaits d'eux-mêmes.

Concernant la perception de leur corps, ils sont 24,0 % à en être très satisfaits et 48,7 % à en être satisfaits. L'insatisfaction vis-à-vis de leur corps concerne 27,2 % des jeunes de 11 ans et plus. Celle-ci est plus fréquente chez les 15-17 ans (31,2 %) que chez les plus jeunes (23,4 % des 11-14 ans) ou chez les plus âgés (28,4 % des jeunes majeurs). La proportion de jeunes insatisfaits de leur corps ne varie pas significativement selon le lieu de placement ou le département. Après regroupement des modalités de réponse et ajustement, on observe uniquement un effet du sexe, les garçons étant plus nombreux à se déclarer très satisfaits ou satisfaits de leur corps.

Il leur était demandé de qualifier leur vie aujourd'hui sur une échelle de 0 à 10. La note moyenne qu'ils se donnent est de 7,0 ( $\pm 2,2$ ). Cette note est plus élevée chez les 11-14 ans (7,4  $\pm 2,2$ ) que chez les 15-17 ans (6,7  $\pm 2,2$ ) ou les jeunes majeurs (6,6  $\pm 2,0$ ). Cette note est également plus élevée pour ceux placés auprès d'assistants familiaux (7,4  $\pm 2,0$ ) que pour ceux placés en MECS / LVA (6,4  $\pm 2,2$ ) ou en foyer de l'enfance (6,1  $\pm 2,5$ ). Elle ne varie pas selon le département. Au total, c'est 26,2 % des jeunes de 11 ans et plus qui se donnent une note de 9 ou 10 sur leur vie actuelle et 33,9 % qui se

donnent une note de 7 ou 8. De mauvaises appréciations sur leur vie actuelle (note de 6 ou moins) concernent deux jeunes sur cinq (39,9 %). L'ajustement par analyse multivariée montre que le degré de satisfaction sur leur vie actuelle diminue avec l'âge, que les garçons ont des scores plus faibles que les filles, que les enfants placés en famille d'accueil ont un meilleur score et qu'il n'y a pas de différence entre départements.

Par contre, ils sont beaucoup plus optimistes sur leur vie future, se donnant en moyenne une note de 8,2 ( $\pm 1,8$ ), sans variation selon l'âge ou le lieu de placement. Les jeunes de l'Aude se donnent une note significativement plus basse sur leur vie future (7,8  $\pm 1,8$ ) que ceux de l'Hérault ou des Pyrénées-Orientales (8,3  $\pm 1,8$  dans chaque département). Au total, la moitié des jeunes (49,4 %) se donne une note de 9 ou 10 sur leur vie future et 34,4 % une note de 7 ou 8. Seuls 16,2 % d'entre eux se donnent une note inférieure à 7. Après ajustement par analyse multivariée, l'absence d'effet de l'âge ou du lieu de placement est confirmée. Il n'y a pas non plus de différence de score par sexe. La seule différence significative concerne les enfants de l'Hérault qui apparaissent plus optimistes sur leur avenir que les autres.

## **Conclusion du bilan médical**

### ***Coopération de l'enfant***

A l'issue du bilan médical, la coopération de l'enfant a été jugée bonne dans 90,5 % des cas, moyenne dans 7,1 % et mauvaise dans 1,6 % des cas. Un refus d'examen a été noté dans 19 cas, soit 0,8 %. Le taux de refus ne varie pas avec l'âge. Par contre, la bonne coopération à l'examen est d'autant plus élevée que l'enfant est âgé : 87,0 % des 0-6 ans, 91,2 % des 7-12 ans, 91,4 % des 13-17 ans et 96,1 % des 18 ans et plus. Le refus d'examen ou le niveau de coopération ne varie pas selon le lieu de placement. Si le taux de refus ne varie pas entre département, une bonne participation à l'examen est moins fréquente dans l'Hérault (88,6 %) que dans l'Aude (93,0 %) ou les Pyrénées-Orientales (93,8 %).

Toutes choses égales par ailleurs, les enfants des classes d'âge au-delà de 6 ans ont mieux coopéré à l'examen et les enfants de l'Hérault sont moins nombreux à avoir bien coopéré. Il n'y a pas de différence par sexe ou lieu de placement après ajustement.

### ***Conduite à tenir à la suite de l'examen***

Le résultat de ce bilan médical est jugé satisfaisant dans plus des deux tiers des cas (69,2 %). Pour un enfant sur cinq (19,2 %), une surveillance est jugée nécessaire et dans un cas sur dix (11,5 %), une orientation vers une prise en charge est préconisée. Ces proportions ne varient pas significativement avec l'âge ou le lieu de placement. Le bilan médical est jugé satisfaisant plus fréquemment dans les Pyrénées-Orientales (88,0 %) que dans l'Hérault (65,4 %) ou l'Aude (55,5 %). En corollaire, la proportion d'enfants à surveiller est moins élevée dans les Pyrénées-Orientales (8,9 %) que dans l'Aude (21,2 %), et l'Hérault (2,7 %). La proportion d'enfants pour lesquels une orientation est nécessaire est plus élevée dans l'Aude (23,3 %) que dans l'Hérault (11,9 %) ou les Pyrénées-Orientales (3,1 %).

Après ajustement sur le sexe et ces différents facteurs, seules des différences par département persistent ; une surveillance ou un suivi sont moins souvent nécessaires pour les enfants héraultais ou des Pyrénées-Orientales.

## **Prises en charge proposées**

Des propositions de prise en charge à l'issue du bilan sont formulées pour trois enfants sur cinq, avec une fréquence qui augmente avec l'âge jusqu'à 13-17 ans.

Un suivi psychiatrique est proposé dans 7 % des cas et un suivi psychologique dans 12 % des cas, sans différence selon l'âge de l'enfant.

Une orientation vers le CAMSP est envisagée pour 4 % des enfants de 0 à 6 ans.

Au niveau des rééducations proposées, la plus fréquente est l'orthophonie, proposée dans 8 % des cas avec une fréquence plus élevée chez les enfants de 0 à 6 ans et de 7 à 12 ans. Une kinésithérapie est proposée dans 3 % des cas, moins fréquemment chez les classes d'âge intermédiaires. La psychomotricité est proposée à un nombre un peu plus limité d'enfants, plus souvent chez les plus jeunes. Les autres rééducations, orthoptie et ergothérapie sont plus rarement proposées.

Dans un cas sur cinq, un suivi par le médecin traitant est suggéré, avec une fréquence qui augmente avec l'âge. Des orientations vers certaines spécialités médicales sont notées :

- vers un ophtalmologue pour 13 % des enfants sans variations avec l'âge ;
- vers un ORL pour 6 % des enfants, plus fréquemment chez les plus jeunes ;
- vers un dermatologue pour 3 % des enfants, plus fréquemment chez les 13-17 ans ;
- vers un infectiologue (le plus souvent le centre de lutte contre la tuberculose) dans 2 % des cas, toujours pour des 13-17 ans ;
- vers un cardiologue dans 2 % des cas sans variation avec l'âge ;
- vers un gynécologue ou une sage-femme dans 1,5 % des cas, essentiellement pour des 13-17 ans ;
- en addictologie pour 1 % des enfants, après 12 ans ;
- enfin vers un autre médecin spécialiste dans 9 % des cas, sans variation avec l'âge.

Des soins dentaires sont proposés dans 14 % des cas, avec une fréquence qui augmente avec l'âge (un jeune majeur sur quatre), et de l'orthodontie est également préconisée dans 6 % des cas, plutôt entre 7 et 17 ans.

Un accompagnement paramédical (principalement par un infirmier) est envisagé dans 1 % des cas et des examens complémentaires prescrits dans près de 2 % des cas, plutôt entre 7 et 17 ans.

Tableau 93 : Prises en charge proposées et répartition par âge

Prises en charge proposées à l'issue de l'examen	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Proposition de prise en charge</b>	<b>312</b>	<b>52,9</b>	<b>403</b>	<b>59,3</b>	<b>587</b>	<b>67,2</b>	<b>86</b>	<b>66,2</b>	<b>1 388</b>	<b>61,1</b>
Suivi psychiatrique	28	4,7	45	6,6	65	7,4	13	10,0	151	6,6
Suivi psychologique	58	9,8	81	11,9	109	12,5	21	16,2	269	11,8
CAMSP	25	4,2	1	0,1	1	0,1	0	0,0	27	1,2
Orthophonie	74	12,5	64	9,4	28	3,2	6	4,6	172	7,6
Kinésithérapie et rééducation	24	4,1	9	1,3	22	2,5	10	7,7	65	2,9
Psychomotricité	30	5,1	19	2,8	9	1,0	1	0,8	59	2,6
Orthoptie	9	1,5	7	1,0	6	0,7	3	2,3	25	1,1
Ergothérapeute	2	0,3	1	0,1	3	0,3	1	0,8	7	0,3
Médecin traitant	64	10,8	133	19,6	213	24,4	32	24,6	442	19,4
Ophtalmologue	72	12,7	95	14,0	107	12,3	16	12,3	290	12,8
ORL	66	11,2	28	4,1	37	4,2	3	2,3	134	5,9
Dermatologue	9	1,5	14	2,1	34	3,9	2	1,5	59	2,6
Infectiologie / CLAT	1	0,2	1	0,1	46	5,3	3	2,3	51	2,2
Cardiologie	11	1,9	7	1,0	17	1,9	4	3,1	39	1,7
Gynécologie / sage-femme	0	0,0	3	0,4	23	2,6	9	6,9	35	1,5
Addictologie	0	0,0	0	0,0	16	1,8	5	3,8	21	0,9
Autre médecin spécialiste	57	9,7	53	7,8	88	10,1	11	8,5	209	9,2
Dentiste	51	8,6	99	14,6	133	15,2	33	25,4	316	13,9
Orthodontie	4	0,7	61	9,0	59	6,8	4	3,1	128	5,6
Paramédicale	4	0,7	9	1,3	5	0,6	0	0,0	18	0,8
Examens complémentaires	5	0,8	8	1,2	22	2,5	1	0,8	36	1,6
Autre	8	1,4	10	1,5	16	1,8	7	5,4	41	1,8

Valeurs manquantes : 94 – 4,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Les propositions de prise en charge sont globalement moins fréquentes pour les enfants placés auprès d'assistants familiaux. Plus spécifiquement, les différences dans les propositions de prise en charge qui sont significatives entre lieu de placement sont les suivantes :

- la proposition de suivi psychiatrique, comme la proposition de suivi psychologique sont plus fréquentes pour les enfants placés en MECS / LVA ;
- de l'orthophonie est plus souvent proposée aux enfants placés auprès d'assistants familiaux et le même constat peut être fait concernant la psychomotricité ;
- le suivi médical par le médecin traitant, par un ophtalmologue, par un ORL et par un dermatologue sont moins fréquemment proposés aux enfants en foyer de l'enfance ;
- les enfants en foyer de l'enfance sont plus concernés par une orientation vers un infectiologue ;
- les enfants en MECS / LVA sont plus concernés par une orientation en addictologie ou vers un gynécologue ou une sage-femme ;
- les soins dentaires sont plus fréquemment proposés pour les enfants en foyer de l'enfance ;
- des examens complémentaires sont plus souvent prescrits pour les enfants en foyer de l'enfance.

Tableau 94 : Prises en charge proposées par lieu de placement

Prises en charge proposées à l'issue de l'examen	MECS et LVA		Assistants familiaux		Foyer de l'enfance		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Proposition de prise en charge</b>	285	65,7	877	59,0	169	65,3	52	64,2
Suivi psychiatrique	41	9,4	85	5,7	15	5,8	11	13,6
Suivi psychologique	64	14,7	174	11,7	20	7,7	10	12,3
CAMSP	2	0,5	22	1,5	1	0,4	1	1,2
Orthophonie	26	6,0	132	8,9	9	3,5	4	4,9
Kinésithérapie et rééducation	15	3,5	44	3,0	4	1,5	2	2,5
Psychomotricité	6	1,4	50	3,4	1	0,4	2	2,5
Orthoptie	5	1,2	16	1,1	2	0,8	2	2,5
Ergothérapeute	1	0,2	6	0,4	0	0,0	0	0,0
Médecin traitant	88	20,3	322	21,7	12	4,6	19	23,5
Ophtalmologue	67	15,4	193	13,0	20	7,7	10	12,3
ORL	24	5,5	103	6,9	5	1,9	2	2,5
Dermatologue	9	2,1	48	3,2	0	0,0	2	2,5
Infectiologie / CLAT	5	1,2	3	0,2	42	16,2	1	1,2
Cardiologie	9	2,1	24	1,6	4	1,5	2	2,5
Gynécologie / sage-femme	12	2,8	16	1,1	3	1,2	4	4,9
Addictologie	12	2,8	2	0,1	3	1,2	4	4,9
Autre médecin spécialiste	34	7,8	147	9,9	20	7,7	7	8,6
Dentiste	72	16,6	162	10,9	68	26,3	14	17,3
Orthodontie	27	6,2	84	5,6	12	4,6	4	4,9
Paramédicale	6	1,4	12	0,8	0	0,0	0	0,0
Examens complémentaires	10	2,3	15	1,0	9	3,5	1	1,2
Autre	8	1,8	26	1,7	5	1,9	2	2,5

Valeurs manquantes : 106 – 4,5 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR

Des propositions de prise en charge ont plus souvent été formulées dans l'Hérault que dans l'Aude ou les Pyrénées-Orientales. Des différences entre départements significatives sont relevées pour un certain nombre de propositions de prise en charge :

- un suivi psychiatrique est proposé plus souvent dans l'Hérault et moins souvent dans l'Aude ;
- un suivi psychologique est proposé plus souvent dans l'Hérault et moins souvent dans les Pyrénées-Orientales ;
- de l'orthophonie est proposée plus fréquemment dans l'Hérault que dans les deux autres départements ;
- un suivi par le médecin traitant est moins souvent envisagé dans les Pyrénées-Orientales que dans l'Aude ou l'Hérault ;
- un suivi ORL est proposé plus fréquemment dans les Pyrénées-Orientales et moins fréquemment dans l'Aude ;
- une prise en charge par un dermatologue est plus souvent envisagée dans l'Hérault ;
- les prises en charge en infectiologie (CLAT) concernent toutes des enfants de l'Hérault ;
- un suivi par un gynécologue ou une sage-femme est plus souvent proposé dans l'Hérault et ne concerne aucun enfant des Pyrénées-Orientales ;
- des soins dentaires sont plus souvent envisagés dans l'Hérault et l'Aude que dans les Pyrénées-Orientales ;
- de l'orthodontie est plus souvent envisagée dans l'Aude et l'Hérault que dans les Pyrénées-Orientales ;
- la prescription d'examen complémentaires est plus fréquente dans l'Hérault et l'Aude que dans les Pyrénées-Orientales.

Tableau 95 : Prises en charge proposées par département

Prises en charge proposées à l'issue de l'examen	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Proposition de prise en charge</b>	181	58,0	31	57,4	962	67,4	33	48,5	181	43,9
Suivi psychiatrique	10	3,2	2	3,7	105	7,4	10	14,7	25	6,1
Suivi psychologique	33	10,6	7	13,0	181	12,7	17	25,0	31	7,5
CAMSP	5	1,6	2	3,7	10	0,7	4	5,9	6	1,5
Orthophonie	17	5,4	7	13,0	126	8,8	4	5,9	18	4,4
Kinésithérapie et rééducation	4	1,3	2	3,7	46	3,2	1	1,5	12	2,9
Psychomotricité	4	1,3	1	1,9	39	2,7	3	4,4	12	2,9
Orthoptie	5	1,6	2	3,7	15	1,1	1	1,5	2	0,5
Ergothérapeute	1	0,3	1	1,9	3	0,2	0	0,0	2	0,5
Médecin traitant	64	20,5	13	24,1	324	22,7	6	8,8	35	8,5
Ophthalmologue	38	12,2	7	13,0	196	13,7	7	10,3	42	10,2
ORL	11	3,5	4	7,4	79	5,5	4	5,9	36	8,7
Dermatologue	6	1,9	1	1,9	50	3,5	0	0,0	2	0,5
Infectiologie / CLAT	0	0,0	0	0,0	51	3,6	0	0,0	0	0,0
Cardiologie	6	1,9	1	1,9	27	1,9	1	1,5	4	1,0
Gynécologie / sage-femme	5	1,6	0	0,0	29	2,0	1	1,5	0	0,0
Addictologie	0	0,0	0	0,0	16	1,1	50	0,0	5	1,2
Autre médecin spécialiste	20	6,4	9	16,7	160	11,2	2	2,9	18	4,4
Dentiste	38	12,2	8	14,8	233	16,3	3	4,4	34	8,3
Orthodontie	22	7,1	1	1,9	94	6,6	3	4,4	8	1,9
Paramédicale	2	0,6	0	0,0	14	1,0	0	0,0	2	0,5
Examens complémentaires	5	1,6	0	0,0	30	2,1	0	0,0	1	0,2
Autre	10	3,2	1	1,9	29	2,0	0	0,0	1	0,2

Valeurs manquantes : 94 – 4,0 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAI-ORS LR



## CONCLUSION

Le travail de collecte organisé par les services de PMI et de l'ASE des cinq départements du Languedoc-Roussillon a permis de colliger des données de santé pour un nombre élevé d'enfants : plus de 2 300. Il permet, pour la première fois, de décrire la santé de la population des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'aide sociale à l'enfance au travers de ce corpus de données concernant 40 % de la population cible. Il a nécessité une forte mobilisation des médecins territoriaux et des agents des départements ainsi que des médecins intervenant dans les établissements ou assurant le suivi des enfants placés en famille d'accueil.

Quelques traits majeurs sont à souligner à l'issue de l'analyse de ces données :

- des limites dans la connaissance de l'histoire médicale de ces enfants apparaissent, notamment pour ceux placés en foyer de l'enfance ;
- on observe une fréquence élevée de situations sociales et familiales complexes pour ces enfants avec une proportion non négligeable de cas où les liens avec les parents, notamment les pères, sont très limités ;
- l'accès à une couverture santé est insuffisante, une part non négligeable de ceux devant bénéficier de la CMU du fait de leur statut n'en bénéficient pas, notamment en foyer de l'enfance ;
- paradoxalement, ce sont les enfants placés dans les structures où la durée de placement est la plus courte (foyer de l'enfance) qui bénéficient le plus d'un projet ;
- la prévalence des antécédents familiaux, quand ceux-ci sont connus retracent des histoires complexes, notamment avec une part importante d'antécédents psychiatriques ou d'addiction chez les mères ;
- la naissance de ces enfants a été précédée par des grossesses qui, plus qu'en population générale, ont été peu ou pas suivies. La vulnérabilité sociale des mères et la consommation de toxiques durant la grossesse sont des facteurs importants. Les antécédents néonataux (prématurité, faible poids, transferts néonataux...) sont particulièrement fréquents ;
- des différences de prévalence de certaines pathologies ou de certains antécédents entre département ou lieu de placement traduisent sans doute plus des différences de pratiques de l'examen médical et d'accès aux données de santé que de réelles différences d'état de santé ;
- au niveau des habitudes de vie, des différences entre lieux de placement apparaissent avec des éléments qui semblent moins favorables quand l'accompagnement se fait en structures collectives ;
- des éléments de suivi médical peuvent apparaître insuffisants dans certains cas comme, par exemple, la proportion limitée d'enfants ayant des antécédents psychiatriques et qui bénéficient d'un suivi dans ce domaine ;
- les taux de couverture vaccinale semblent en retrait par rapport à ce qui pourrait être attendu, notamment en foyer de l'enfance ;
- une confiance dans leur avenir élevée quels que soient leur lieu de placement ou leur âge contrastant avec une appréciation beaucoup moins favorable de leur situation actuelle, notamment pour les enfants placés en structures collectives.

L'ensemble de ces éléments permettent de constituer un point de départ pouvant servir de référence à l'étude de l'évolution de l'état de santé des enfants confiés à l'ASE et de point de départ pour l'évaluation d'action visant à favoriser celle-ci et la prise en charge de ces enfants.



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Graphique 1 : Corpulence et répartition par âge (à partir de 2 ans) .....	66
Graphique 2 : Corpulence par lieu de placement (à partir de 2 ans) .....	67
Graphique 3 : Corpulence par département (à partir de 2 ans) .....	67
Tableau 1 : Nombre de questionnaires complétés et taux d'exhaustivité .....	17
Tableau 2 : Répartition par lieux d'accueil (observé et attendu) .....	18
Tableau 3 : Répartition par âge (observé et attendu) .....	18
Tableau 4 : Nature de la prise en charge et répartition par âge .....	19
Tableau 5 : Nature de la prise en charge par lieu de placement .....	20
Tableau 6 : Nature de la prise en charge par département .....	20
Tableau 7 : Motif du placement actuel et répartition par âge .....	21
Tableau 8 : Motif du placement actuel par lieu de placement .....	21
Tableau 9 : Motif du placement actuel par département .....	22
Tableau 10 : Répartition par durée du placement actuel .....	22
Tableau 11 : Droit de visite et répartition par âge .....	25
Tableau 12 : Droit de visite par lieu de placement .....	25
Tableau 13 : Droit de visite par département .....	26
Tableau 14 : Socialisation des enfants de moins de 4 ans .....	27
Tableau 15 : Activités extrascolaires et répartition par âge .....	28
Tableau 16 : Activités extrascolaires par lieu de placement .....	28
Tableau 17 : Activités extrascolaires et répartition par département .....	29
Tableau 18 : Accompagnants lors de la consultation médicale et répartition par âge .....	29
Tableau 19 : Accompagnants lors de la consultation médicale par lieu de placement .....	30
Tableau 20 : Accompagnants lors de la consultation médicale et répartition par département .....	30
Tableau 21 : Antécédents paternels et répartition par âge .....	32
Tableau 22 : Antécédents paternels par lieu de placement .....	32
Tableau 23 : Antécédents paternels et répartition par département .....	33
Tableau 24 : Antécédents maternels et répartition par âge .....	33
Tableau 25 : Antécédents maternels par lieu de placement .....	34
Tableau 26 : Antécédents maternels et répartition par département .....	34
Tableau 27 : Antécédents fratrie et grands-parents et répartition par âge .....	35
Tableau 28 : Antécédents fratrie et grands-parents par lieu de placement .....	35
Tableau 29 : Antécédents fratrie et grands-parents par département .....	36
Tableau 30 : Pathologies et facteurs de risques pendant la grossesse et répartition par âge .....	37
Tableau 31 : Antécédents néonataux et répartition par âge .....	38
Tableau 32 : Antécédents néonataux par lieu de placement .....	39
Tableau 33 : Antécédents néonataux et répartition par département .....	39
Tableau 34 : Antécédents médicaux personnels et répartition par âge .....	40
Tableau 35 : Antécédents médicaux personnels par lieu de placement .....	41
Tableau 36 : Antécédents médicaux personnels et répartition par département .....	42
Tableau 37 : Antécédents chirurgicaux personnels et répartition par âge .....	43
Tableau 38 : Antécédents chirurgicaux personnels par lieu de placement .....	43
Tableau 39 : Antécédents chirurgicaux personnels et répartition par département .....	44
Tableau 40 : Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels et répartition par âge .....	45
Tableau 41 : Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels par lieu de placement .....	46
Tableau 42 : Antécédents psychiatriques ou psychologiques personnels par département .....	46
Tableau 43 : Antécédents de troubles du langage et des apprentissages et répartition par âge .....	47
Tableau 44 : Antécédents de troubles du langage et des apprentissages par lieu de placement .....	48
Tableau 45 : Antécédents de troubles du langage et des apprentissages par département .....	48
Tableau 46 : Équilibre alimentaire et répartition par âge .....	51

Tableau 47 : Équilibre alimentaire par lieu de placement .....	51
Tableau 48 : Équilibre alimentaire et répartition par département .....	51
Tableau 49 : Sommeil et répartition par âge.....	52
Tableau 50 : Sommeil par lieu de placement .....	53
Tableau 51 : Sommeil et répartition par département .....	53
Tableau 52 : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives et répartition par âge.....	54
Tableau 53 : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives par lieu de placement.....	55
Tableau 54 : Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho actives par département.....	55
Tableau 55 : Suivi médical spécialisé et répartition par âge .....	57
Tableau 56 : Suivi médical spécialisé par lieu de placement.....	58
Tableau 57 : Suivi médical spécialisé et répartition par département.....	59
Tableau 58 : Prises en charge psychiatriques et rééducative et répartition par âge .....	61
Tableau 59 : Prises en charge psychiatriques et rééducative par lieu de pris en charge .....	62
Tableau 60 : Prises en charge psychiatriques et rééducative par département .....	62
Tableau 61 : Plaintes et signes fonctionnels et répartition par âge .....	64
Tableau 62 : Plaintes et signes fonctionnels par lieu de placement .....	65
Tableau 63 : Plaintes et signes fonctionnels par département.....	65
Tableau 64 : Anomalies à l'examen de l'appareil cardiovasculaire et répartition par âge .....	68
Tableau 65 : Anomalies à l'examen de l'appareil respiratoire et répartition par âge.....	68
Tableau 66 : Anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur et répartition par âge.....	69
Tableau 67 : Anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur par lieu de placement .....	69
Tableau 68 : Anomalies à l'examen de l'appareil locomoteur par département.....	70
Tableau 69 : Anomalies à l'examen neurologique et répartition par âge .....	70
Tableau 70 : Anomalies à l'examen neurologique par lieu de placement .....	70
Tableau 71 : Anomalies à l'examen ORL et répartition par âge .....	71
Tableau 72 : Anomalies à l'examen ORL par lieu de placement .....	71
Tableau 73 : Anomalies à l'examen ORL par département.....	71
Tableau 74 : Dépistage des troubles de l'audition et de la vision et répartition par âge .....	72
Tableau 75 : Dépistage des troubles de l'audition et de la vision par lieu de placement.....	73
Tableau 76 : Dépistage des troubles de l'audition et de la vision par département .....	73
Tableau 77 : Anomalies à l'examen de la peau et des phanères et répartition par âge .....	75
Tableau 78 : Anomalies à l'examen de la peau et des phanères par lieu de placement .....	75
Tableau 79 : Anomalies à l'examen de la peau et des phanères par département .....	76
Tableau 80 : Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin et répartition par âge.....	76
Tableau 81 : Anomalies à l'examen de l'appareil urogénital masculin par département.....	77
Tableau 82 : Développement psychomoteur et répartition par âge .....	79
Tableau 83 : Développement psychomoteur par lieu de placement .....	80
Tableau 84 : Troubles du comportement et répartition par âge .....	80
Tableau 85 : Troubles du comportement par lieu de placement.....	81
Tableau 86 : Troubles du comportement par département .....	81
Tableau 87 : Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen et répartition par âge .....	82
Tableau 88 : Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen par lieu de placement.....	82
Tableau 89 : Pathologies psychiatriques repérées au cours de l'examen par département .....	82
Tableau 90 : Couverture vaccinale et répartition par âge.....	84
Tableau 91 : Couverture vaccinale par lieu de placement .....	85
Tableau 92 : Couverture vaccinale par département.....	85
Tableau 93 : Prises en charge proposées et répartition par âge.....	89
Tableau 94 : Prises en charge proposées par lieu de placement .....	90
Tableau 95 : Prises en charge proposées par département.....	91