

PROTECTION DE L'ENFANCE

RECOMMANDATIONS
DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

PRENDRE EN COMPTE
LA SANTÉ DES MINEURS/JEUNES
MAJEURS DANS LE CADRE
DES ÉTABLISSEMENTS/SERVICES
DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE
ET/OU METTANT EN ŒUVRE
DES MESURES ÉDUCATIVES

The logo for Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) features the word "Anesm" in a blue, elegant serif font. A thick blue horizontal line is positioned above the letters "n" and "e", and a thin red horizontal line is positioned below the letters "m" and "s".

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Présentation générale	3
1. Les enjeux des recommandations	10
2. Les destinataires des recommandations	12
3. Les recommandations, mode d'emploi	13

CHAPITRE 1

LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT/SERVICE ET DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	15
1. Rédiger un volet santé au sein du projet d'établissement ou de service incluant une dimension d'éducation et de promotion de la santé	16
2. Élaborer et mettre en œuvre des outils, des procédures et des protocoles relatifs à la santé	20
3. Anticiper et organiser la gestion des situations des épisodes de crise et/ou d'urgence médicale	23
4. Développer les partenariats nécessaires à la prise en charge de la santé des mineurs/jeunes majeurs	30
5. Former les professionnels à la prise en compte de la santé et les soutenir dans leurs pratiques	33
L'essentiel	37

CHAPITRE 2

LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ EN AMONT ET DÈS LE DÉBUT DU PROJET D'ADMISSION DU MINEUR/JEUNE MAJEUR	41
1. Organiser le recueil des besoins liés à la santé du mineur/jeune majeur en amont de l'admission dans l'établissement/service et examiner la possibilité de cette admission	42
2. Informer dès le premier accueil les mineurs/jeunes majeurs et les parents sur les droits liés à la santé et sur l'organisation mise en place par l'établissement/service pour en faciliter l'exercice	46
3. Compléter la connaissance des éléments de santé du mineur/jeune majeur lors de l'entretien d'admission	50
4. Faciliter l'organisation des bilans médicaux et des dépistages dans les premiers temps de la mesure éducative	54
5. Repérer les signes révélateurs de troubles dans le développement, d'une souffrance psychique ou d'une altération substantielle d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques et articuler les prises en charge du mineur/jeune majeur dès le début de la mesure	57
L'essentiel	65

CHAPITRE 3

L'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ DU MINEUR/JEUNE MAJEUR TOUT AU LONG DE LA MESURE 69

1. Intégrer la santé dans le document individuel de prise en charge (DIPC)
et dans le projet personnalisé, en cohérence avec le Projet Pour l'Enfant (PPE) 71
 2. Accompagner le mineur/jeune majeur dans l'accès aux droits contribuant
à sa santé 74
 3. Impliquer les parents et favoriser la mobilisation du mineur/jeune majeur
de façon adaptée à son âge et à sa situation sur la prise en charge
de sa santé 77
 4. Organiser des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées
à l'âge et aux problématiques des mineurs/jeunes majeurs accueillis 82
 5. Tenir compte des choix faits par le mineur/jeune majeur vis-à-vis de sa santé
et gérer les situations de refus de soins ou de transmission d'informations 87
- L'essentiel 92

CHAPITRE 4

CAS PRATIQUES POUR L'APPROPRIATION DE LA RECOMMANDATION 97

ANNEXES

- Annexe 1** : Mettre en œuvre une évaluation des activités
et de la qualité des prestations 110
- Annexe 2** : Glossaire des abréviations 114
- Annexe 3** : Fiches techniques 116
- Annexe 4** : Méthode d'élaboration 120
- Annexe 5** : L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité
des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) 123

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Santé globale, bien-être et promotion de la santé : les définitions retenues

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹. La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être.

Tournée vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci².

Cette approche englobe tant les éléments médicaux *stricto sensu* que les déterminants de santé et concerne la santé physique comme la santé psychique. Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». Ces déterminants ont donc vocation à évoluer au gré du développement des mineurs/jeunes majeurs et peuvent relever de la sphère médicale, pédagogique, éducative et familiale.

Trois grands concepts émergent de cet élargissement de la définition de la santé. Il s'agit de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé.

La prévention est selon l'OMS en 1948, « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Trois types de prévention ont été distingués :

- la prévention primaire, ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en terme environnementaux et sociétaux ;
- la prévention secondaire, qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques ;
- la prévention tertiaire où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

La Charte d'Ottawa³, établie à l'issue de la première Conférence internationale du 17 au 21 novembre 1986 et ratifiée par la France, précise que la promotion de la santé a pour but de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* ».

De façon pratique, la promotion de la santé se décline en 5 axes que sont l'élaboration de politiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

² OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.

³ OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.

L'éducation pour la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.

Le droit à la santé et au bien-être des enfants

La Convention internationale des Droits de l'Enfant⁴ (CIDE) intègre la santé dans toutes les dimensions des besoins de l'enfant : physique, intellectuelle, morale, spirituelle et sociale.

L'article 24 de la CIDE, consacré à la santé, stipule en son premier alinéa que « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ».

Cet article est à rapprocher de l'article 3 de la même convention, qui, après avoir précisé que l'intérêt supérieur de l'enfant est une considération primordiale dans toutes les décisions le concernant (alinéa 1), vise l'obligation des États signataires à « *assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être* » (alinéa 2) et à « *veiller à la conformité du fonctionnement des structures assurant la protection des enfants aux normes relatives à la sécurité et à la santé* »⁵.

La notion de bien-être apparaît également dans l'article 24-1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (proclamée le 7 décembre 2000 et intégrée dans le Traité de Lisbonne entré en vigueur le 1^{er} décembre 2009), qui précise que « *Les enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être* ».

En France, le préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946 (intégré à l'actuel bloc de constitutionnalité) énonce le droit fondamental de « *protection de la santé* »⁶.

Le droit à la santé est ainsi un droit fondamental de toute personne⁷ avant d'être un axe de l'accompagnement médico-social mis en œuvre au bénéfice des mineurs/jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure éducative de la protection de l'enfance ou de la justice pénale des mineurs. La Loi n° 2009 - 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi HPST, consacre près d'une quarantaine d'articles à ce droit fondamental.

La santé des enfants confiés : une préoccupation ancienne qui évolue

D'un point de vue historique, il existe un lien important entre santé et protection de l'enfance. Le critère de la santé est déjà inscrit dans l'ordonnance de 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence⁸ en danger ainsi que dans le décret du 7 janvier 1959⁹; il peut ainsi

⁴ La Convention Internationale des Droits de l'Enfant, adoptée le 20 novembre 1989 a été ratifiée par la France le 7 août 1990.

⁵ Article 3 alinéa 2 de la CIDE : « *Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées* ».

Article 3 alinéa 3 de la CIDE : « *Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié* ».

⁶ Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946. Alinéa 11. « *Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ».

⁷ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique.

⁸ Conf. document d'appui.

⁹ Conf. document d'appui.

fonder une intervention administrative ou d'assistance éducative. Cette place de la santé dans le cadre de la protection des mineurs/jeunes majeurs a continuellement évolué en France. S'inscrivant dans une dynamique internationale (particulièrement au début du XX^e siècle)¹⁰, elle s'est appuyée sur les progrès de la médecine et de la psychologie ainsi que sur le développement et la professionnalisation des métiers de la protection de l'enfance.

Les évolutions historiques et législatives, concomitantes à la connaissance toujours plus approfondie des attentes et des besoins du mineur/jeune majeur et de sa famille, ont servi l'évolution des pratiques mises en œuvre par les professionnels.

L'article 7 de la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé l'article L. 311-3 du CASF qui stipule que « *l'exercice des droits et liberté individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect de dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : ... Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins...* ». Cette disposition constitue un appui législatif complémentaire aux établissements/services concernés, ainsi qu'un cadre d'introduction de la santé dans le projet d'établissement/service, comme dans le DIPC et le projet personnalisé.

La Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance en conformité avec la CIDE¹¹ :

- met la **notion de développement de l'enfant au cœur de la prise en charge** et fait de ce développement un indicateur de bien-être/mal-être du mineur/jeune majeur. Elle accentue la place de la santé dans l'action éducative des établissements et services prenant en charge des mineurs/jeunes majeurs et mettant en œuvre des mesures éducatives. Elle accorde également une place plus grande aux actions de prévention et d'éducation à la santé, intégrant ainsi les principaux textes internationaux dans la législation nationale ;
- donne une nouvelle place aux parents, qui sont placés **au cœur du dispositif éducatif de la mesure**. Dans le **projet pour l'enfant (PPE)**¹² tout d'abord, qui induit de nouvelles relations avec la famille, et « *doit permettre de dresser avec eux l'état des lieux de leur situation, de définir les objectifs, de planifier les actions et de préciser les modalités d'engagement et d'implication réciproque* »¹³ ;
- apporte une vision nouvelle des interventions en direction des parents en créant de nouveaux dispositifs d'accueil (accueil spécialisé, modulable, d'urgence) ;
- incite les professionnels à accompagner et à soutenir les parents, leurs compétences et leur développement, leurs savoir-faire et potentialités.

Ainsi cette loi apporte à la fois un cadre juridique aux professionnels de la protection de l'enfance quant à leur rôle vis-à-vis de la santé des mineurs/jeunes majeurs accompagnés ; mais elle donne aussi une nouvelle vision, qui introduit la famille comme déterminant de santé ; développant l'idée que l'accompagnement éducatif autour des questions de santé de l'enfant est un support de travail avec les parents.

¹⁰ ROLLET-VEY, C. La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920). *Annales de démographie historique*, 2001, n° 101, pp. 97-116.

¹¹ Articles 5, 7 et 18 alinéa 1 du Préambule de la CIDE.

¹² Article L. 223-1 du Code de l'action sociale et des familles.

¹³ EYMENIER, M., VERDIER, P. *La réforme de la protection de l'enfance*. 2^e éd. Paris : Berger Levrault, 2012. p 87.

Dans l'esprit de cette loi de nombreux départements intègrent désormais la santé dans leurs schémas départementaux.

S'agissant de « l'enfance délinquante », la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) a cadré ses nouvelles orientations¹⁴ en matière de santé dans l'objectif d'« améliorer la santé globale des jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge ». Une note du 27 décembre 2013 précise le cadrage opérationnel du projet et décline des objectifs selon les cinq axes de la promotion de la santé.

La Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹⁵ est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la Loi de 1975. Un mineur/jeune majeur bénéficiant d'une mesure éducative, en protection de l'enfance ou dans le cadre de la justice des mineurs, peut présenter un handicap ponctuel ou durable ;

L'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles précise : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »¹⁶

Ainsi, la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs devient une préoccupation partagée des professionnels de la PJJ.

Ces professionnels socio-éducatifs, acteurs du projet de santé du mineur/jeune majeur, contribuent non seulement à l'optimisation du recours aux soins, mais aussi à la prévention et à l'éducation à la santé intégrant autant que possible les parents comme acteurs de la santé de leur enfant.

Des besoins spécifiques de mieux en mieux identifiés

Les études menées sur la santé des enfants en protection de l'enfance et de la jeunesse délinquante sont encore rares mais se multiplient depuis une quinzaine d'années en France et à l'international¹⁷, prenant en compte la santé dans toutes ses dimensions.

Au sein des études les plus récentes, la santé « perçue » par les mineurs/jeunes majeurs a été prise en compte et a contribué à une connaissance plus fine de leurs besoins de santé.

¹⁴ Il s'agit du projet « PJJ promotrice de santé », daté de 2013. La note du 1^{er} février 2013 relative au lancement de ce projet, précisée par la note du 27 décembre 2013, donne les nouvelles orientations en matière de santé dans l'action d'éducation. La santé est posée comme un facteur de réussite de la prise en charge éducative.

¹⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁶ Article L. 114 du CASF.

¹⁷ En appui à l'élaboration de la recommandation, une analyse de la littérature nationale et internationale portant sur « la prise en compte de la santé physique et psychique dans les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance » a été effectuée. Le document est téléchargeable gratuitement sur le site de l'Anesm.

Pour la protection de l'enfance, deux études récentes menées en 2013 et 2014 en Haute-Savoie et Loire-Atlantique proposent un état des lieux de l'état de santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis¹⁸. Ces études ont croisé leurs données à celle de la population générale de leurs départements, offrant ainsi un regard plus affiné sur les besoins de santé des mineurs/jeunes majeurs de la protection de l'enfance.

Il est également constaté des troubles plus importants chez les enfants maltraités. La prévalence de la maltraitance comme facteur influant sur la santé des mineurs, s'exprime à la fois dans les troubles fonctionnels, les troubles du sommeil et les troubles alimentaires. L'étude « Prévalence et caractéristiques de la maltraitance parmi les enfants placés en foyer de l'enfance »¹⁹ montre une surreprésentation des troubles pour des enfants placés pour raison de maltraitements, comparé aux autres enfants placés pour d'autres raisons. Par ailleurs ces troubles déterminent des profils symptomatiques associés à chaque type de maltraitance²⁰.

Concernant la santé des jeunes pris en charge à la PJJ, deux enquêtes ont été menées par l'Inserm en 1997 et 2004²¹. Ces enquêtes notent que si globalement les jeunes de la PJJ se perçoivent en bonne santé et ont accès aux soins, ils présentent également des troubles somatiques, psychologiques et sociaux significatifs, par rapport à la population scolaire, notamment « *concernant les conduites d'échappement de la vie ordinaire, dont les absences scolaires réitérées, les fugues, les tentatives de suicide ainsi que les comportements de consommations de tabac et de substances illicites. Parallèlement, leur expérience est fortement marquée par la violence agie mais aussi subie (notamment par des agressions sexuelles). Nombre de ces traits sont particulièrement accentués chez les filles* »²².

Une étude menée en 2014 par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la DPJJ, en lien avec le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile, a par ailleurs analysé les caractéristiques des adolescents sous main de justice reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile²³. Les résultats de cette étude montrent que les adolescents consultant en urgence bénéficient presque deux fois plus d'une prise en charge judiciaire civile, pénale ou administrative (24 % contre 14 %), avec une présence plus importante de maltraitance chez ces adolescents de « l'urgence ». Pour ces adolescents accompagnés par l'ASE et/ou la PJJ, est constatée une prédominance nette des pathologies limites et des troubles des conduites et des comportements, qui constituent près de 50 % des diagnostics (contre à peine 25 % chez les adolescents sans accompagnement ASE et/ou PJJ). L'étude précise que « *ces pathologies de l'agir* » sont le mode d'expression d'une inorganisation psychique, conséquence d'un parcours

¹⁸ CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS, Rhône-Alpes, et al. *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*. Lyon : CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS, Rhône-Alpes, 2013.

BACRO, F., RAMBAUD, A., HUMBERT, C., et al. *La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique*. Rapport. Paris : Oned, CREN, 2013. 111 p.

¹⁹ DAYAN, J., SELLENET, C., AZALETS, N., et al. *Prévalence et caractéristiques de la maltraitance parmi les enfants placés en Foyer de l'Enfance*. Rapport de l'ANPASE. Marchiennes : ANPASE, 2000.

²⁰ Ibid. Pour aller plus loin, voir document d'appui relatif à la présente recommandation.

²¹ CHOQUET, M., HASSLER, C., MORIN, D. *Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public) sept ans après*. Paris : La Documentation française, 2005. 193 p.

²² CHOQUET, M., HASSLER, C., MORIN, D. *Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public) sept ans après*. Paris : La Documentation française, 2005. 193 p. Pour aller plus loin, voir document d'appui.

²³ CHATAGNER, A., et al. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2015, vol. 63, n° 2, pp. 124-132. CHATAGNER, A., REYNAUD, P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2013, vol. 61, n° 1, pp. 8-16.

chaotique et de relations précoces souvent défectueuses. Ces adolescents sont fragilisés par un environnement n'ayant pas favorisé un bon développement psychoaffectif ».

Les études d'épidémiologie pédopsychiatrique, également peu fréquentes, montrent une prévalence élevée des troubles mentaux chez les mineurs placés (cinq fois plus élevée qu'en population générale) en particulier chez les filles²⁴.

Les études disponibles s'accordent par ailleurs sur l'importance de la prévalence des troubles psychoaffectifs et des troubles du comportement : troubles de la concentration avec hyperactivité, troubles du sommeil, comportements à risque, troubles de l'estime de soi, somatisations multiples, états de stress post traumatiques²⁵, troubles anxieux, troubles dépressifs mais aussi troubles globaux du développement²⁶. Ces troubles sont parfois associés ou aggravés par des troubles de l'attachement²⁷. Ils peuvent être multiples, co-morbides et avec une expressivité inhabituelle pouvant expliquer les difficultés de repérage.

Enfin, il est noté une surreprésentation fréquente du handicap²⁸.

D'autres constats concernant les modalités d'accompagnement des mineurs/jeunes majeurs reviennent fréquemment dans les études, notamment²⁹ :

- la perte d'informations relatives aux antécédents familiaux du mineur/jeune majeur, aux événements de santé prénataux et à ceux antérieurs à la mesure (prématurité, traumatismes, etc.) ainsi qu'à son parcours (mesures antérieures, ruptures de scolarité, etc.) ;
- les failles dans la circulation des informations entre les professionnels ;
- l'insuffisance de dépistages et de suivis sur le plan cognitif ;
- les difficultés de prise en charge des troubles psychoaffectifs, du comportement et du « mal-être » en général ;
- un défaut de coordination des prises en charge.

²⁴ BRONSARD, G., LANCON, C., LOUNDOU, A., et al. Prevalence Rate of DSM Mental Disorders Among Adolescents Living in Residential Group Homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 2011, Vol. 33, n° 10, pp. 1886-1890.
BRONSARD, G., LANCON, C., LOUNDOU, A., et al. Quality of Life and mental disorders in adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child Welfare*, 2013, vol. 92, n° 2, pp. 47-73.

²⁵ Les critères diagnostics de l'état de stress post traumatique sont déclinés au sein de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIM)*, du *Diagnostic and Statistical Mental Disorders (DSM)*, et de la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)*.

²⁶ BRONSARD, G., LANCON, C., LOUNDOU, A., et al. Prevalence Rate of DSM Mental Disorders Among Adolescents Living in Residential Group Homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 2011, Vol. 33, n° 10, pp. 1886-1890.
BRONSARD, G., LANCON, C., LOUNDOU, A., et al. Quality of Life and mental disorders in adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child Welfare*, 2013, vol. 92, n° 2, pp. 47-73.

²⁷ « Les troubles de l'attachement n'ont pas été retenus comme rubrique classificatoire. On sait qu'en dépit du profond renouveau théorique qu'a apporté la théorie de J. Bowlby, les différents types de schémas d'attachement qui ont été décrits (attachement sécure, attachement insécure, attachement évitant, attachement désorganisé) apparaissent davantage comme des catégories expérimentales que comme des catégories étroitement corrélées avec tel ou tel profil psychopathologique. Autrement dit, certains enfants à l'attachement sécure peuvent fort bien présenter des troubles du développement psychique alors que certains enfants, insécures ou évitants en situation d'évaluation, peuvent fort bien fonctionner de manière cliniquement satisfaisante. Seul le schéma de type désorganisé semble actuellement témoigner d'un risque potentiel de dysfonctionnement clinique ». MISES, R., et al. Axe I bébé (0 à 3 ans), compléments de l'axe I général. In : *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R- 2012 (CFTMEA R-2012)*. Rennes : Presses de l'École des Hautes Études en Santé publique, 2012. p. 75.

²⁸ Selon les départements, jusqu'à 25 % des mineurs/jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance, ont un dossier à la MDPH.

²⁹ Pour aller plus loin sur l'analyse des études disponibles, consulter le document d'appui relatif à la recommandation ainsi que l'Analyse de la littérature française et internationale portant sur la prise en compte de la santé physique et psychique des enfants dans les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance.

1 LES ENJEUX DES RECOMMANDATIONS

L'analyse de l'ensemble des données extraites des études met en exergue des problématiques de santé spécifiques pour les mineurs/jeunes majeurs concernés, pouvant orienter les recommandations.

Les recommandations prennent en considération la notion de développement et de bien-être, conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant et à la Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Elles intègrent la santé des mineurs/jeunes majeurs dans la démarche d'accompagnement global et comme faisant pleinement partie du projet pour l'enfant. Elles intègrent la participation des mineurs/jeunes majeurs à leur santé et tiennent compte de la spécificité des droits du mineur (concernant l'accès aux soins, le secret médical, les exceptions à l'accord préalable des parents, le recours à un adulte de confiance, etc.), largement encadrées par les textes juridiques.

Elles incitent les professionnels à rechercher les facteurs déterminants favorables à la santé du mineur en s'attelant notamment à identifier et valoriser les ressources des parents pour renforcer leurs propres capacités à agir eux-mêmes pour la santé de leur enfant, et les aider au renforcement de leur parentalité.

Dans cette perspective, la prise en compte de la santé est un levier d'action, partagé avec les mineurs/jeunes majeurs et les parents³⁰, en vue de la mise en place des soins nécessaires et de la mobilisation des personnes sur des actions d'éducation à la santé (internes ou externes à l'établissement/service).

L'action éducative, en agissant sur les compétences psycho-sociales³¹ du mineur/jeune majeur, permet de renforcer la promotion du bien-être.

Il relève donc de la responsabilité des établissements/services de mettre en place, au regard de leurs éléments de connaissance sur les besoins de santé des mineurs/jeunes majeurs accompagnés, une organisation favorisant leur santé, leur bien-être et leur développement, dans une culture de bientraitance³²; la qualité de l'accueil et/ou de la relation ressentie a une influence plus ou moins directe sur le comportement des mineurs/jeunes majeurs; mais aussi sur la mobilisation et la participation des parents au projet de santé de leur enfant dans la mise en œuvre de l'action éducative.

³⁰ Dans cette recommandation, le terme « parents » est utilisé de façon générique, pour les mineurs, en référence à l'autorité parentale. Plusieurs situations sont possibles :

- des parents titulaires de l'autorité parentale, qu'ils soient ou non présents dans la vie de l'enfant;
- des parents présents (de façons diverses) dans la vie du mineur mais qui ne sont pas titulaires de l'autorité parentale;
- une absence de parents, l'autorité parentale étant exercée par une autre personne.

Pour les jeunes majeurs, le terme « parents » fait référence à leur filiation et tient compte de l'absence d'autorité parentale et de la pleine capacité juridique du jeune majeur.

Par ailleurs, les professionnels accompagnent des parents dont les situations diffèrent :

- certains ont le plein exercice de l'autorité parentale;
- d'autres ont une autorité parentale partielle, voire retirée;
- des droits de visites et d'hébergement peuvent également être déterminés ou restreints par décision judiciaire, etc.;

Enfin, la situation juridique n'est pas nécessairement la même entre les deux parents.

³¹ Selon la Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies de l'OMS, « les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

³² « La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ». Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Les outils déclinés au sein de la recommandation offrent une véritable opportunité de développer une culture promotionnelle de la santé, de participer à la prévention primaire et secondaire de la santé par l'accès aux soins, de contribuer à la diminution des prévalences constatées dans les domaines de la santé physique et psychique des mineurs/jeunes majeurs, et de favoriser un environnement favorable au développement et à l'autonomie du mineur, ainsi que du jeune majeur.

Les enjeux des recommandations concernent donc :

En direction des mineurs/jeunes majeurs et des parents :

- l'amélioration de la connaissance des spécificités de santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis par les établissements/services ;
- la mise en place d'un parcours de santé pour les mineurs/jeunes majeurs au sein de leur projet d'accompagnement en termes d'accès aux soins, et d'éducation à leur santé ;
- l'adaptation de l'accompagnement et des orientations effectuées en vue de l'amélioration de l'état de santé, du bien-être et du développement des mineurs/jeunes majeurs accueillis ;
- la prise en compte de la parole du mineur/jeune majeur sur sa santé perçue ainsi que la mobilisation du mineur/jeune majeur et des parents sur la prise en charge de sa santé ;
- la sollicitation des parents au projet de santé de leur enfant.

En termes d'organisation :

- la formation des professionnels à la prise en compte de la santé en termes de prévention primaire et secondaire, d'éducation et de promotion de la santé ;
- la formation des professionnels aux besoins du mineur/jeune majeur, à la connaissance des problématiques de santé et au repérage précoce des « signes d'alertes » ;
- la prise en compte de la santé dans l'organisation et le fonctionnement de l'établissement/service, à travers notamment la mise en place d'un volet santé au sein du projet d'établissement/service.

Les recommandations sont à utiliser en lien avec l'ensemble des recommandations publiées par l'Anesm, et plus particulièrement :

Recommandations dans le secteur de la protection de l'enfance :

- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (Février 2010)
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (Juin 2011)
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (Mai 2013)
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance* (Décembre 2014)
- *Évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015)
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur* (2015)

Recommandations transversales :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (Juillet 2008)
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (Juillet 2008)
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (Décembre 2008)
- *L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement* (Décembre 2008)
- *La conduite de l'évaluation interne* (Juillet 2009)
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* (Mai 2010)
- *Le questionnement éthique dans les ESSMS* (Octobre 2010)

Recommandations dans le secteur du handicap :

- *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (Mars 2012)
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (Juillet 2013)
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)* (Décembre 2014)

2 LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Les établissements/services auxquels les documents sont destinés concourent à la mission de protection de l'enfance telle qu'elle est définie par la Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance³³ et dans le respect des principes de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, en mettant en œuvre des interventions éducatives.

Il s'agit des établissements et services visés à l'art. L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), au titre des alinéas :

- « 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement (...) des mineurs et des jeunes majeurs de moins de vingt-et-un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5;
- 4° Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du Code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt-et-un ans (...). »

³³ La mission de protection de l'enfance a ainsi « pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

Des distinctions dans les déclinaisons concrètes des recommandations seront faites selon le lieu et le mode d'accueil du mineur/jeune majeur (milieu ouvert, hébergement) dans le cadre administratif, judiciaire civil ou pénal, ainsi qu'en fonction de l'âge et du développement des mineurs accompagnés par l'établissement ou le service (nourrissons, enfants, adolescents).

La situation des jeunes majeurs nécessitera également une vigilance spécifique. Des recommandations appropriées pourront être rédigées à leur égard, le cas échéant.

Les professionnels seront donc amenés à adapter leur lecture des recommandations formulées au regard de l'âge et de la situation des mineurs/jeunes majeurs accueillis dans leur établissement/service.

Les recommandations prendront par ailleurs en compte les différences de cultures professionnelles des métiers représentés dans ces établissements/services (professionnels éducatifs, sociaux et médico-sociaux, le cas échéant professionnels de santé, mais aussi des services généraux et logistiques) afin d'en faciliter l'appropriation par tous.

Enfin, elles constitueront aussi des éléments d'information importants pour les familles et particulièrement les parents.

3 LES RECOMMANDATIONS, MODE D'EMPLOI

Les recommandations de l'Anesm sont légalement les références à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services.

Elles constituent des repères propres à guider les professionnels dans leurs pratiques liées à la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis dans leurs établissements/services.

Les recommandations sont organisées en 4 chapitres :

- **Chapitre 1** : La prise en compte de la santé dans le projet d'établissement/service et dans les pratiques professionnelles
- **Chapitre 2** : La prise en compte de la santé en amont et dès le début du projet d'admission du mineur/jeune majeur
- **Chapitre 3** : L'accompagnement à la santé du mineur/jeune majeur tout au long de la mesure
- **Chapitre 4** : Cas pratiques pour l'appropriation de la recommandation

Les **recommandations** proprement dites sont signalées et sont précédées d'une présentation rapide des enjeux et effets attendus destinés à éclairer les lecteurs sur le contexte et les problématiques en présence et à rappeler les buts que l'on cherche à atteindre.

Des **illustrations** sont destinées à mettre en évidence certaines spécificités liées au public accompagné mais aussi à mettre en partage quelques-unes des expériences développées localement. Ces illustrations ont vocation à éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations. Si elles ne sont pas transférables en l'état à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent des mineurs/jeunes majeurs, elles peuvent néanmoins inspirer des initiatives.

Des **points de vigilance** attirent également l'attention sur des problématiques importantes.

Les recommandations sont résumées sous forme de tableau synthétique dans un **essentiel** figurant à la fin de chaque chapitre.

L'annexe intitulée « **Mettre en œuvre une évaluation des activités et de la qualité des prestations** » propose enfin un certain nombre de questionnements susceptibles de servir de support à l'appropriation de la recommandation.

La dernière annexe présente la **méthode d'élaboration de la recommandation et la liste des personnes ayant participé à son élaboration**.

Une analyse de la littérature française et internationale sur « *la prise en compte de la santé physique et psychique des enfants dans les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance* », une bibliographie ainsi que la synthèse de la recommandation sont disponibles sur le site de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ
DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT/
SERVICE ET DANS LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES

La prise en compte de la santé et du bien-être des mineurs/jeunes majeurs dans les établissements/services de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse nécessite une réelle implication pluri professionnelle et à tous les niveaux de la structure : de l'équipe de direction, des chefs de service, des professionnels de santé (nommés ou partenaires), mais aussi des professionnels éducatifs, pédagogiques ou encore techniques ainsi que des assistants sociaux.

À chacun de ces niveaux, l'information et la formation des professionnels aux problématiques de santé sont indispensables.

La prise en compte de la santé est une démarche globale, active, visible des mineurs/jeunes majeurs, des parents, des professionnels de l'établissement/service ainsi que des partenaires. Elle nécessite pour cela d'être formalisée dans le projet d'établissement/service. Les mineurs/jeunes majeurs et les parents y participent.

Connue des partenaires et des prescripteurs des mesures éducatives (ASE, PJJ, juge des enfants, Parquet), l'action de promotion de la santé de l'établissement/service est adaptée aux besoins des mineurs/jeunes majeurs accueillis et contribue au « prendre soin » de ces derniers. Elle favorise aussi le développement de réseaux pluridisciplinaires de professionnels partageant une culture commune autour de la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs.

Pour être effective, la prise en compte de la santé doit être déclinée au sein de documents, d'outils, de procédures de travail établis par l'encadrement de l'établissement/service, au regard des pratiques mises en œuvre par les professionnels éducatifs.

1 RÉDIGER UN VOLET SANTÉ AU SEIN DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE INCLUANT UNE DIMENSION D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le Code de l'action sociale et des familles prévoit que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...]* »³⁴.

La rédaction d'un volet santé au sein du projet d'établissement/service, décliné si nécessaire au sein du projet pédagogique de chaque unité, favorise le développement d'une approche commune de la santé entre tous les professionnels de la structure et permet l'harmonisation des pratiques entre les services distincts d'une même direction.

Adapté à la spécificité de l'établissement/service, le volet santé du projet d'établissement/service est le document ressource et les fiches de poste déclinent la participation de chaque professionnel à la mise en œuvre du projet.

³⁴ Article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles

La démarche d'élaboration de ce volet santé part d'un diagnostic des besoins, suivi d'un travail de synthèse et d'analyse collective permettant alors la définition des priorités de santé et des actions à mener. Cette démarche inclut la participation des mineurs/jeunes majeurs accueillis³⁵ ainsi que celle des parents.

Dans une approche globale de promotion de la santé et du bien-être, le volet santé du projet d'établissement/service doit être mis en synergie avec l'ensemble des autres actions (insertion scolaire ou professionnelle, relation avec les parents, etc.)

Enjeux et effets attendus

- La santé est un axe développé dans ses aspects éducatif et promotionnel.
- L'ensemble des professionnels partage des représentations et un cadre d'action relatifs à la santé qui se traduisent par la qualité de leur implication.
- Les professionnels connaissent leurs responsabilités et les limites de leur action vis-à-vis de la santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis.
- Les mineurs/jeunes majeurs et les parents sont impliqués pour l'élaboration du volet santé du projet d'établissement/service.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Élaborer le volet santé du projet d'établissement ou de service de façon participative et adaptée :
 - au type de mesure mis en place par l'établissement/service (placement, mesure d'aide éducative administrative, mesure d'assistance éducative en milieu ouvert, etc.);
 - à chaque unité, et selon les enfants et les jeunes accueillis (bébés, enfants en bas âge, adolescents, jeunes majeurs, etc.);
 - aux enjeux du développement des mineurs accueillis (construction des liens dans la petite enfance, évolutions physiques et psychiques liées à l'adolescence, découverte de la sexualité, premières conduites à risque, etc.);
 - aux problématiques de santé et prévalences de pathologies identifiées chez les mineurs/jeunes majeurs en protection de l'enfance et de l'enfance délinquante.
- ↳ Prendre connaissance et s'appuyer sur les orientations relatives à la santé au sein du schéma départemental de la protection de l'enfance et des orientations de la Direction Territoriale de la PJJ. Adapter le contenu du projet d'établissement/service aux priorités et enjeux de santé publique portés localement (amélioration du dépistage précoce, prévention des addictions, plan obésité, politiques publiques en faveur de la santé mentale, etc.) par les institutions (notamment scolaire) et les collectivités territoriales.

³⁵ Pour aller plus loin sur la méthode d'élaboration d'un projet d'établissement/service, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

- Décliner dans le volet santé du projet d'établissement/service les modalités particulières d'accompagnement envisagées pour les mineurs/jeunes majeurs présentant des difficultés psychologiques, notamment via une politique partenariale spécifique avec la psychiatrie infanto-juvénile, la mise en place de nouvelles modalités d'accompagnement plus souples, etc.³⁶
- S'appuyer lors de la rédaction du volet santé du projet d'établissement/service sur les savoirs et savoir-faire des professionnels médicaux/paramédicaux ainsi que sur l'expérience et les compétences de l'ensemble des professionnels. Valoriser les capacités d'investissement des mineurs/jeunes majeurs selon leur maturité et envisager avec eux les modalités de leur participation à l'élaboration de ce volet santé (constitution d'un groupe-projet dédié, inscription du sujet à l'ordre du jour d'un CVS, etc.).
- Désigner, dans le cadre de l'élaboration du volet santé du projet d'établissement/service, un professionnel « coordonnateur santé » qui a notamment pour rôle :
 - de contribuer à la dynamique collective de l'établissement/service vis-à-vis de la santé ;
 - d'intervenir en appui à l'équipe de direction pour l'élaboration et la mise à jour du volet santé du projet d'établissement/service ;
 - de venir au quotidien en soutien à l'ensemble des professionnels pour l'intégration de la santé dans l'action éducative.

POINT DE VIGILANCE

Ce « coordonnateur santé » peut être un professionnel éducatif, alors nécessairement formé sur la santé globale.

Son rôle ne suppose aucun acte relevant du domaine médical, ces derniers étant de la responsabilité exclusive des professionnels de santé.

Déterminer, en équipe pluridisciplinaire incluant des professionnels de santé, le sens et le périmètre de l'action des professionnels éducatifs vis-à-vis de la santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis. Distinguer à cette occasion ce qui relève strictement de la compétence des professionnels de santé et ce en quoi l'action des professionnels éducatifs et sociaux peut y contribuer.

- Décliner les informations et actions relatives à la santé dans des termes clairs et compréhensibles par tous les professionnels, même ceux non professionnels de santé.
- Préciser notamment au sein de ce volet santé :
 - comment l'organisation et l'environnement de l'établissement/service, les choix pédagogiques, les activités éducatives ainsi que les approches particulières de la prise en charge sont promoteurs de santé ;
 - la place, le rôle et la fonction de chacun des professionnels impliqués ;

³⁶ Ces points seront déclinés de façon précise au sein des recommandations portant sur « L'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation », actuellement en cours d'élaboration.

- l'articulation, le cas échéant, entre les professionnels de santé de l'établissement/service et les autres professionnels (éducatifs, techniques, administratifs) et les assistants sociaux ;
- les modalités du partage d'informations à caractère secret³⁷ et les obligations du secret professionnel visant la confidentialité des informations médicales du mineur/jeune majeur et des parents.

ILLUSTRATION

Un foyer départemental de l'enfance composé de plusieurs services a mis en place un « pôle santé ».

Les objectifs définis dans le projet du pôle santé consistent à :

- *construire un projet de santé pour l'enfant ;*
- *mettre à disposition des outils relatifs aux pratiques de soins ;*
- *impulser la notion de santé dans le travail pluridisciplinaire ;*
- *impliquer les familles dans les démarches de soins ;*
- *enfin optimiser le travail en réseau institutionnel et de partenariat extérieur.*

Le « pôle santé » s'articule autour du suivi de la santé des usagers et « du prendre soin » dans sa dimension préventive et curative. Il regroupe deux pédiatres rattachés au foyer et quatre puéricultrices réparties par secteurs, encadrées par une cadre de santé. Un pédopsychiatre, une orthophoniste et une psychomotricienne contribuent à la mission d'évaluation des besoins de l'enfant et proposent le cas échéant un suivi individualisé à instaurer.

Un panel de protocoles est élaboré en lien avec les médecins référents du foyer, répertorié et mis à disposition des éducateurs de chaque unité de vie.

Dans cet établissement, le rôle de chaque puéricultrice et son articulation avec l'équipe éducative est décliné dans le projet de service de chaque secteur, en fonction des besoins spécifiques et des problématiques liées à la tranche d'âge et des missions du secteur concerné.

Les puéricultrices assurent le suivi quotidien de la santé des mineurs/jeunes majeurs, garantissent la continuité de leurs soins et coordonnent les prises en charge relevant de partenaires extérieurs. Lorsqu'un enfant présente une pathologie somatique ou psychique, la puéricultrice concernée réalise une synthèse des éléments médicaux. Elle représente le « fil conducteur » de sa prise en soin et est garante de la tenue du dossier médical.

L'accompagnement aux soins et l'accompagnement éducatif se recoupe sous la notion de « prendre en soin » ; les rôles de la puéricultrice et de l'éducateur se recouperent alors ; à ce titre cette professionnelle de santé participe au travail pluridisciplinaire et assiste idéalement aux réunions d'échéance de l'enfant.

Dans cette organisation, les puéricultrices assurent l'interface entre l'équipe éducative, les psychologues et les médecins, ainsi qu'une permanence jusqu'à 18 h en semaine et une astreinte de 10 h à 18 h le week-end. Le planning de leur présence est diffusé chaque mois aux équipes éducatives et affiché au sein de l'administration.



³⁷ Ce partage d'informations à caractère secret se détermine en fonction du caractère strictement utile des informations à partager dans l'intérêt du mineur. Pour aller plus loin consulter le document d'appui.



Les puéricultrices conseillent, associent et encouragent les parents à accompagner leur(s) enfant(s) aux différentes consultations médicales en leur présence, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Pour compléter la démarche du « pôle santé » et renforcer son rôle de prévention, un volet « santé » est en cours d'élaboration au sein du plan de prévention des risques des usagers.

- ↳ Évaluer le projet de santé de l'établissement/service et l'actualiser au regard de la récurrence des événements sanitaires ou relevant de la santé globale et de la dynamique mise en place par l'établissement/service à la faveur des évaluations interne et externe.
- ↳ Transmettre aux autorités de tutelle, aux services de l'ASE et aux juges des enfants les informations relatives à la prise en compte de la santé au sein de l'établissement (équipements spécifiques, professionnels médicaux, possibilité ou non d'accueillir des mineurs/jeunes majeurs handicapés physiques ou psychiques, etc.).

2 ÉLABORER ET METTRE EN ŒUVRE DES OUTILS, DES PROCÉDURES ET DES PROTOCOLES RELATIFS À LA SANTÉ

Le volet santé du projet d'établissement/service, pour être efficace, doit être décliné au travers de plans d'actions et de pratiques concrets. Il doit également s'articuler avec les autres exigences qu'induit la prise en charge des mineurs/jeunes majeurs, et notamment celles liées à la santé des professionnels (risques psycho-sociaux, sécurité au travail, etc.).

Au-delà du projet d'établissement, les outils prévus par la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, CVS, etc.) peuvent être des supports pertinents pour la formalisation des parcours de santé et de soins ainsi que pour le développement de la promotion de santé.

Des procédures de travail et protocoles régulièrement mis à jour et connus des professionnels sont également garants d'un environnement protecteur et rassurant pour les mineurs/jeunes majeurs accueillis.

Enjeux et effets attendus

- Les professionnels intègrent la santé comme une dimension à part entière de leur prise en charge éducative des mineurs/jeunes majeurs.
- Les modalités d'intervention sont clarifiées et connues des professionnels.
- L'ensemble des professionnels est soutenu dans la préservation de la confidentialité des informations médicales.
- Les procédures de gestion des épisodes de crise, des situations d'urgence, de la gestion des risques et de l'administration des médicaments sont établies et connues des professionnels.

RECOMMANDATIONS

En termes d'organisation générale

- ↳ Se doter de compétences médicales ou paramédicales au regard des moyens disponibles en interne à l'établissement/service ; à défaut par le biais d'un conventionnement avec un professionnel de santé externe (médecin ou infirmier libéral, puéricultrice, etc.).
- ↳ Définir dans le règlement de fonctionnement les modalités d'intervention d'un tel professionnel, notamment :
 - le temps de présence ;
 - l'articulation avec les équipes éducatives et particulièrement avec le coordonnateur santé ;
 - les modalités de travail, de communication et de rencontres ;
 - etc.
- ↳ Afficher chaque mois le planning informatif global de présence des professionnels de santé (sous forme de permanence, de journées de consultations, de mise à disposition, etc.), à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement/service.
- ↳ Élaborer et mettre régulièrement à jour des fiches techniques d'appui aux actions en lien avec la santé, concernant notamment :
 - la conduite des entretiens et le recueil d'informations relatives à la santé ;
 - les fiches de soins individuelles et collectives (en cas de fièvre, de douleurs, de convulsions ; les consignes de réhydratation ou encore le calendrier vaccinal) ;
 - l'accueil de mineurs/jeunes majeurs handicapés ;
 - les protocoles d'action en cas d'épidémie ou de pandémie d'origine parasitaire, virale ou bactérienne ;
 - les procédures d'aides à la prise des médicaments prescrits par un professionnel de santé.
- ↳ Garantir la confidentialité de l'ensemble des écrits relatifs à la santé du mineur/jeune majeur et organiser leurs modalités de lecture, de transmission et d'archivage (transmission à l'ASE des documents de santé en cours ou en fin de mesure sous plis fermés, conservation de ces documents dans une infirmerie et/ou dans des armoires fermées à clés, etc.).
- ↳ Intégrer dans le livret d'accueil destiné aux professionnels ou via un support informatisé (CD, partage sur un réseau de service sécurisé, etc.) l'ensemble des outils et procédures relatif à la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis. Remettre ce support d'information à tout nouveau professionnel.
- ↳ Adapter les procédures et protocoles de l'établissement/service selon les directives sanitaires transmises par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes et les Agences Régionales de Santé (ARS), notamment concernant les risques pandémiques.

En termes de gestion des médicaments

- ↳ Solliciter les parents ou le représentant légal du mineur pour qu'ils demandent au médecin traitant l'établissement d'une ordonnance prescrivant des médicaments pouvant être administrés temporairement (par exemple pour des médicaments antidouleur, antispasmodiques, etc.). S'assurer, avant toute administration du médicament au mineur, de la validité de l'ordonnance. Renouveler chaque année l'ordonnance.

REPÈRE JURIDIQUE

L'article L. 4161-1 du Code de la santé publique énonce :

« Exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ».

Ainsi, l'administration d'un médicament à un mineur ne peut reposer que sur une prescription médicale personnalisée, et ce quel que soit le médicament étant entendu qu'un médicament correspond à « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou l'animal ou pouvant lui être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique immunologique ou métabolique ». (art. L. 5111-1 du Code de la santé publique).

- ↳ Prévoir un lieu de stockage nominatif des médicaments sécurisé et non accessible aux mineurs/jeunes majeurs. Si l'établissement/service ne dispose pas d'infirmerie, installer une armoire à pharmacie fermée à clé, et installée en hauteur.

Face aux conduites addictives ou à risque d'addiction

- ↳ Déterminer au sein du règlement de fonctionnement de l'établissement/service la procédure à suivre (qui fait quoi, à quel moment, etc.) en cas de consommations de produits interdits (alcool, drogues, etc.) suspectées ou observées concernant notamment :
 - le lien avec les parents du mineur ;
 - l'accompagnement du mineur vers des services de prévention (consultation jeunes consommateurs) et/ou d'accompagnement aux soins spécialisés sur les questions relatives aux addictions (CSAPA, CAARUD) ;
 - les sanctions encourues par le mineur/jeune majeur, au sein de l'établissement voire au regard de la législation française ;
 - la transmission de l'information de la vente de drogues au sein ou aux abords de l'établissement/service, notamment auprès de la Brigade des mineurs, à défaut auprès des services de la Gendarmerie nationale.

- ▮ Prévenir d'un éventuel risque d'influence³⁸ des comportements à risque dans le groupe des mineurs/jeunes majeurs et rester à disposition des jeunes pour en échanger :
 - en organisant rapidement une action collective d'information et de prévention des risques liés aux conduites addictives ;
 - en repérant les changements d'attitude parmi les mineurs/jeunes majeurs (état d'ébriété manifeste, apathie, etc.) et en proposant une rencontre avec un médecin (médecin traitant, médecin de l'établissement/service ou de la PMI) et/ou un psychologue ;
 - en étant particulièrement attentifs vis-à-vis des mineurs/jeunes majeurs présentant des troubles psychiques et pour lesquels une interaction avec des médicaments peut être source de décompensation.

3 ANTICIPER ET ORGANISER LA GESTION DES SITUATIONS DES ÉPISODES DE CRISE ET/OU D'URGENCE MÉDICALE

Les situations de crise ou d'urgence auxquelles les professionnels des établissements/services peuvent avoir à faire face sont d'origines multiples.

Il peut s'agir par exemple d'une urgence médicale liée à l'état de santé d'un mineur/jeune majeur (phase aiguë d'une maladie, blessure, problème de santé se manifestant par un épisode de crise, etc.), d'une crise sanitaire liée à une épidémie, d'une situation de crise liée aux relations interpersonnelles des mineurs/jeunes majeurs ou encore à des conduites violentes³⁹.

« Si la crise n'a pas obligatoirement une connotation négative et a pu être comparée, chez l'adolescent, à une sorte d'épreuve initiatique, l'urgence qui en résulte est souvent liée à un manque d'anticipation ou à un retard de prise en charge pouvant induire la recherche de solutions précipitées »⁴⁰, parfois mal adaptées aux mineurs/jeunes majeurs (hospitalisation, changement en urgence de foyer voire garde à vue).

La gestion des situations de crise doit donc être organisée par l'encadrement et nécessite, pour être efficace, d'être connue de l'ensemble des professionnels. L'équipe de direction de l'établissement/service est en charge de mettre en place une organisation des premiers secours qui réponde au mieux aux besoins des mineurs/jeunes majeurs accueillis et des professionnels.

Au moment de l'épisode de crise et dans les temps qui suivent, les professionnels sont garants de la sauvegarde de la sécurité de chaque mineur/jeune majeur, tant d'un point de vue individuel que collectif.

³⁸ « Le plus souvent, pour les jeunes, les substances psycho actives dont l'alcool sont utilisées comme pratiques initiatiques et intégratives pour répondre aux normes du groupe, faire comme les autres, mais aussi parfois comme « automédication », face à des problèmes et des angoisses, qui peuvent donner lieu à des usages plus problématiques. Le risque peut alors servir à se sentir exister à travers des conduites orales ». FREYSSINET- DOMINJON, J., WAGNER, A-C. *L'alcool en fêtes. Manière de boire de la nouvelle jeunesse étudiante*. Paris : L'Harmattan, 2004. 274 p.

³⁹ Pour aller plus loin sur le sujet des conduites violentes des adolescents, voir la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

⁴⁰ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

Au-delà de cette organisation technique qui a pour fonction d'assurer les gestes et attitudes adéquates pour l'intérêt du mineur/jeune majeur et des autres personnes, il s'agit de développer une véritable culture professionnelle de la bientraitance dans l'urgence, qui diminue l'anxiété, et les risques de postures inadaptées, voire de violences institutionnelles et respecte la personne.

Enjeux et effets attendus

- Les principales conduites à tenir face à un mineur/jeune majeur en situation de crise ou d'urgence sont formalisées et connues des professionnels.
- Des décisions adaptées à l'état de crise ou d'urgence médicale sont prises.
- Les risques de violence surajoutée à la situation de crise d'un mineur/jeune sont anticipés.
- L'établissement/service propose un environnement sécurisant et rassurant.

RECOMMANDATIONS

Anticipation par la mise en œuvre de procédures

- Élaborer et mettre à disposition des professionnels des procédures synthétiques, adaptées à la cartographie des risques identifiés au sein de l'établissement/service :
 - en cas d'urgence médicale (accident de la vie quotidienne, épisode convulsif, crise d'angoisse, accident d'exposition au sang, etc.);
 - en cas de crises relationnelles (auto ou hétéro agression) générées par les troubles/la souffrance psychique d'un mineur/jeune majeur (scarification, tentative de suicide, agression de pairs ou de professionnels, fugues, etc.);
 - au regard des problématiques de santé (troubles physiques ou psychiques) des mineurs/jeunes majeurs accueillis;
 - selon le lieu et le moment de la crise ou de l'urgence médicale.

Mettre à jour régulièrement ces procédures, en cohérence avec l'évolution des besoins des mineurs/jeunes majeurs accueillis.

ILLUSTRATION

Dans un établissement, lorsqu'un mineur/jeune majeur est dans une situation à risque de crise, l'équipe est préparée de façon à lui répondre autant que de besoin et de façon coordonnée et adaptée.

C'est ainsi que pour l'un des jeunes accueilli, il est établi avec lui qu'en cas de crise d'angoisse intervenant sur son lieu de formation, il peut appeler l'établissement.

La standardiste ayant été formée à la gestion des crises, elle est en mesure de désamorcer l'urgence de l'état psychique du jeune, avant tout relais pris par l'équipe éducative ou le psychologue.

- ↳ Intégrer les procédures dans des classeurs de procédures ainsi que dans le règlement de fonctionnement de l'établissement/service. Y mentionner notamment :
 - les conduites à tenir (quels sont les gestes et les paroles à privilégier en attendant l'arrivée d'un responsable hiérarchique/d'un médecin/des secours?, Quelles sont les règles de confidentialité à respecter?, etc.);
 - les coordonnées des personnes à prévenir (l'encadrement et/ou la direction de l'établissement/du service, les parents, les premiers secours, le médecin traitant, etc.);
 - la répartition des rôles en cas de crise (qui doit être appelé en premier?, Qui appelle?, Que faire en cas d'absence de réponse?, etc.).
- ↳ Expliciter ces procédures auprès de tous les professionnels :
 - collectivement lors de réunions d'équipe ou individuellement lors d'entretiens;
 - aux professionnels intervenant la nuit (éducateurs, surveillants, etc.);
 - aux nouveaux arrivants lors de leur prise de poste.
- ↳ Identifier les modalités de recours au service de pédiatrie, psychiatrie ou psychiatrie infanto-juvénile pour l'accueil en urgence d'un mineur/jeune majeur. Les formaliser au sein d'un protocole prévoyant le maintien du lien des professionnels socio-éducatifs avec l'enfant et les professionnels hospitaliers pendant toute la durée de l'hospitalisation.
- ↳ Déterminer par anticipation, en lien avec le mineur (selon son âge et sa situation), avec les parents et avec le jeune majeur concerné, les modalités d'intervention en cas de crise liée à des troubles mentaux ou psychiques; et ce afin de limiter les demandes d'hospitalisation en urgence auprès du juge des enfants. Préciser notamment :
 - les modalités de prise de contact avec le médecin traitant et/ou le psychiatre infanto-juvénile pour un échange sur la situation et les solutions alternatives possibles;
 - les moyens disponibles pour joindre les parents et requérir leur consentement à la demande d'hospitalisation.

REPÈRE JURIDIQUE

L'article 375-3 alinéa 5 du Code civil prévoit que « *Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :*

[...]

5° À un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé. »

De plus, l'article 375-9 du Code civil précise : « *La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.*

La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable. »

Pour les jeunes majeurs, les règles de l'hospitalisation sans consentement en soins psychiatriques pour adultes s'appliquent, au regard des modifications apportées par la Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

- S'assurer de l'accessibilité de ces protocoles auprès de tous les professionnels ainsi que de leur mise à jour régulière.
- Organiser des sessions de formations aux premiers secours et leur renouvellement pour qu'au minimum un professionnel formé soit présent sur le site. Cette organisation doit pouvoir se retrouver sur les temps d'astreinte.

Gestion des situations d'urgence médicale ou de crise (liées à une crise relationnelle, des consommations de substances psycho actives, des troubles psychiques ou du comportement, ou encore une tentative de suicide)

- Repérer les signes ambiants annonciateurs d'un épisode de crise entre les mineurs/jeunes majeurs accueillis (changements d'humeur, excitabilité, indices de détérioration du climat socio-émotionnel au sein de l'établissement⁴¹, etc.) et envisager des solutions adaptées afin d'enrayer le processus de crise.
- Sécuriser le lieu de l'incident et les mineurs/jeunes majeurs impliqués et prendre en charge le mineur/jeune majeur concerné par l'état d'urgence, sur le lieu-même où l'incident advient. Écarter, dans la mesure du possible les témoins de l'événement de manière calme et ferme.
- Quelle que soit la nature de l'événement, veiller pour les professionnels à maintenir une posture sans jugement, ni état émotionnel négatif face au mineur/jeune majeur ou aux autres personnes présentes ; se garder de toute parole moralisante.
- Agir avec discernement et rapidité face à l'événement survenu afin de protéger et apaiser le groupe.
- Consulter dès les premiers symptômes le protocole d'intervention préalablement établi pour le mineur/jeune majeur dont la pathologie connue se manifeste par une crise (asthme, hypoglycémie, épilepsie, etc.) afin de prendre connaissance ou de confirmer des gestes à privilégier, des éventuels traitements à administrer, des personnes à prévenir en priorité, etc.
- En l'absence du professionnel de santé au sein de l'établissement/service, solliciter le numéro d'urgence SAMU (le 15 ou le 112). Cet appel met en relation avec un médecin régulateur qui, sans délai, aide à évaluer la gravité de la situation, donne son avis et des conseils pour prendre les mesures d'urgence et, selon le cas dépêche une équipe médicale hospitalière avec véhicule de réanimation ou envoie une ambulance pour le transport vers un centre hospitalier.
- Effectuer les gestes de premiers secours (dégager les voies respiratoires, mettre en position latérale de sécurité) en attendant l'arrivée de professionnels de secours.
- Solliciter par tout moyen l'accord des parents pour toute demande d'hospitalisation du mineur.

⁴¹ Pour aller plus loin sur le repérage des signes annonciateurs de conduites violentes, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

REPÈRE JURIDIQUE

L'article R. 1112-34 du Code de la santé publique prévoit que « *L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.*

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance ».

De plus, l'article R. 1112-35 du même code prévoit que « *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.*

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent »

- Prendre attache avec le médecin du service de pédiatrie, de psychiatrie ou de psychiatrie infanto-juvénile, selon les termes fixés par un protocole et afin d'organiser le recours en urgence à ces services.
- Transmettre à l'établissement hospitalier les informations nécessaires à la prise en charge du mineur/jeune majeur par le biais d'une fiche de liaison indiquant notamment :
 - les nom, prénom et âge de l'enfant ;
 - les éventuels traitements en cours (chroniques ou ponctuels) ;
 - les noms et coordonnées des parents ;
 - les informations mentionnées dans le Projet d'accueil Individualisé (PAI)⁴².

Prévoir au sein de cette fiche un espace réservé aux professionnels hospitaliers afin que ces derniers indiquent, en vue du retour du mineur/jeune majeur dans l'établissement, les éventuels besoins d'adaptation des modalités d'accueil et/ou les soins post hospitaliers à prévoir.

⁴² Au regard de la Circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place pour l'enfant ou l'adolescent atteint de maladie chronique (asthme par exemple), d'allergie et d'intolérance alimentaire. Il doit lui permettre de suivre une scolarité normale ou d'être accueilli en collectivité. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire, assurer sa sécurité et compenser les inconvénients liés à son état de santé.

Gestion des suites de l'événement

- ↳ Prévenir les parents et les tenir au courant de l'évolution de l'état de santé du mineur. Prévenir également, si le mineur/jeune majeur en fait la demande, une personne de confiance (ami, petit(e) ami(e), membre de la famille autre que les parents, etc.).
- ↳ Rassurer autant que faire se peut les mineurs/jeunes majeurs ayant été confrontés directement à l'épisode de crise :
 - en se montrant disponible rapidement après la crise pour répondre, de façon individuelle ou collective, aux éventuels questionnements;
 - en restant attentif, dans les semaines qui suivent l'événement, aux éventuels contre-coups, manifestations d'angoisse et/ou changements d'attitude.
- ↳ S'appuyer sur une personne ressource interne (psychologue, personnel médical, coordonnateur santé) ou sur des personnes spécialisées extérieures, si besoin, pour reprendre dans un deuxième temps, « à froid » avec les mineurs/jeunes majeurs, l'événement dont ils ont été témoins.
- ↳ Si l'événement nécessite des rappels à la loi, faire intervenir la direction auprès de tous les mineurs/jeunes majeurs, pour reformuler l'événement, ses conséquences et expliquer les actes d'accompagnement mais aussi d'autorité qu'elle sera amenée à poser.
- ↳ Organiser, rapidement après l'événement une réunion d'équipe avec tous les professionnels impliqués, permettant notamment de reprendre :
 - le déroulé de la situation ;
 - les éléments qui ont facilité/empêché la bonne gestion de l'épisode de crise ;
 - les éléments de complexité ;
 - les points d'organisation ou de protocole à améliorer.

En cas de crise liée à des troubles comportementaux ou des troubles psychiques

- ↳ Si le mineur en est d'accord, recevoir rapidement les parents afin d'envisager avec eux l'épisode de crise vécu par leur enfant ainsi que les orientations possibles.
- ↳ Signifier, lorsqu'il s'agit d'une première crise, au médecin traitant du mineur/jeune majeur, ou au professionnel de santé de l'établissement/service ou encore au médecin de PMI l'épisode de crise vécu par le mineur/jeune majeur en vue d'une orientation vers une consultation pour un éventuel diagnostic et/ou la mise en place d'un accompagnement adapté (si nécessaire par un psychiatre infanto juvénile).
- ↳ Alerter, lorsqu'il s'agit d'une réitération de crise, le(s) professionnel(s) de santé accompagnant le mineur/jeune majeur, et notamment le pédopsychiatre ou le psychiatre, afin que ce dernier adapte autant que de besoin les soins et les accompagnements apportés au mineur/jeune majeur.
- ↳ Observer, dans les semaines qui suivent l'épisode de crise (premier épisode ou réitération), le rétablissement du mineur/jeune majeur (particulièrement lorsqu'il y a eu passage à l'acte) et son adaptation à l'accompagnement et/ou aux soins qui lui ont été prescrits par son médecin traitant, son pédopsychiatre ou son psychiatre.

POINT DE VIGILANCE

Cette vigilance particulière à avoir à la suite d'un épisode de crise est particulièrement importante pour ce qui concerne les premiers épisodes psychotiques⁴³.

Selon l'OMS, les psychoses sont des « *troubles mentaux dans lesquels l'atteinte du fonctionnement mental est telle qu'elle perturbe gravement la conscience, le contact avec la réalité et les possibilités de faire face aux nécessités de l'existence* ».

Une attention particulière doit être accordée au(x) premier(s) épisode(s) de crise psychotique d'un mineur/jeune majeur, diagnostiqué comme tel par un médecin.

L'intervention précoce face à un premier épisode de psychose a pour but d'améliorer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

- Reprendre avec le mineur/jeune majeur ayant vécu un épisode de crise, dans les semaines qui suivent, le déroulé de l'événement, les causes qu'il lui attribue, son vécu du moment et les impacts possibles sur son quotidien (vis-à-vis de lui-même, du collectif, etc.).
- Envisager avec le mineur/jeune majeur les adaptations possibles de son projet personnalisé. Prendre en compte ses difficultés exprimées tout en le mobilisant sur un projet positif (scolaire, social, associatif, sportif, artistique, etc.) qui l'aide à dépasser l'événement de crise. Associer le mineur/jeune majeur à la réflexion en écoutant ses difficultés, ses attentes et ses désirs lorsqu'il est en mesure de les formuler, en établissant avec lui une relation fondée sur le respect et la confiance mutuelle. Si le mineur en est d'accord, associer les parents à ce travail de réflexion et à la définition de pistes d'action pour le mineur.

En cas tentative de suicide

- Rester particulièrement vigilant, dans les semaines qui suivent le passage à l'acte, sur l'état de santé du mineur/jeune majeur ayant fait une tentative de suicide :
 - en observant l'évolution de ses propos et de ses attitudes en lien avec le passage à l'acte effectué et/ou une volonté de réitération du geste ;
 - en vérifiant régulièrement que l'accès aux moyens létaux n'est pas de nouveau facilité.
- Solliciter, en lien avec les parents du mineur et directement avec le jeune majeur, le médecin traitant et/ou psychiatre, afin qu'il(s) coordonne(nt) la mise en place d'un accompagnement adapté pour le jeune sortant d'un acte suicidaire.
- Accompagner le mineur/jeune majeur dans le suivi médical et/ou psychologique mis en place à la suite de son passage à l'acte, notamment :
 - en lui exposant l'intérêt de ce suivi ;
 - en lui expliquant l'importance de son adhésion et son implication dans le suivi ;
 - en lui rappelant les dates de consultation et en l'y accompagnant si besoin.

⁴³ BOURDEAU, G. *Fonctionnement social et rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique*. Thèse de Doctorat : psychologie : Montréal : Université de Montréal, 2012.

4 DÉVELOPPER LES PARTENARIATS NÉCESSAIRES À LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MINEURS/JEUNES MAJEURS

La qualité et la fluidité des parcours de santé des mineurs/jeunes majeurs accueillis supposent la coordination des actions entre les acteurs du secteur social et médico-social et ceux du secteur sanitaire.

L'ouverture partenariale nécessaire à cette coordination passe notamment par la constitution d'un réseau de ressources et de compétences qui étaye l'action des professionnels et ce, tout particulièrement en milieu ouvert. Le recours aux savoirs et savoir-faire des partenaires a également un effet régulateur au sein de l'établissement/service.

Dans ce cadre, l'établissement/service est tantôt en appui auprès des partenaires tantôt une ressource pour eux⁴⁴. Le réseau de partenaires, par ailleurs en constante évolution, nécessite une adaptation continue des actions d'ouverture et des modalités de travail.

L'un des enjeux de l'ouverture partenariale est de « *créer un langage commun entre les multiples professionnels [...] afin de faciliter le partenariat transversal entre institutions* »⁴⁵.

Les rencontres avec les partenaires permettent aussi à ces derniers de mieux connaître le secteur de la protection de l'enfance et de la PJJ ainsi que les droits des mineurs/jeunes majeurs bénéficiant de mesures éducatives.

Enjeux et effets attendus

- Les principaux acteurs du secteur sanitaire et médico-social, de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que de l'accès aux droits et aux soins sont identifiés par les professionnels mettant en œuvre la mesure éducative.
- L'articulation entre les professionnels des secteurs médicaux, médico-sociaux est formalisée.
- Les actions pour la santé s'appuient sur les ressources territoriales.
- La connaissance mutuelle des professionnels permet une meilleure gestion des situations de crise ou d'urgence.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Identifier les ressources médicales et médico-sociales du territoire, et notamment :
- en établissant une liste des établissements/services et services présents sur le territoire et concernés par la santé des mineurs/jeunes majeurs ;
 - en identifiant au moins un interlocuteur en mesure d'échanger sur les questions de santé et en déterminant avec lui des modalités de contacts facilitées (par qui peut-il être contacté ? À quels moments ? Comment communiquer dans le cadre du secret médical ?, etc.) ;
 - en développant des contacts privilégiés et une connaissance réciproque avec les médecins libéraux du secteur.

Mettre à jour régulièrement le répertoire référencé contenant ces informations.

⁴⁴ Pour aller plus loin sur ce sujet, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. Saint-Denis : Anesm, 2009.

⁴⁵ ONED. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. *Journée d'étude 2013*.

- ↳ Établir des relations de partenariat avec les institutions, établissements et services concernés par la santé des mineurs/jeunes majeurs, notamment :
- la PMI ;
 - l'Éducation nationale ;
 - l'Hôpital et notamment les services des urgences ;
 - la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
 - la pédiatrie ;
 - le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie ;
 - la planification et d'éducation familiale ;
 - les maisons des adolescents (MDA) ;
 - les points accueil écoute jeune (PAEJ) ;
 - les centres de vaccination ;
 - les instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et les comités départementaux d'éducation pour la santé (CoDES) ;
 - le secteur de l'Addictologie ;
 - les dispositifs de prévention des conduites addictives⁴⁶ ;
 - les unités d'accueil médico judiciaire pédiatrique ;
 - les missions locales.

ILLUSTRATION

Dans un département, une convention tripartite de partenariat a été co-élaborée et signée entre la direction départementale de la PJJ, le service d'aide sociale à l'enfance du conseil départemental et le centre hospitalier.

En préambule de la convention est posé le postulat que « confrontées dans leurs pratiques quotidiennes aux troubles du comportement de certains [des mineurs/jeunes majeurs] hébergés, les équipes [éducatives] manquent de repères pour aborder et comprendre la souffrance psychique qui les sous-tend et pour y apporter une réponse adaptée ».

La convention se donne donc pour objectif d'organiser un « partenariat structuré et formalisé entre les services relevant de la PJJ, du conseil départemental et du centre hospitalier spécialisé », permettant d'une part la mise en place d'une logique de compréhension et de prévention au sein des équipes éducatives, d'autre part une prise en charge plus efficiente des jeunes concernés par des soins psychiatriques.

Dans le texte, la convention précise les objectifs communs aux 3 signataires, la population cible, les intervenants, les moyens mis en œuvre et les modalités de fonctionnement, les modalités de financement, les dates et durées de la convention et enfin les modifications et conditions de résiliation.



⁴⁶ Consulter sur ce sujet le guide : INPES. *Drogues et conduites addictives. Comprendre, savoir, aider.* Saint-Denis : INPES, 2014. Consultable sur : <<http://www.inpes.sante.fr/>>



Dans un autre département, un « protocole de fonctionnement pour clarifier et améliorer les relations entre l'Aide sociale à l'enfance, la MDPH et les établissements médico-sociaux » a été élaboré. Il concerne les acteurs intervenant auprès des enfants confiés au Département dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance et ayant des droits ouverts par la MDPH. Le protocole prévoit notamment le remplissage d'une fiche de liaison MDPH/ASE, ayant pour objectifs de faciliter le traitement des dossiers d'enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance et de fluidifier les relations fonctionnelles entre les acteurs de la MDPH et ceux de l'Aide sociale à l'enfance.

Cette fiche de liaison toujours validée par un inspecteur de l'ASE est jointe systématiquement lors de l'envoi du dossier MDPH, des pièces complémentaires, et pour informer la MDPH de la fin de la prise en charge de l'ASE.

- Adapter les modalités de partenariats (conventions, procédures de travail, fiches de liaison inter services, etc.) :
 - au type d'établissement/service ou institution concerné ;
 - au besoin de partenariat identifié ;
 - en veillant à ce que ces modalités de travail soient connues des professionnels et régulièrement mises à jour.
- Organiser et formaliser des rencontres interinstitutionnelles et des réunions de synthèse avec les partenaires identifiés, notamment ceux du milieu scolaire, afin de :
 - déterminer le cas échéant l'articulation des accompagnements pluridisciplinaires d'un mineur/jeune majeur ;
 - anticiper et organiser, si la situation le nécessite, la continuité des accompagnements et/ou des soins (lorsque le mineur/jeune majeur change d'établissement scolaire ou de foyer d'hébergement, lorsque le mineur quitte les services de la pédiatrie ou de la psychiatrie infanto juvénile et commence à être suivi par le milieu hospitalier pour adultes, etc.) ;
 - prévoir la mise en place d'actions communes de prévention, d'éducation et de promotion de la santé ;
 - développer une bonne connaissance réciproque des secteurs sociaux, médico-sociaux et médicaux.

POINT DE VIGILANCE

Des espaces d'échanges et de rencontres réguliers entre les professionnels du secteur social/ médico-social et du secteur sanitaire, en dehors des synthèses liées à de situations de mineur/ jeune majeur et hors urgence, peuvent favoriser l'interconnaissance et les collaborations.

La recherche d'une cohérence dans l'action des différents acteurs suppose que les réponses apportées par chacun ne se substituent pas les unes aux autres, qu'elles puissent se cumuler ou se relayer sans discontinuité. Elle nécessite donc une collaboration solide entre tous les acteurs.

- ▮ Développer des contacts privilégiés avec les pharmacies locales afin de les solliciter, conformément à leurs attributions et leur limite d'action, pour éviter la rupture de traitement d'un mineur/jeune majeur.

Pour les mineurs isolés étrangers

- ▮ Repérer les dispositifs de droit commun ou ceux spécifiques aux mineurs isolés étrangers, compétents pour réaliser des bilans de santé spécifiques.

ILLUSTRATION

Dans un département, plusieurs dispositifs d'accueil des mineurs se sont spécialisés dans le suivi des mineurs isolés étrangers. Ces services effectuent des bilans de santé en s'appuyant sur un réseau de partenariats avec les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital, avec Médecin du Monde, avec le CIDAG (Centre d'information et de Dépistage Anonyme et Gratuit), avec le CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculose) et en particulier avec une association locale qui propose un bilan santé avec interprète.

La santé apparaît comme une entrée importante de la relation éducative.

5 FORMER LES PROFESSIONNELS À LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ ET LES SOUTENIR DANS LEURS PRATIQUES

La qualité de la prise en compte de la santé au sein des établissements/services suppose que les professionnels partagent une représentation commune de la santé, non exclusivement liée à la maladie et aux soins. Elle nécessite également une identification par les professionnels de leur champ d'influence sur la santé, au travers de leurs pratiques éducatives.

Les professionnels doivent alors disposer des savoirs et savoir-faire nécessaires pour faire face de façon adaptée aux diverses situations de santé rencontrées.

Le développement des savoirs passe par une mobilisation régulière des professionnels sur des actions de sensibilisation ou de formation relatives à la santé. Les rencontres avec les partenaires médicaux et paramédicaux ainsi que les échanges réciproques sur les pratiques permettent aux professionnels des établissements/services d'affiner leur connaissance et leur compréhension des éléments de santé des mineurs/jeunes majeurs.

Les savoir-faire évoluent au regard des prises en charge à mettre en œuvre pour des mineurs/jeunes majeurs présentant des problématiques de santé spécifiques.

Légitimés dans leurs pratiques et soutenus face aux difficultés rencontrées, les professionnels contribuent ainsi pleinement au parcours de santé des mineurs/jeunes majeurs et au-delà de l'aspect strictement sanitaire, à faire du temps de leur prise en charge une opportunité d'amélioration de leurs déterminants de santé et de leur bien-être.

Enjeux et effets attendus

- Les professionnels de l'établissement/service acquièrent une culture commune et développent leur savoir-faire dans le domaine de la santé.
- Les professionnels de l'établissement/service, informés et rassurés, se sentent légitimés en tant qu'acteurs de la santé des mineurs/jeunes majeurs.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Prévoir dans les plans de formation destinés aux professionnels, plusieurs modules relatifs à la santé des mineurs/jeunes majeurs, concernant notamment :
 - les éléments généraux de santé tels que les phases de développement de l'enfant, de l'adolescent et le jeune adulte, l'hygiène, l'alimentation, la connaissance des déterminants sociaux de la santé ainsi que des principes de la promotion de la santé ;
 - les problèmes spécifiques ou situations de santé complexes tels que les pathologies chroniques, les pathologies psychiatriques, la souffrance psychique, le repérage des handicaps et des troubles du comportement, etc. ;
 - la prévention des risques tels que les conduites à risques, les addictions avec ou sans substance, les fugues, le harcèlement, les tentatives de suicide, etc.

ILLUSTRATION

Un service d'AED et AEMO organise une formation dédiée à l'observation et à la prise en compte des signes de souffrance chez les tout-petits de 0 à 3 ans. Sur 4 jours, cette formation est animée par un pédopsychiatre et un psychologue. Elle aide les professionnels du service à repérer et prendre en compte les signes de souffrance du bébé ainsi qu'à mieux analyser les interactions précoces entre le nourrisson et ses parents.

Au cours de la formation, il est mis à la disposition des professionnels deux grilles d'observation dont ils peuvent se servir ensuite lors des entretiens avec les parents, pour affiner leur perception des besoins de l'enfant, notamment sur le plan de la santé.

- ↳ Recenser les besoins de formation des professionnels au regard des principaux risques identifiés et/ou pris en charge au sein de l'établissement/service, particulièrement pour ce qui concerne le repérage :
 - des troubles mentaux ;
 - des troubles du comportement ou de la conduite ;
 - des retards de développement et/ou d'apprentissage ;
 - des addictions ;
 - etc.

POINT DE VIGILANCE

La consommation de substances psycho actives par les mineurs/jeunes majeurs accueillis fait partie des vigilances des professionnels de la protection de l'enfance et de la PJJ (et particulièrement des MECS, des appartements en semi-autonomie, etc., assurant l'hébergement des mineurs/jeunes majeurs).

Les pratiques de consommations sont quant à elles évolutives et peuvent répondre à des phénomènes de mode. C'est ainsi que la pratique du « *binge drinking* » ou le phénomène de « *neck nomination* » poussent aujourd'hui les jeunes à consommer de l'alcool de façon rapide et excessive, dans un objectif de dépassement de soi et de recherche de ses propres limites, bien souvent dans une relation de défi vis-à-vis des pairs.

Les connaissances des professionnels face à ces évolutions nécessitent donc d'être actualisées en vue d'une adaptation de leurs possibilités d'action.

- Identifier sur le territoire les partenaires proposant des sessions de sensibilisation et de formation interinstitutionnelles et/ou interdisciplinaires relatives à la santé des mineurs/jeunes majeurs et notamment :
 - l'Éducation nationale ;
 - les IREPS et CoDES ;
 - les établissements de santé (pédiatrie, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie) ;
 - les CAMSP ;
 - les Maisons des adolescents ;
 - les Espaces santé jeune ;
 - .../...
- Former les professionnels au partage d'information à caractère secret⁴⁷ et à son incidence dans les écrits professionnels.

ILLUSTRATION

Dans une région, un organisme public de formation propose une formation spécifique concernant le dossier de la personne accueillie, le secret professionnel et la pratique des écrits dans les établissements et services.

- Mettre à disposition des professionnels un espace documentaire accessible regroupant l'ensemble des ressources (imprimées ou numérisées) relatives à la santé et au développement des mineurs/jeunes majeurs.

⁴⁷ Pour aller plus loin sur le sujet du partage d'informations à caractère secret, consulter la recommandation : Anesm. *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance*. Saint-Denis : Anesm, 2011.

- ↘ Organiser les modalités de soutien aux professionnels :
 - pour les situations dans lesquelles le maintien du secret professionnel présente pour eux une difficulté (conditions du partage, avec qui partager les informations à caractères secrets?, quand et comment les partager?, etc.);
 - lorsque la gravité de la situation d'un mineur/jeune majeur suscite chez un ou plusieurs professionnel(s) des difficultés émotionnelles ou de représentation et influe sur sa posture professionnelle (manifestations d'angoisse voire de violence)⁴⁸.
- ↘ Recenser auprès des professionnels, intervenant de jour comme de nuit pour les établissements avec hébergement, les situations soulevant des questionnements et/ou des difficultés en termes de prise en compte de la santé, et proposer des temps de réflexion collective :
 - à l'occasion des réunions de régulation d'équipe, si possible organisées en la présence d'un professionnel de santé (interne ou externe à l'établissement/service)⁴⁹;
 - lors des séances d'analyse de la pratique;
 - à l'occasion des synthèses interinstitutionnelles permettant de construire collectivement un projet porteur pour les mineurs/jeunes majeurs dont la prise en charge s'avère difficile;
 - au sein de l'instance éthique, le cas échéant⁵⁰.
- ↘ Inscrire la promotion de la santé dans la démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations proposées au sein de l'établissement/service et notamment à l'occasion de la mise en œuvre de la démarche d'évaluation (interne⁵¹ et externe).

⁴⁸ GUEDENEY, N. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement: l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 2008, Vol. 20, pp. 101-117.

⁴⁹ EICHLER, A. Improving statutory health assessments for looked after children. *Nursing children and young people*, 2011, vol 23, n° 3, pp. 20-23.

⁵⁰ Pour aller plus loin sur la démarche de questionnement éthique au sein d'un établissement/service, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

⁵¹ Pour aller plus loin sur l'évaluation interne, consulter les recommandations :
 - Anesm. *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm, 2009.
 - Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*. Saint-Denis : Anesm, 2015.

L'essentiel

RÉDIGER UN VOLET SANTÉ AU SEIN DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE INCLUANT UNE DIMENSION D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

- De façon participative et adaptée à l'établissement/service (type de mesures mises en œuvre, public accueilli).
- En s'appuyant sur les orientations relatives à la santé (schéma départemental de la protection de l'enfance, orientations de la direction territoriale, priorités et enjeux de santé publique portés localement).
- En désignant, dans le cadre de l'élaboration du volet santé du projet d'établissement/service, un professionnel « coordonnateur santé ».
- En précisant au sein de ce volet santé l'ensemble des éléments de la politique de santé de l'établissement/du service.
- En s'appuyant lors de la rédaction du volet santé du projet d'établissement/service sur les savoirs, savoir-faire, l'expérience et les compétences des professionnels et en valorisant les capacités d'investissement des mineurs/jeunes majeurs selon leur maturité.
- En déclinant dans le volet santé du projet d'établissement/service les modalités particulières d'accompagnement envisagées pour les mineurs/jeunes majeurs présentant des difficultés psychologiques.
- En transmettant aux autorités de tutelle, aux services de l'ASE et aux juges des enfants les informations relatives à la prise en compte de la santé au sein de l'établissement.
- En évaluant le projet de santé de l'établissement/service et en l'actualisant à la faveur des évaluations interne et externe.

ÉLABORER ET METTRE EN ŒUVRE DES OUTILS, DES PROCÉDURES ET DES PROTOCOLES RELATIFS À LA SANTÉ

- En se dotant de compétences médicales ou paramédicales au regard des moyens disponibles en interne, et en définissant dans le règlement de fonctionnement les modalités d'intervention d'un tel professionnel.
- En affichant chaque mois le planning informatif global de présence des professionnels de santé.
- En élaborant et en mettant régulièrement à jour des fiches techniques d'appui aux actions en lien avec la santé, garantissant la confidentialité de l'ensemble des écrits relatifs à la santé du mineur/jeune majeur.





- En intégrant dans le livret d'accueil destiné aux professionnels ou via un support informatisé l'ensemble des outils et procédures relatifs à la prise en compte de la santé des mineurs/jeunes majeurs.
- En adaptant les procédures et protocoles de l'établissement/service selon les directives sanitaires transmises par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et les Agences Régionales de Santé.

ANTICIPER ET ORGANISER LA GESTION DES SITUATIONS DES ÉPISODES DE CRISE ET/OU D'URGENCE MÉDICALE

- En élaborant et en mettant à disposition des professionnels des procédures synthétiques, adaptées à la cartographie des risques identifiés au sein de l'établissement/service en cas d'urgence médicale ou de crises relationnelles générées par les troubles/la souffrance psychique d'un mineur/jeune majeur. En mettant à jour régulièrement ces procédures. En les intégrant dans des classeurs de procédures et dans le règlement de fonctionnement de l'établissement/service.
- En identifiant les modalités de recours au service de pédiatrie, psychiatrie ou psychiatrie infanto-juvénile pour l'accueil en urgence d'un mineur/jeune majeur et en les formalisant au sein d'un protocole.
- En déterminant par anticipation, en lien avec le mineur, avec les parents et avec le jeune majeur concerné, les modalités d'intervention en cas de crise liée à des troubles mentaux ou psychiques.
- En organisant des sessions de formation aux premiers secours et leur renouvellement pour qu'au minimum un professionnel formé soit présent sur le site.

DÉVELOPPER LES PARTENARIATS NÉCESSAIRES À LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MINEURS/JEUNES MAJEURS

- En identifiant les ressources médicales et médico-sociales du territoire et en mettant à jour régulièrement le répertoire référencé contenant ces informations.
- En établissant des relations de partenariat avec les institutions, établissements et services concernés par la santé des mineurs/jeunes majeurs; en veillant à ce que ces modalités de travail soient connues des professionnels et régulièrement mises à jour.
- En organisant et formalisant des rencontres interinstitutionnelles et des réunions de synthèse avec les partenaires identifiés, notamment ceux du milieu scolaire.
- En développant des contacts privilégiés avec les pharmacies locales afin de les solliciter pour éviter la rupture de traitement d'un mineur/jeune majeur.





FORMER LES PROFESSIONNELS À LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ ET LES SOUTENIR DANS LEURS PRATIQUES

- En prévoyant dans les plans de formation destinés aux professionnels, plusieurs modules relatifs à la santé des mineurs/jeunes majeurs.
- En recensant les besoins de formation des professionnels au regard des principaux risques identifiés et/ou pris en charge au sein de l'établissement/service.
- En identifiant sur le territoire les partenaires proposant des sessions de sensibilisation et de formation interinstitutionnelles et/ou interdisciplinaires relatives à la santé des mineurs/jeunes majeurs.
- En formant les professionnels au partage d'information à caractère secret et à son incidence dans les écrits professionnels, en soutenant les professionnels dans les situations où le maintien du secret professionnel présente pour eux une difficulté.
- En inscrivant la promotion de la santé dans la démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations proposées au sein de l'établissement.

LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ
EN AMONT ET DÈS LE DÉBUT
DU PROJET D'ADMISSION
DU MINEUR/JEUNE MAJEUR

L'appréciation de la santé du mineur/jeune majeur est constituée de plusieurs phases qui suivent le déroulement de la mesure éducative.

La première est celle du recueil des besoins pour anticiper l'accueil du mineur/jeune majeur, en amont de l'admission. La seconde vise l'approfondissement de besoins de santé, le repérage précoce de troubles, pathologies, voire handicap non diagnostiqué, la mise en place ou la relance du parcours de santé du mineur/jeune majeur.

Tout au long de ces phases, qui relèvent de la prévention primaire, et de l'élaboration du projet personnalisé, est pris en compte l'ensemble des facteurs qui concourent à la santé physique et psychique du mineur/jeune majeur ainsi qu'à son bien-être et à son développement : les déterminants de santé⁵² du mineur/jeune majeur comprennent les facteurs biologiques, les facteurs environnementaux, donc l'environnement familial, les relations interpersonnelles. Auxquels spécifiquement pour l'enfant en protection de l'enfance doivent être pris en compte l'environnement et l'expérience de la petite enfance ainsi que l'environnement et l'expérience à l'âge du mineur/jeune majeur au moment de sa prise en charge.⁵³

Dès le projet d'admission, les parents sont sollicités sur l'état de santé de leur enfant et sont associés à la mise en place de l'accompagnement. Cette association des parents se fait nécessairement dans le respect des droits du mineur et *a fortiori* du jeune majeur (consentement, droit au secret, etc.) ainsi que dans le respect du contenu des décisions administratives et judiciaires.

1 ORGANISER LE RECUEIL DES BESOINS LIÉS À LA SANTÉ DU MINEUR/JEUNE MAJEUR EN AMONT DE L'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE ET EXAMINER LA POSSIBILITÉ DE CETTE ADMISSION

Dans le cadre des mesures de placement⁵⁴, cette phase préalable à l'accueil du mineur/jeune majeur a pour objectif de recueillir les informations nécessaires et indispensables pour assurer un accueil adapté à sa situation et à sa santé.

Quand le mineur/jeune majeur a connu plusieurs placements, il est souvent constaté que les informations relatives à sa santé se perdent ou parfois qu'elles n'ont pas été indiquées dans les documents transmis en vue de la continuité de l'accompagnement. Cela représente une réelle difficulté pour les professionnels, tout particulièrement lorsque le changement de structure se double d'un changement de territoire (département). Dans ce cas, il s'avère très difficile d'avoir le suivi des éléments de santé du mineur/jeune majeur.

⁵² Concernant les déterminants sociaux de santé, le modèle de Dahlgren et Whitehead présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent.
WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G. What can we do about inequalities in health. *The Lancet*, 1991, n° 338 : pp. 1059–1063.

⁵³ MIKKONEN, J., RAPHAEL, D. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2011. pp. 9-11.

⁵⁴ D'après les chiffres de l'ONED mentionnés au sein du 10^e rapport au Gouvernement et au Parlement (Mai 2015) : pour l'ensemble des mineurs/jeunes majeurs (de 0 à 20 ans) pris en charge en protection de l'enfance, 53 % d'entre eux sont confiés à l'ASE, dont 39 % sont placés en établissements.

Pourtant, cette recherche d'informations est fondamentale. Elle permet un recueil précoce des besoins du mineur/jeune majeur et une anticipation de son accueil, voire une réorientation vers une structure plus adaptée quand l'intérêt supérieur du mineur/jeune majeur le nécessite.

Une attention particulière sur les éléments de santé est aussi à porter dans le cadre des mesures de milieu ouvert, et ce quel que soit le cadre, administratif ou judiciaire, de la mesure.

En milieu ouvert, la santé du mineur/jeune majeur est plus spécifiquement abordée en termes de prévention et de promotion de la santé, mais elle doit l'être aussi en termes de repérage de signes de maltraitance, ou d'altérations de la santé liées à des carences (par négligence, par ignorance ou par omission), non repérées avant la mesure.

POINT DE VIGILANCE

Le recueil des éléments de santé d'un mineur/jeune majeur concerne deux types d'informations :

- les éléments de nature médicale, strictement soumis au secret médical, et partagés seulement entre professionnels de santé;
- les besoins inhérents à l'état de santé, qui, connus des professionnels des établissements/services, permettent une adaptation des modalités d'accueil.

Ce recueil d'informations a donc vocation à être effectué par les professionnels éducatifs, avec l'appui sur certains points d'un professionnel de santé (dans la mesure du possible interne à l'établissement; à défaut par un professionnel de santé libéral intervenant par conventionnement auprès de l'établissement/service).

Dans l'intérêt de l'accompagnement global du mineur/jeune majeur, ce professionnel de santé peut être amené à effectuer un partage circonstancié des informations de santé, strictement nécessaires à la prise en charge du mineur/jeune majeur, dans le respect des règles liées au secret médical et au partage d'information dans le champ de la protection de l'enfance⁵⁵ prévu par l'article L.226-2-2 du CASF⁵⁶.

⁵⁵ Pour aller plus loin sur le sujet du partage d'informations à caractère secret, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance*. Saint-Denis : Anesm, 2011.

⁵⁶ Article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles : « Par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Enjeux et effets attendus

- Le mineur, les parents ainsi que le jeune majeur sont informés des démarches préparatoires concernant la prise en compte de la santé du mineur/jeune majeur et sollicités pour la préparation du premier accueil.
- Dans le respect des règles liées au secret médical, les informations disponibles sur la santé du mineur/jeune majeur sont recensées, y compris dans le cadre des mesures de milieu ouvert.
- L'antériorité de mesures éducatives ou de prises en charge est identifiée et les éventuelles discontinuités ou ruptures de parcours sont repérées.
- Le démarrage et/ou la continuité du parcours de santé et le cas échéant des soins du mineur/jeune majeur est prévue à l'occasion d'un accueil en hébergement ou d'un suivi de mesure en milieu ouvert.
- Des dispositions particulières sont mises en place pour aménager autant que nécessaire l'accompagnement et les conditions d'accueil du mineur/jeune majeur souffrant d'un problème de santé chronique et/ou d'un handicap.
- L'administration de traitements spécifiques est anticipée.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Prendre contact avec les parents ou le jeune majeur, dès la notification de la mesure, pour :
 - les informer que la mission éducative de l'établissement/service intègre, y compris en milieu ouvert, la prise en compte de sa santé ;
 - solliciter l'accord des parents d'un mineur concernant les démarches de recueil d'informations relatives à la santé de leur enfant et afin de préparer l'accueil du mineur dans le cadre d'une mesure administrative de placement ou de milieu ouvert ;
 - les informer des démarches de recueil d'informations relatives à la santé de leur enfant et solliciter autant que possible leur adhésion, sous réserve de décision contraire du juge, dans le cadre de l'assistance éducative ;
 - les informer que la santé de leur enfant sera abordée dans le cadre du premier entretien, et les inviter à apporter le carnet de santé de leur enfant et tout autre élément d'information concernant la santé.
- ↳ Identifier, avec l'aide du professionnel de santé intervenant dans ou pour l'établissement/service, les troubles et les signes connus témoignant d'une pathologie chronique, d'un handicap ou d'un problème de santé nécessitant un traitement, un régime alimentaire ou des soins médicaux spécifiques et/ou une préparation particulière de l'accueil du mineur/jeune majeur ou de son accompagnement. Recueillir ces informations notamment en :
 - prenant connaissance de l'origine et des causes du placement ou de la mesure de milieu ouvert ;
 - consultant le dossier au tribunal dans le cadre des mesures judiciaires (civiles ou pénales) pour s'informer des besoins relatifs à la santé du mineur/jeune majeur et/ou des demandes de soins ordonnées par le juge ;
 - prenant connaissance du projet pour l'enfant (PPE), et particulièrement des éléments de santé y figurant ;

- prenant contact avec l'établissement/service d'où arrive le mineur/jeune majeur (hôpital, établissement/service de protection de l'enfance ou de protection judiciaire de la jeunesse, etc.);
 - prenant contact avec l'établissement scolaire et le cas échéant le service infirmier de l'établissement.
- ↳ Identifier au sein des documents disponibles et au regard des contacts pris, les éléments apportant des informations sur l'environnement familial du mineur/jeune majeur et pouvant avoir un impact (bénéfique ou néfaste) sur sa santé et/ou complexifier la prise en charge de sa santé. Il s'agit notamment :
- des ressources propres des parents ou du mineur/jeune majeur vis-à-vis de sa santé;
 - des personnes ressources pour le mineur/jeune majeur;
 - d'une situation de précarité physique, psychique ou sociale des parents;
 - d'une absence ou d'une présence discontinue de l'un des parents;
 - d'une situation de violences conjugales ou de violences familiales;
 - d'une addiction des parents.
- ↳ Anticiper l'organisation d'une prise en charge coordonnée avec les services sociaux et médico-sociaux accompagnant les parents (service social départemental, CHRS⁵⁷, ESAT, etc.).

Si le mineur/jeune majeur bénéficie d'une notification MDPH et/ou souffre d'une pathologie chronique physique ou psychique ou de difficultés psychologiques

- ↳ Informer les parents et prendre contact (dans le cadre d'une mesure administrative, sous réserve de leur accord et dans le cadre de l'assistance éducative en fonction de restrictions de l'autorité parentale) avec l'établissement scolaire du mineur et les établissements/services médico-sociaux l'accompagnant, tels que :
- un Institut Thérapeutique et Pédagogique (ITEP);
 - un Institut Médico-Educatif (IME);
 - un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD);
 - un CMP;
 - un CMPP;
 - un CAMSP;
 - un Hôpital de jour.

⁵⁷ Pour aller plus loin sur le sujet de la coordination des accompagnements avec les professionnels de CHRS dans le cadre des placements, consulter la recommandation : Anesm. *Repérage et accompagnement des situations de rupture dans les parcours des personnes relevant de l'inclusion sociale*. Saint-Denis : Anesm, 2015.

- ▾ Adapter les modalités d'accueil aux besoins spécifiques du mineur/jeune majeur handicapé et/ou présentant une pathologie chronique, et notamment par :
 - une sensibilisation des professionnels à la pathologie ou au handicap du mineur/jeune majeur pour une adaptation de leurs pratiques à la spécificité de la pathologie ou du handicap et à la nécessité, le cas échéant, de l'élaboration du PAI par l'établissement scolaire;
 - une acquisition de matériel et un repérage des besoins de prestations (pour l'administration de traitements spécifiques par exemple);
 - une organisation de l'environnement (accessibilité de l'établissement/service et de ses principaux équipements).
- ▾ En accord avec le juge ou le Président du conseil départemental, différer si nécessaire la date de l'accueil du mineur/jeune majeur handicapé et/ou atteint de maladie chronique pour sécuriser et optimiser les conditions de son arrivée.

2 INFORMER DÈS LE PREMIER ACCUEIL LES MINEURS/JEUNES MAJEURS ET LES PARENTS SUR LES DROITS LIÉS À LA SANTÉ ET SUR L'ORGANISATION MISE EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE POUR EN FACILITER L'EXERCICE

L'obligation d'informer le mineur/jeune majeur et les parents est applicable à tout usager du système de santé. Elle conditionne l'implication du mineur/jeune majeur dans les décisions à prendre concernant sa santé ainsi que les parents quand leur enfant est mineur.

L'information, délivrée de façon adaptée à l'âge et à la situation du mineur/jeune majeur, concerne autant les droits liés à la santé que les modalités de leur mise en œuvre au sein de l'établissement/service.

Enjeux et effets attendus

- Le mineur et ses parents comme le jeune majeur et/ou ses parents savent que la santé constitue un axe de la mesure éducative.
- La perception de sécurité du mineur/jeune majeur et sa participation en tant qu'acteur de sa santé sont favorisées par la connaissance de ses droits.
- Les parents perçoivent que leur place est respectée et leur rôle sollicité dans la prise en compte de la santé de leur enfant.

RECOMMANDATIONS

- ▾ Expliquer ou rappeler au mineur et à ses parents le cadre juridique relatif aux droits des mineurs concernant la santé et l'accès à la prévention et aux soins, et notamment :
 - le droit de protection sociale du mineur;
 - le respect de l'autorité parentale des deux parents pour ce qui concerne la santé du mineur y compris dans les cas de séparation des parents (articles 371-1, 372-2 et 373-3 du Code civil);

- le droit pour le mineur d'être informé et d'être associé à toute décision qui le concerne (article 371-1 du Code civil, articles L. 1111-2 alinéa 5 du Code de la santé publique) ;
- l'autonomie du mineur dans l'accès aux soins (article L. 1111-4 al 6 et L. 1111-5 du Code de la santé publique) ;
- le droit du mineur au secret des informations concernant sa santé (article L. 1110-4 du Code de la santé publique) particulièrement pour ce qui concerne la contraception (article L. 5134-1 alinéa 1 et 2 du Code de la santé publique) et l'interruption volontaire de grossesse (article L. 2212-7 du Code de la santé publique) ;
- l'autonomie de décision des établissements d'accueil au regard des soins usuels dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative.

POINT DE VIGILANCE

La jurisprudence définit les soins usuels comme étant des actes médicaux sans gravité, notamment : les soins obligatoires (comme certaines vaccinations) ; des soins courants (blessures superficielles, infections bénignes, soins dentaires courants...) ; des soins habituels (maladies infantiles ordinaires) ; la poursuite d'un traitement d'une maladie récurrente.⁵⁸

Dans le cadre de mesures avec hébergement, la surveillance de la santé des mineurs est assurée par le service gardien (ASE ou PJJ) et le plus souvent par l'établissement d'accueil. La mise en œuvre des soins usuels peut dans ce cadre être assurée par l'établissement, sans autorisation préalable des parents ; mais autant que possible en lien avec eux.

Dans le cadre de l'assistance éducative, le juge peut exceptionnellement autoriser l'établissement/service, quand l'intérêt du mineur le justifie, à accomplir un acte non usuel sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale (Article 375-7 du Code civil).

- ↳ Expliquer aux parents comment l'établissement/service organise le suivi de la santé des mineurs/jeunes majeurs, en informant notamment :
 - de la présence dans ou pour l'établissement/service d'un professionnel de santé (médical/paramédical) ;
 - des liens existants avec un/des médecin(s) généraliste(s) ou spécialisé(s), extérieur(s) à l'établissement/service ;
 - du rôle de chacun de ces professionnels au regard de l'organisation retenue ;
 - du cadre strict du secret médical dans lequel la santé du mineur/jeune majeur est prise en compte ;
 - de la transmission au service de l'ASE de tous les éléments relatifs à la santé à la fin de la mesure.

⁵⁸ Ministère de la santé et des sports. *Admission d'un mineur dans un établissement de santé. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé*. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009.

ILLUSTRATION

Dans une structure rassemblant une pouponnière, une MECS, un service de visite médiatisée et un accueil de jour, le premier entretien concernant la santé des mineurs est systématiquement mené par une puéricultrice attachée au service de la pouponnière. Cette professionnelle de santé a pu analyser que « son implication et sa compétence médicale rassurent les parents; elle fait tiers entre les éducateurs et les parents dans ce premier entretien, et diminue la perception de dissymétrie ressentie par les parents ».

La présence de la puéricultrice lors de l'entretien aide les professionnels de l'établissement à savoir quelles informations recueillir, plus spécifiquement pour les mineurs de moins de 6 ans.

- ▮ Rappeler au jeune majeur, qui a pleine capacité juridique, ses droits concernant la santé :
- le droit d'être informé sur son état de santé (article L. 1111-2, sauf alinéa 5, du Code de la santé publique);
 - le droit de prendre les décisions concernant sa santé et l'obligation d'obtenir son consentement (article L. 1111-4, sauf alinéa 6, du Code de la santé publique);
 - le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant (article L. 1110-4 du Code de la santé publique);
 - le droit d'accès aux informations médicales le concernant (article L. 1111-7 du Code de la santé publique).

POINT DE VIGILANCE

Le secret médical constitue non seulement un droit pour le patient mais également un devoir pour les professionnels de santé qui y sont tenus (articles 226-13 du Code pénal⁵⁹, L. 1110-4 et R. 4127-4 du Code de la santé publique).

Il s'impose à l'ensemble des professionnels de santé et couvre toutes les informations dont ont eu à connaître ces professionnels à l'occasion de l'exercice de leur profession, qu'elles soient ou non directement communiquées par le patient.

Il s'oppose à toute divulgation aux tiers en dehors des cas de partage d'informations explicitement autorisé par la loi. Sur ce point, le Code de la santé publique (article L. 1110-4) limite le partage d'informations couvertes par le secret médical entre professionnels de santé et à la condition :

- que le patient soit dûment averti de ce partage et qu'il ait connaissance de la possibilité de s'y opposer;
- que ce partage soit commandé par la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Il convient donc de veiller à ce que tout échange d'informations relatives à la santé, entre professionnels de santé et professionnels socio-éducatifs, soit effectué pour les stricts besoins de la mission de protection du mineur/jeune majeur et avec l'accord express de ce dernier.

⁵⁹ Article 226-13 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

- ↳ Informer les parents qu'un contact pourra être régulièrement pris avec :
 - le médecin traitant de leur enfant ;
 - le service de la PMI, pour les enfants âgés de 0 à 6 ans ;
 - l'établissement dans lequel est scolarisé le mineur/jeune majeur et plus particulièrement avec le médecin scolaire, le service infirmier et/ou le service social scolaire ;
 - le professionnel référent du mineur/jeune majeur de l'établissement/service ayant accueilli le mineur/jeune majeur antérieurement, le cas échéant.
- ↳ Présenter au mineur/jeune majeur les possibilités d'accompagnement par des professionnels de santé, au regard de ses besoins ressentis et/ou identifiés. Préciser à cette occasion le champ d'action de chacun des partenaires présentés ainsi que la nécessité ou non de passer par une prescription médicale du médecin traitant (dans le cadre du parcours de soins coordonnés⁶⁰). Il peut notamment s'agir :
 - de lieux d'accueil tout public (Centres d'examen de santé, unités de soins spécialisés pour adolescents, Maisons des adolescents, Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), etc.) ;
 - de lieux proposant un accompagnement et des soins médico-psychologiques (Centres Médico-Psychologiques (CMP), Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), Maisons des adolescents, etc.) ;
 - de lieux proposant un accompagnement et des actions de prévention des questions relatives à la sexualité et à la contraception (centres de planification) ;
 - de lieux proposant des actions de prévention sensibilisation (consultations « jeunes consommateurs ») et/ou un accompagnement au soin et à la réduction des risques (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), etc.) ;
 - de Groupes d'entraide mutuelle (GEM)⁶¹ pour les majeurs ;
 - .../...
- ↳ Déterminer avec le mineur et ses parents ou avec le jeune majeur, en lien avec le médecin traitant, si l'organisation des soins et/ou de l'administration des traitements nécessite l'intervention d'un professionnel de santé.
- ↳ Lorsque le mineur/jeune majeur présente une maladie évoluant par épisodes de crises ou par accès, faire établir, dès la demande d'accueil, un protocole d'intervention décrivant :
 - les signes d'alerte ;
 - les symptômes visibles ;
 - les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité mineur/jeune majeur ;
 - le(s) médecin(s) à joindre ;

⁶⁰ Le parcours de soins coordonnés a été mis en place par la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier au médecin traitant la coordination des consultations et soins pour le suivi médical de l'assuré. Le respect du parcours des soins conditionne la prise en charge des dépenses de santé. À défaut, l'assuré supporte des pénalités financières. La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 relative à la modernisation du système de santé prévoit l'extension du parcours de soins aux enfants de moins de 16 ans.

⁶¹ La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées crée, par ses articles 4 et 11, les articles L. 114-3 et L. 114-1-1 du CASF qui prévoient le développement de « groupes d'entraide mutuelle » dans un but tant de prévention que de compensation du handicap. Les GEM sont définis dans un cahier des charges, paru en annexe de la circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

- les permanences téléphoniques accessibles et les éléments d'information à fournir aux services d'urgence pour une compréhension efficace du problème.

Ce protocole signé par le médecin prescripteur est adressé aux professionnels de santé de l'établissement/service.

- Indiquer dans une fiche individuelle de pré-admission construite à cet effet l'ensemble des besoins recensés liés à la santé. Indiquer également les facilités ou difficultés d'obtention des renseignements recherchés avec les parents ou le jeune majeur, ainsi qu'avec les partenaires. Cette fiche servira de base à l'entretien de santé prévu dans le premier accueil.

3 COMPLÉTER LA CONNAISSANCE DES ÉLÉMENTS DE SANTÉ DU MINEUR/JEUNE MAJEUR LORS DE L'ENTRETIEN D'ADMISSION

Cette deuxième phase permet de compléter les besoins de santé du mineur/jeune majeur. Phase d'approfondissement elle s'effectue à travers le premier accueil puis dans les premières semaines de la mise en œuvre de la mesure.

Elle s'articule sur des entretiens avec les parents, le mineur/jeune majeur, et au besoin avec les partenaires du mineur/jeune majeur, ainsi que sur la mise en place de bilans dans le cadre d'un parcours de santé coordonné.

Elle donne lieu à un plan d'actions de santé qui constitue le « parcours de santé ».

C'est une phase préparatoire, qui a vocation à rassembler les éléments de santé et à bâtir une vision plus globale de la santé du mineur/jeune majeur, identifier les risques et les vigilances à avoir dans son accompagnement.

Le premier accueil est un « moment clé » qui permet d'engager un processus visant à mettre en œuvre une relation de confiance avec le mineur et ses parents ou avec le jeune majeur.

Conçue de manière sécurisante, la partie consacrée à la santé nécessite d'être préparée et conduite de manière bienveillante par le professionnel de santé, intervenant dans ou pour l'établissement/service.

Dès ce premier entretien, les parents sont considérés comme des personnes ressources et actrices de la santé de leur enfant. Une même place active est conférée au mineur dans ce temps de recueil d'éléments médicaux. Quant au jeune majeur, désormais non concerné par l'autorité parentale, il est un acteur de sa santé juridiquement autonome.

Les vigilances s'exercent sur les données échangées avec la famille, et sur l'histoire de vie du mineur/jeune majeur, en complémentarité avec les éléments recueillis en amont de l'admission.

Les déterminants de santé guident le référent santé et l'équipe éducative pour commencer à organiser une vision globale de la santé du mineur/jeune majeur.

Cette deuxième phase permet aussi de repérer précocement de signes révélateurs de troubles, de pathologies, voire de handicaps, ainsi que du bien-être ou mal être du mineur/jeune majeur.

Les éléments de santé prévalents pour ces mineurs/jeunes majeurs, mis en exergue à travers les différentes études relatives à la santé des mineurs/jeunes majeurs en protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, constituent un faisceau d'attentions et d'observations qui guide le référent santé ainsi que les éducateurs qui suivent l'enfant dès la mise en œuvre de la mesure.

Enjeux et effets attendus

- Les premiers éléments de connaissance relatifs à la santé du mineur/jeune majeur sont confirmés et/ou précisés. Les éléments spécifiques concernant la santé des parents sont également évoqués.
- Les conditions de vie du mineur/jeune majeur sont considérées dans la prise en charge de sa santé pour favoriser son développement et son épanouissement.
- La place des parents est, dès l'admission, préservée, confortée ou redonnée concernant la prise en charge de la santé de leur enfant dans le cadre de la mesure. Le mineur/jeune majeur est écouté et responsabilisé sur la prise en compte de sa santé.
- Le parcours de santé est initié ou mis à jour ; il intègre ou tient compte du parcours de soins coordonnés.

RECOMMANDATIONS

- ↳ S'appuyer, pour mener cette partie de l'entretien relative à la santé du mineur/jeune majeur, sur les éléments préalablement recueillis, et sur une fiche technique de recueil des informations relatives à la santé⁶² disponible au sein de l'établissement/service ; cette fiche respectant le secret médical des éléments de santé recensés nécessaires à la mesure éducative.
- ↳ Recueillir les informations relatives aux besoins liés à la santé du mineur/jeune majeur à connaître dans l'immédiat :
 - > *auprès des parents* :
 - l'alimentation de l'enfant ;
 - ses éventuelles allergies, y compris médicamenteuses ;
 - son rythme de sommeil et pour les tout-petits les rituels d'endormissement ;
 - une éventuelle énurésie ou encoprésie ;
 - un traitement spécifique ou en cours ;
 - une problématique d'addiction.
 - > *auprès du médecin traitant et/ou des services de soins ou médico-sociaux en lien avec le mineur/jeune majeur* :
 - le traitement médicamenteux ;
 - les soins en cours ;
 - un régime alimentaire spécifique.

⁶² Pour plus de précisions sur les outils utilisés au sein de l'établissement/service, consulter les recommandations du chapitre 1.

ILLUSTRATION

Un éducateur de MECS a accueilli, en urgence et en soirée, une fratrie de 3 enfants.

Épaulé par un cadre de permanence, l'éducateur a pu recevoir la mère seule en entretien, afin de prendre connaissance d'informations prioritaires relatives à la santé des enfants : l'alimentation habituelle des enfants, les allergies de certains d'entre eux, le médecin qui les suivait. La mère a également pu évoquer dès cet accueil les problèmes de motricité de sa fille de 4 ans.

Une semaine après cet accueil en urgence, une mesure de placement de 6 mois a été prononcée par le juge. Une deuxième rencontre avec la mère a donc eu lieu, afin d'affiner les informations évoquées lors du 1^{er} accueil.

La mère a transmis le carnet de santé de chacun des enfants. Ces carnets de santé ont directement été remis au « service soins » du foyer.

↳ Proposer au mineur (selon son âge) ou au jeune majeur protégé de le voir seul au moins une partie de l'entretien et le solliciter à cette occasion directement sur sa santé, en posant des questions claires et adaptées à son âge et à sa situation :

- sur sa santé d'ordre général (« comment s'appelle le médecin que tu vois habituellement? Le vois-tu souvent? », « Y a-t-il un médicament que tu dois prendre tous les jours? », etc.);
- via des questions plus ouvertes permettant de recueillir son ressenti sur sa santé;
- en abordant la question de la consommation occasionnelle ou régulière de substances psycho actives.

Estimer à cette occasion l'intérêt que le mineur/jeune majeur porte à sa santé afin d'anticiper le type d'accompagnement qui sera à mener avec lui.

↳ Proposer aux parents que le professionnel de santé intervenant dans ou pour l'établissement/service consulte le carnet de santé afin de prendre connaissance avec les parents ou le jeune majeur des informations mentionnées et de repérer la qualité du suivi déjà mis en place, les éléments de bonne santé ainsi que des signes d'alertes tels que :

- un suivi régulier par le médecin traitant et/ou le médecin de PMI pour les enfants âgés de 0 à 6 ans;
- de nombreuses hospitalisations;
- le motif des hospitalisations;
- des rupture(s) de suivi, y compris dans le cadre des suivis d'ordre psychologique ou psychiatrique;
- des signes d'alerte observés par le médecin scolaire;
- un défaut de vaccinations obligatoires;
- .../...

↳ Inciter les parents, le cas échéant, à retrouver le carnet de santé lorsque celui-ci semble perdu. Si le carnet de santé n'est pas retrouvé, veiller à ce que les parents en fassent refaire un rapidement.

REPÈRE JURIDIQUE

Article L.2132-1 du Code de la santé publique :

« Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile.

Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant.

Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel ».

- ↳ Confirmer la validité des informations recueillies en amont de l'arrivée, concernant notamment :
 - tous les actes et traitements médicaux/paramédicaux en cours (psychomotricité, orthophonie, orthodontie, podologie etc.) ;
 - le suivi/les droits ouverts du mineur/jeune majeur handicapé ;
 - les droits de protection sociale ouverts (sécurité sociale, mutuelle, assurance).
- ↳ Prendre connaissance avec les parents et le mineur ou avec le jeune majeur des informations mentionnées dans le PAI élaboré par l'institution scolaire dans le cadre d'une pathologie chronique. Envisager une adaptation des modalités d'accueil du mineur/jeune majeur au regard du PAI.
- ↳ Assurer la confidentialité des rapports, des bilans de santé, des comptes-rendus d'hospitalisation(s) que les parents ont amenés, en expliquant que seuls les professionnels de santé sont habilités à en prendre connaissance. Transmettre ces documents sous pli confidentiel le cas échéant au médecin de l'établissement/service, au médecin de la PMI et/ou au médecin généraliste du mineur/jeune majeur.
- ↳ Évoquer lors de l'entretien avec les parents et le mineur/jeune majeur le(s) lieu(x) de vie, le contexte familial, l'état de santé et/ou un handicap des parents, les antécédents familiaux, les ressources positives pour le mineur/jeune majeur, etc.
- ↳ Repérer lors de l'entretien les signes éventuels de problèmes de santé physique ou psychique chez les parents, de problèmes de comportements ou de compréhension, de signes d'addiction, etc., qui pourraient avoir une influence sur le bien-être et le développement de leur enfant.
- ↳ Valoriser lorsqu'ils existent, les investissements et les actions positives mis en œuvre par les parents pour le bien-être de leur enfant, et ce malgré leur situation de vulnérabilité.

Pour le milieu ouvert

- ↳ Identifier les situations dans lesquelles un mineur bénéficiant d'une mesure à domicile supplée ses parents du fait de leur maladie. Accompagner les parents dans la demande d'aides complémentaires au domicile (par exemple par la venue d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), d'un Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS), d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), etc.).

4 FACILITER L'ORGANISATION DES BILANS MÉDICAUX ET DES DÉPISTAGES DANS LES PREMIERS TEMPS DE LA MESURE ÉDUCATIVE

Cette phase a pour fonction d'approfondir l'évaluation de la santé du mineur/jeune majeur, ainsi que de prévenir tout besoin de soins non identifié ou rompu, qu'il soit d'ordre physique ou psychique.

C'est une phase d'observations, de bilans médicaux, voire de dépistage de handicap ou de pathologie chronique. Elle est concomitante de l'observation générale du mineur/jeune majeur et elle concourt à l'évaluation pluridisciplinaire qui doit être faite dans les premières semaines suivant l'accueil⁶³. En milieu ouvert, cette initiation (ou relance) des démarches de soins suppose que les parents soient eux-mêmes dans cette dynamique.

Les médecins spécialisés que sont le pédiatre, le médecin PMI ou encore le pédopsychiatre ou le psychiatre ont une connaissance spécifique du développement des mineurs/jeunes majeurs et des risques d'altération de la santé de celui-ci, notamment en cas de carences éducatives, de maltraitances, de violences ou d'abus dans la petite enfance et l'enfance.

Leur intervention est complémentaire de celle du médecin généraliste qui coordonne le suivi médical du mineur/jeune majeur.

Enjeux et effets attendus

- La connaissance globale de la santé du mineur/jeune majeur est complétée par la/les visite(s) médicale(s) et des examens complémentaires.
- Le dépistage de maladies, de handicap, de maltraitances, de négligences graves ou de troubles du développement a lieu et des soins adaptés sont mis en place.
- Un repérage précoce des conduites à risque ou des addictions est effectué.

⁶³ SAMSON, B. Comment prendre en compte la santé des enfants relevant des dispositifs de la protection de l'enfance ? *Archives de Pédiatrie*, 2009, vol. 16, n° 6, pp. 904-905.

RECOMMANDATIONS

- Programmer, pour les mineurs/jeunes majeurs en hébergement, une visite médicale avec leur médecin traitant, un pédiatre ou encore un médecin de la PMI dans les 15 jours à 3 semaines après l'arrivée du mineur dans l'établissement/service.

Le délai peut être plus grand pour les jeunes majeurs (dans les premiers mois de la mesure); leur liberté de décision devant être respectée.

POINT DE VIGILANCE

Même pour un mineur, le temps de préparation au bilan ne doit pas être négligé. Il permet de s'assurer de son adhésion à la démarche en fonction de son âge et de sa situation, ce qui l'aide ainsi à ne pas subir le bilan mais à en être aussi acteur.

Dans les situations liées à des maltraitements ou des négligences et/ou si un retard de scolarité de 2 ans ou plus est constaté chez le mineur, l'orientation vers une consultation psychologique voire pédopsychiatrique revêt une importance particulière et elle nécessite d'être accompagnée tout au long de la démarche.

En veillant à ce que cet entretien ait lieu le plus rapidement possible, les professionnels des établissements et services contribuent à ce qu'une intervention précoce et/ou des soins soient mis en place. Ils participent par là même à la prévention de complications psychiques au moment de l'adolescence ou plus tard dans la vie d'adulte.

- Tenir compte de l'accompagnement médical et psychologique qui peut être apporté par l'Unité d'Accueil Médico Judiciaire (UAMJ) dans les situations de mineurs victimes de maltraitance. S'assurer de la bonne articulation entre les consultations et auditions entreprises dans le cadre de l'enquête et les démarches de soins proposées par l'établissement/service. Prioriser les examens de santé à réaliser dans le cadre de l'enquête judiciaire.

POINT DE VIGILANCE

Parce que l'enfant victime de violence est un enfant souffrant avant d'être un enfant plaignant, un traitement judiciaire spécifique à ce type de victimes s'impose aux professionnels des secteurs médical et judiciaire.

Dans ce contexte, les Unités d'accueil médico-judiciaires (UAMJ), implantées au sein des services hospitaliers, assurent un accueil spécifique des victimes d'infractions pénales en conjuguant les nécessités d'enquête et d'instruction judiciaire avec l'accompagnement médical, psychologique et social des victimes assurés par des professionnels pluridisciplinaires.

- Veiller, en amont des rendez-vous médicaux, à ce que les éléments médicaux disponibles soient mis à jour et soient à disposition du médecin, sous pli fermé, lors des rendez-vous.
- Solliciter les parents pour être présents aux bilans médicaux, sous réserve d'une disposition contraire du juge. Leur rappeler la nécessité d'être associés étroitement à la prise en charge de la santé de leur enfant, dès l'accueil et tout au long de l'accompagnement.

ILLUSTRATION

Une professionnelle évoque la situation d'un mineur accueilli dans un Centre Éducatif Fermé (CEF) et pour lequel les parents n'ont pas été associés au suivi de santé de leur enfant. Au retour du mineur en famille, la professionnelle (suivant toujours l'enfant) constate un décalage entre la perception du mineur et celle de ses parents quant à sa santé. En effet, le mineur avait investi une prise en charge et souhaitait continuer les soins engagés alors que les parents n'en voyaient pas l'intérêt. Rapidement, les parents ont perdu confiance dans le travail qui avait été réalisé, arguant que leur enfant avait été « éloigné d'eux ». Le jeune, pour sa part, a finalement abandonné tout suivi.

- Prévoir un accompagnement du mineur/jeune majeur lors de la visite médicale, par le professionnel de santé de l'établissement/service, l'éducateur référent ou l'adulte qu'il a choisi (sa personne de confiance⁶⁴) le cas échéant. Dans les situations à risque (mineurs victimes de maltraitements, parents en difficulté, mineures enceintes, etc.), systématiser cet accompagnement.
- S'assurer que les bilans de santé complémentaires prescrits à l'occasion de la visite médicale soient organisés rapidement. Il peut notamment s'agir :
 - d'un bilan avec un psychomotricien et/ou un orthophoniste (pour la mise en place ou la reprise d'un suivi selon le diagnostic) ;
 - de l'actualisation des bilans de santé dentaire, ORL, ophtalmologique, etc. ;
 - d'une rencontre avec un psychologue ;
 - d'un entretien avec un pédopsychiatre ou un psychiatre, en interne ou en externe de l'établissement/service.

POINT DE VIGILANCE

L'actualisation des bilans de santé tient compte des examens médicaux antérieurs et s'appuie sur les informations disponibles. La mise à jour du carnet de santé permet un suivi de ces examens. Il est donc utile qu'il soit systématiquement transmis lors des visites et bilans médicaux.

- S'assurer du respect de la volonté du mineur pour le choix du professionnel sollicité (psychologue, psychothérapeute, pédopsychiatre, etc.) dans le cadre d'un accompagnement psychologique thérapeutique⁶⁵.

⁶⁴ La « personne de confiance » visée ici n'est pas la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique dans le cadre d'une hospitalisation (désignation possible uniquement par les personnes majeures).

⁶⁵ Au regard de l'article L. 1100-8 alinéa 1 du Code de la santé publique, « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire ».

- ↳ Informer les parents ou le jeune majeur de la possibilité d'effectuer des examens de santé qui peuvent être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Il s'agit notamment :
 - selon les territoires, de bilans de santé effectués au sein de Centres de Prévention et Santé Publique (CPSP) ou de Centres d'Examens de Santé (CES)⁶⁶ ;
 - de séances de suivi post natal ;
 - des bilans bucco dentaires⁶⁷.

5 REPÉRER LES SIGNES RÉVÉLATEURS DE TROUBLES DANS LE DÉVELOPPEMENT, D'UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE OU D'UNE ALTÉRATION SUBSTANTIELLE D'UNE OU PLUSIEURS FONCTIONS PHYSIQUES, SENSORIELLES, MENTALES, COGNITIVES OU PSYCHIQUES ET ARTICULER LES PRISES EN CHARGE DU MINEUR/JEUNE MAJEUR DÈS LE DÉBUT DE LA MESURE

Cette phase d'observation et de repérage implique tous les professionnels accompagnant le mineur/jeune majeur dans le cadre de la mesure.

Les ressources personnelles du mineur/jeune majeur font l'objet d'observations, notamment tous les aspects cognitifs, conatifs⁶⁸, relationnels et affectifs : éveil, motricité, apprentissages, autonomie, intérêt, émotions, attachement, etc.

Son adaptabilité à la mesure éducative et les conséquences visibles de cette dernière sur son bien-être ou son mal-être sont également examinées.

Enfin la prise en compte de son état de santé ressenti par lui est primordiale et complète l'évaluation.

POINT DE VIGILANCE

Le dictionnaire Larousse médical donne la définition suivante : le développement d'un enfant correspond à « l'ensemble des phénomènes qui participent à la transformation progressive de l'être humain de la conception à l'âge adulte. Le développement relève de deux phénomènes : d'une part la croissance en poids et en taille, d'autre part la maturation, c'est-à-dire le perfectionnement des structures (dents, par exemple) et des fonctions (neuro-motrices, sexuelles). Par ailleurs, le développement se manifeste dans deux domaines : psychomoteur et physique »⁶⁹.

⁶⁶ Ces centres sont gérés soit directement par les CPAM, soit par des organismes indépendants conventionnés avec elles, sous forme d'Union de Caisses (UC-Institut inter Régional pour la Santé (UC-IRSA).

⁶⁷ L'assurance maladie propose des bilans bucco dentaires pris en charge à 100 % pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans ainsi que pour les femmes enceintes.

⁶⁸ L'adjectif conatif indique ce qui a rapport à un effort, une tendance, une volonté, une impulsion dirigée vers un passage à l'action.

⁶⁹ Définition extraite du dictionnaire *Larousse médical*.

La psychologie du développement de l'enfant a complété cette définition en apportant les connaissances du développement psychoaffectif et le développement social⁷⁰.

Certains mineurs/jeunes majeurs peuvent présenter un certain nombre de troubles du développement, dus à leur histoire prénatale et à leur contexte de vie depuis leur naissance. Les maltraitements et négligences de la part des parents ont aussi un impact sur le développement.

La **souffrance psychique** est « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles »⁷¹. L'intensité de cette souffrance, sa permanence, sa durée et/ou ses conséquences peuvent néanmoins conduire à la nécessité d'une prise en charge médico-psycho-sociale.

La Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 a, dans son article 2, créé l'article 114 du CASF qui définit le **handicap** : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

L'expression de la souffrance psychique, la manifestation de troubles dans le développement ou encore d'une altération substantielle d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques forment un « faisceau d'indices » qui doit éveiller l'attention des professionnels.

La participation des professionnels au repérage de signes d'alerte est faite en vue d'une orientation vers la consultation d'un médecin spécialiste qui posera un diagnostic. Tous les éléments de repérage réalisés par les professionnels, y compris ceux portant sur la vie quotidienne et/ou la vie en collectivité, servent ce diagnostic médical.

Enjeux et effets attendus

- La connaissance globale de la santé du mineur/jeune majeur est complétée par les observations des professionnels de l'établissement/service.
- Les signes d'un trouble du développement ou d'une altération substantielle d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques sont repérés de façon précoce.
- Les manifestations d'une souffrance psychique sont repérées de façon précoce.

⁷⁰ Pour aller plus loin confère le document d'appui.

⁷¹ Commission européenne de l'Union européenne et conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006.

RECOMMANDATIONS

Repérage précoce de signes d'alerte

- ↳ Observer dans la vie quotidienne du mineur/jeune majeur les éléments pouvant constituer des signes de souffrance psychique, de désordre émotionnel ou de troubles du développement, notamment :
 - des problèmes fonctionnels (sommeil, alimentation, troubles digestifs, migraines, malaises, etc.) ;
 - des problèmes relationnels et affectifs (refus du contact, isolement et fuite du regard, verbalisation du mal-être, effacement du mineur/jeune majeur dans le collectif, mutisme, etc.) ;
 - des problèmes comportementaux (agitation, conduites d'opposition, hyperactivité, violences contre soi ou contre les autres, conduites à risque, refus de soins et/ou inobservance du traitement, fugues, etc.) ;
 - des difficultés d'apprentissage (trouble de l'attention, difficultés cognitives, absentéisme scolaire, etc.) ;
 - des troubles de l'humeur, des troubles obsessionnels compulsifs, des crises d'angoisse, des pensées envahissantes, des idées suicidaires, etc. ;
 - des conduites addictives.
- ↳ Identifier parmi les mineurs/jeunes majeurs accueillis ceux présentant régulièrement ou occasionnellement les signes d'une consommation de substances psycho actives (excitation ou à l'inverse apathie, démarche instable, propos incohérents, etc.).
- ↳ Repérer les situations anxiogènes pour le mineur/jeune majeur qui pourraient être génératrices de difficultés supplémentaires ou de souffrance psychique pour lui. Il s'agit par exemple de l'approche d'une date d'audience, de nouveaux modes de rencontres avec ses parents, d'une rentrée scolaire, d'une visite médicale, d'un retour en famille, d'une séparation, d'une discontinuité dans les liens avec des personnes ressources pour lui, etc.

POINT DE VIGILANCE

Au-delà du repérage des signes d'alerte, la vigilance des professionnels porte également sur :

- la précocité des signes ;
- le cumul des signes ;
- l'intensité des ruptures ;
- la répétition des conduites ;
- l'inversion des attitudes sexuées (par exemple des garçons qui se scarifient et des filles qui sont violentes physiquement).

Ces critères, pris isolément ou cumulés peuvent déterminer les actions à mettre en place ainsi que l'urgence avec laquelle intervenir.

- S'appuyer si besoin sur un outil d'aide à l'observation ou au repérage précoce. Il peut s'agir :
- de grilles d'observation⁷² ;
 - de listes d'indicateurs relatifs à la santé⁷³ ;
 - de guides thématiques de repérage, tels que sur les consommations addictives⁷⁴, la souffrance psychique ou les troubles du développement⁷⁵, ou encore la crise suicidaire⁷⁶.

POINT DE VIGILANCE

Ces outils guident les professionnels dans les éléments à repérer et les aident à objectiver ces éléments identifiés. Il convient de décider en équipe du ou des outil(s) à utiliser et de former l'ensemble des professionnels aux modalités de leur utilisation.

Les outils peuvent également aider les professionnels dans la transcription écrite de ce qui a été observé.

Ils n'ont pas vocation à permettre aux professionnels des établissements/services de poser des diagnostics médicaux.

ILLUSTRATION

Pour le recueil d'informations sur la santé perçue par les enfants en bas âge (classe maternelle ou primaire), certains professionnels utilisent le questionnaire AUQUEI qui est un questionnaire d'auto-évaluation sur la qualité de vie.

Exemple d'un item relatif à la santé :

Il y a des jours où tu vas bien, il y a des jours où tu es malade, quand tu penses à ta santé, dis comment tu es ?

Il est demandé à l'enfant de colorier les cases qui correspondent à sa réponse.



⁷² Par exemple, le « *Guide d'évaluation des capacités parentales* » est le résultat de nombreuses adaptations du guide de STEINHAEUER (1996). Il aide à structurer l'analyse de la situation par les professionnels en examinant les principales dimensions à considérer dans l'évaluation des capacités parentales. Il aide à identifier les forces et les faiblesses, et à cibler les zones d'intervention devant être prioritaires. La partie 2 de ce guide est consacrée à la santé et au développement de l'enfant, la partie 3 traite des relations parents-enfants et notamment des liens d'attachement. Centre de jeunesse de Montréal Institut universitaire. *Guide d'évaluation des capacités parentales au CJM-IU basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans)*. 4^e éd. Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2014. 47 p.

⁷³ Pour une aide au repérage précoce des troubles du développement dès les premiers mois de l'enfant, l'Anecamp a par exemple publié la grille « *Agir tôt* », consultable sur : <<http://anecamp.org/>>

⁷⁴ Inpes. *Repérage précoce de l'usage nocif de Cannabis*. Saint-Denis : Inpes, 2007. Coll. Repères pour votre pratique. Consultable sur : <<http://www.inpes.sante.fr/>>
OFDT, Fédération Addiction. *Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique du cannabis chez les adolescents*. Paris : OFDT, Fédération Addiction, 2013. Consultable sur : <www.federationaddiction.fr/>

⁷⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'Éducation nationale, Fédération française de psychiatrie. *Souffrance psychique et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'Éducation nationale*. Paris : Ministère des Affaires sociales, 2014. Consultable sur : <<http://www.sante.gouv.fr/>>

⁷⁶ ANAES, Fédération française de psychiatrie, DGS. (Conférence de consensus, 19-20/10/2000, Paris). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : Anaes, 2000. Consultable sur : <<http://www.has-sante.fr/>>

- ↳ Solliciter les compétences de professionnels médico-sociaux spécialisés des centres référents (Centre d'Action Médico Social Précoce⁷⁷, Centre Médico Psychologique, Centre Médico Psycho Pédagogique, Maison des Adolescents, etc.) pour une aide au repérage des troubles dans le développement, d'une souffrance psychique ou d'un handicap :
 - en ayant informé les parents ou le jeune majeur et recueilli leur (son) accord ;
 - en privilégiant les rencontres avec le mineur/jeune majeur sur son lieu de vie.

Analyse des signes d'alerte et transmission de l'information

- ↳ Tenir compte de toutes les observations effectuées quels que soient les professionnels : en interne (médicaux, paramédicaux, éducatifs, administratifs, techniques) intervenant de jour comme de nuit, et en externe (scolaires notamment).
- ↳ Échanger avec le mineur/jeune majeur sur ses comportements observés au quotidien (ceux habituels mais aussi ceux inhabituels) en :
 - s'interrogeant sur le sens éventuel de ces comportements/attitudes (Que peuvent-ils signifier?, Sont-ils d'apparition récente?, Ont-ils déjà été évoqués avec un médecin ou un psychologue?, etc.);
 - les replaçant dans leur contexte (Pourquoi apparaissent-ils à ce moment/à cette fréquence?, Quel(s) peu(ven)t-être le(s) éléments déclencheurs, etc.);
 - informant le mineur/jeune majeur sur les possibilités d'échanges d'informations sur ce qui a été repéré avec l'encadrement et/ou le reste de l'équipe, dans son intérêt et dans le respect des règles du secret professionnel.
- ↳ Prévoir un temps et un lieu d'échanges interprofessionnels et notamment avec des professionnels santé pour le partage, dans le cadre du partage d'informations à caractère secret, des signes d'alerte observés et/ou transmis par les parents ou par tout professionnel en lien avec le mineur/jeune majeur.

POINT DE VIGILANCE

La question du partage d'informations à caractère secret demeurant un sujet sensible, il convient d'institutionnaliser en amont les espaces et les modalités d'échanges, en précisant notamment quels types d'informations nécessitent un partage.

- ↳ Transmettre au professionnel de santé intervenant dans ou pour l'établissement/service (infirmier, médecin, etc.), ainsi qu'au médecin traitant du mineur/jeune majeur, les informations relatives à ce qui est observé dans le quotidien du mineur/jeune majeur. Informer également le juge ou le président du conseil départemental par le biais d'un rapport d'information ou si la situation le nécessite en rédigeant une information préoccupante.

⁷⁷ Consulter sur ce point la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)*. Saint-Denis : Anesm, 2015. p 20.

Organisation des prises en charge

- ↳ Solliciter le médecin traitant du mineur/jeune majeur afin qu'il propose, dans le cadre du parcours coordonné des soins, l'intervention de professionnels de santé spécialisés notamment pour :
 - envisager l'organisation d'examen complémentaires pour l'éventuel diagnostic d'une pathologie physique dont le besoin de prise en charge peut être sous-estimé ;
 - évaluer la nécessité d'un suivi psychologique du mineur/jeune majeur.
- ↳ Veiller, particulièrement dans les cas de maltraitances ou de carences éducatives graves, à ce que l'orientation vers un suivi psychologique soit effective.

POINT DE VIGILANCE

Des troubles importants du comportement peuvent amener les professionnels socio-éducatifs à sous-estimer la présence d'une pathologie physique, qui peut pourtant générer ou aggraver les troubles psychiques. L'orientation précoce vers ces professionnels de santé, pour un examen complémentaire et un diagnostic, limite les incidences négatives sur la santé de l'enfant.

- ↳ En lien avec le médecin traitant, veiller à ce que les examens complémentaires sollicités et les visites chez des médecins spécialistes soient effectués et que les résultats lui soient transmis.
- ↳ Solliciter le médecin psychiatre qui suit l'enfant si des signes d'aggravation de l'état de santé psychique du mineur/jeune majeur sont observés.
- ↳ Anticiper, lorsqu'une hospitalisation en lien avec la pathologie du mineur/jeune majeur doit avoir lieu, les modalités de cette dernière. Cette préparation se fait avec le mineur et ses parents, ou avec le jeune majeur. Elle consiste notamment à :
 - organiser les déplacements en amont et en sortie d'hospitalisation (qui amène le mineur/jeune majeur à l'hôpital ? qui va le chercher ?) ;
 - solliciter le mineur/jeune majeur sur ses souhaits lors de l'hospitalisation (veut-il des visites de la part des professionnels ? de ses pairs ? à quelle fréquence ?, etc.) ;
 - s'assurer qu'une coopération aura lieu avant, pendant et après l'hospitalisation entre le médecin traitant, les services hospitaliers et le cas échéant les professionnels de santé accompagnant le mineur/jeune majeur.
- ↳ Proposer aux parents de solliciter les partenaires médico-sociaux et les dispositifs existant sur le territoire lorsque des difficultés de développement ou des troubles sont repérés. Proposer et accompagner les parents s'ils le souhaitent à l'occasion du premier entretien.

POINT DE VIGILANCE

Le recours à des professionnels spécialisés, notamment du secteur du handicap, peut favoriser une meilleure acceptation du handicap par le mineur/jeune majeur et par les parents et ainsi favoriser l'émergence d'un projet plus adapté et la mobilisation des parents.

- ↘ Proposer aux parents une aide à la constitution du dossier auprès de la MDPH et en informer le juge et/ou le prescripteur de la mesure.
- ↘ En collaboration avec les parents, prendre contact avec les établissements médico-sociaux mentionnés au sein de la notification par la MDPH et organiser avec eux l'articulation des accompagnements⁷⁸.
- ↘ Suivre l'évolution des besoins du mineur/jeune majeur, notamment en :
 - s'assurant régulièrement que les accompagnements préconisés par la MDPH sont toujours effectifs et qu'ils répondent toujours aux besoins du mineur/jeune majeur ;
 - évaluant avec lui ses ressentis sur l'articulation des accompagnements mis en place ;
 - recherchant avec lui et ses parents d'autres aménagements/accompagnements à solliciter ;
 - sollicitant les observations de l'infirmier et/ou du médecin scolaire et des professionnels médico-sociaux.
- ↘ Étudier en équipe pluridisciplinaire et interinstitutionnelle :
 - les troubles repérés et leurs modalités de prise en charge, en lien notamment avec l'Éducation nationale dans le cadre d'un soutien aux apprentissages scolaires ;
 - la pertinence du maintien du mineur/jeune majeur dans l'établissement/service et envisager les possibilités d'une orientation plus adaptée (par exemple vers un IME, une famille d'accueil spécialisée, etc.) et/ou d'une meilleure articulation des prises en charge (par exemple avec un ITEP).

Le cas échéant, élaborer une argumentation et proposer au juge ou au président du conseil départemental une orientation plus adaptée à l'intérêt supérieur du mineur/jeune majeur.

Si le mineur/jeune majeur a une ou plusieurs addictions

- ↘ Aborder avec le mineur/jeune majeur, le sujet des addictions dans un espace confidentiel et adapté. Évoquer avec lui les difficultés repérées et les questions qu'elles soulèvent, en respectant ses freins et ses peurs.
- ↘ Faciliter le dialogue sans rechercher un « aveu » et respecter le mineur/jeune majeur dans ses silences.

⁷⁸ Concernant l'autisme et les troubles envahissants du développement, consulter les recommandations de bonnes pratiques : Anesm, HAS. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Saint-Denis : Anesm, HAS, 2012.

- Établir une relation de confiance avec le mineur/jeune majeur (en privilégiant des attitudes de discrétion, d'empathie, d'écoute) et lui présenter des éléments de la réalité (risques pour sa santé, sanctions encourues, impacts sur le collectif, etc.) sans moralisation, jugement ou conflit.
- Proposer une aide adaptée à la situation du mineur/jeune majeur, à son âge ainsi qu'à son développement. Lui présenter les possibilités d'accompagnement par des professionnels spécialisés dans les questions liées aux addictions.
- Respecter le refus d'une aide par le mineur/jeune majeur et savoir passer le relais en faisant appel, avec l'accord du mineur/jeune majeur, autant que de besoin aux ressources internes et externes, notamment à des professionnels spécialisés dans le domaine des addictions.

Lui demander s'il accepte que ses parents soient mis au courant.

L'essentiel

ORGANISER LE RECUEIL DES BESOINS LIÉS À LA SANTÉ DU MINEUR/JEUNE MAJEUR EN AMONT DE L'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE ET EXAMINER LA POSSIBILITÉ DE CETTE ADMISSION

- En prenant contact avec les parents ou le jeune majeur, dès la notification de la mesure.
- En identifiant, avec l'aide du professionnel de santé intervenant dans ou pour l'établissement/service, les troubles et les signes connus témoignant d'une pathologie chronique, d'un handicap ou d'un problème de santé nécessitant un traitement, un régime alimentaire ou des soins médicaux spécifiques.
- En identifiant au sein des documents disponibles et au regard des contacts pris, les éléments apportant des informations sur l'environnement familial du mineur/jeune majeur et pouvant avoir un impact sur sa santé.
- En anticipant l'organisation d'une prise en charge coordonnée avec les services sociaux et médico-sociaux accompagnant les parents.

INFORMER DÈS LE PREMIER ACCUEIL LES MINEURS/JEUNES MAJEURS ET LES PARENTS SUR LES DROITS LIÉS À LA SANTÉ ET SUR L'ORGANISATION MISE EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE POUR EN FACILITER L'EXERCICE

- En expliquant ou rappelant au mineur et à ses parents le cadre juridique relatif aux droits des mineurs concernant la santé et l'accès à la prévention et aux soins.
- En expliquant aux parents comment l'établissement/service organise le suivi de la santé des mineurs/jeunes majeurs.
- En rappelant au jeune majeur qui a pleine capacité juridique, ses droits concernant la santé.
- En informant les parents qu'un contact pourra être régulièrement pris avec les professionnels de santé suivant leur enfant (médecin traitant, service de PMI...).
- En présentant au mineur/jeune majeur les possibilités d'accompagnement par des professionnels de santé, au regard de ses besoins ressentis et/ou identifiés.
- En déterminant avec le mineur et ses parents ou avec le jeune majeur, en lien avec le médecin traitant, si l'organisation des soins et/ou de l'administration des traitements nécessite l'intervention d'un professionnel de santé.
- Lorsque le mineur/jeune majeur présente une maladie évoluant par épisodes de crises ou par accès, en faisant établir, dès la demande d'accueil, un protocole d'intervention spécifique, signé par le médecin prescripteur et adressé aux professionnels de santé de l'établissement/service.
- En indiquant dans une fiche individuelle de pré-admission l'ensemble des besoins recensés liés à la santé.





COMPLÉTER LA CONNAISSANCE DES ÉLÉMENTS DE SANTÉ DU MINEUR/JEUNE MAJEUR LORS DE L'ENTRETIEN D'ADMISSION

- En s'appuyant sur les éléments préalablement recueillis, et sur une fiche technique de recueil des informations relatives à la santé disponible au sein de l'établissement/service.
- En recueillant les informations relatives aux besoins liés à la santé du mineur/jeune majeur à connaître dans l'immédiat.
- En proposant au mineur (selon son âge) ou au jeune majeur protégé de le voir seul au moins une partie de l'entretien. En estimant à cette occasion l'intérêt que le mineur/jeune majeur porte à sa santé.
- En proposant aux parents que le professionnel de santé intervenant dans ou pour l'établissement/service consulte le carnet de santé.
- En incitant les parents, le cas échéant, à retrouver le carnet de santé lorsque celui semble perdu. Si le carnet de santé n'est pas retrouvé, veiller à ce que les parents en fassent refaire un rapidement.
- En confirmant la validité des informations recueillies en amont de l'arrivée.
- En prenant connaissance avec les parents et le mineur ou avec le jeune majeur des informations mentionnées dans le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) élaboré par l'institution scolaire dans le cadre d'une pathologie chronique. En envisageant une adaptation des modalités d'accueil du mineur/jeune majeur au regard du PAI.
- En assurant la confidentialité des rapports, des bilans de santé, des comptes-rendus d'hospitalisation(s) que les parents ont amenés, en expliquant que seuls les professionnels de santé sont habilités à en prendre connaissance.
- En évoquant lors de l'entretien avec les parents et le mineur/jeune majeur le(s) lieu(x) de vie, le contexte familial, l'état de santé et/ou un handicap des parents, les antécédents familiaux, les ressources positives pour le mineur/jeune majeur, etc.
- En repérant lors de l'entretien les signes éventuels de problèmes de santé physique ou psychique chez les parents qui pourraient avoir une influence sur le bien-être et le développement de leur enfant.
- En valorisant lorsqu'ils existent, les investissements et les actions positives mis en œuvre par les parents pour le bien-être de leur enfant.





FACILITER L'ORGANISATION DES BILANS MÉDICAUX ET DES DÉPISTAGES DANS LES PREMIERS TEMPS DE LA MESURE ÉDUCATIVE

- En programmant, pour les mineurs/jeunes majeurs en hébergement, une visite médicale avec leur médecin traitant, un pédiatre ou encore un médecin de la PMI dans les 15 jours à 3 semaines après l'arrivée.
- En tenant compte de l'accompagnement médical et psychologique qui peut être apporté par l'Unité d'Accueil Médico Judiciaire dans les situations de mineurs victimes de maltraitance.
- En veillant, en amont des rendez-vous médicaux, à ce que les éléments médicaux disponibles soient mis à jour et soient à disposition du médecin.
- En sollicitant les parents pour être présents aux bilans médicaux, sous réserve d'une disposition contraire du juge.
- En prévoyant un accompagnement du mineur/jeune majeur lors de la visite médicale, par le professionnel de santé de l'établissement/service, l'éducateur référent ou l'adulte qu'il a choisi le cas échéant.
- En s'assurant que les bilans de santé complémentaires prescrits à l'occasion de la visite médicale soient organisés rapidement.
- En s'assurant du respect de la volonté du mineur pour le choix du professionnel sollicité dans le cadre d'un accompagnement psychologique thérapeutique.
- En informant les parents ou le jeune majeur de la possibilité d'effectuer des examens de santé qui peuvent être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

REPÉRER LES SIGNES RÉVÉLATEURS DE TROUBLES DANS LE DÉVELOPPEMENT, D'UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE OU D'UNE ALTÉRATION SUBSTANTIELLE D'UNE OU PLUSIEURS FONCTIONS PHYSIQUES, SENSORIELLES, MENTALES, COGNITIVES OU PSYCHIQUES ET ARTICULER LES PRISES EN CHARGE DU MINEUR/JEUNE MAJEUR DÈS LE DÉBUT DE LA MESURE

Par la réalisation d'un repérage précoce de signes d'alerte

- En observant dans la vie quotidienne du mineur/jeune majeur les éléments pouvant constituer des signes de souffrance psychique, de troubles du développement...
- En identifiant parmi les mineurs/jeunes majeurs accueillis ceux présentant régulièrement ou occasionnellement les signes d'une consommation de substances psychoactives.
- En s'appuyant si besoin sur un outil d'aide à l'observation ou au repérage précoce.
- En sollicitant les compétences de professionnels médico-sociaux spécialisés des centres référents pour une aide au repérage des troubles dans le développement, d'une souffrance psychique ou d'un handicap.





Par l'analyse des signes d'alerte et la transmission de l'information

- En tenant compte de toutes les observations effectuées quels que soient les professionnels.
- En échangeant avec le mineur/jeune majeur sur ses comportements observés au quotidien (ceux habituels mais aussi ceux inhabituels).
- En prévoyant un temps et un lieu d'échanges interprofessionnels des signes d'alerte.
- En transmettant au professionnel de santé intervenant dans ou pour l'établissement/service, au médecin traitant du mineur/jeune majeur, au juge ou au président du conseil départemental, les informations observées dans le quotidien du mineur/jeune majeur. En rédigeant une information préoccupante.

Par l'organisation des prises en charge

- En sollicitant le médecin traitant du mineur/jeune majeur afin qu'il propose l'intervention de professionnels de santé spécialisés. En veillant avec lui à ce que les examens complémentaires sollicités et les visites chez des médecins spécialistes soient effectués et que les résultats lui soient transmis. En veillant à ce que l'orientation vers un suivi psychologique soit effective.
- En sollicitant le médecin psychiatre qui suit l'enfant si des signes d'aggravation de l'état de santé psychique du mineur/jeune majeur sont observés.
- En anticipant, lorsqu'une hospitalisation en lien avec la pathologie du mineur/jeune majeur doit avoir lieu, les modalités de cette dernière.
- En proposant aux parents de solliciter les partenaires médico-sociaux et les dispositifs existants sur le territoire lorsque des difficultés de développement ou des troubles sont repérés. En leur proposant de les accompagner au premier entretien et/ou une aide à la constitution du dossier auprès de la MDPH et en informant le juge et/ou le prescripteur de la mesure. En collaborant avec eux, dans l'articulation des accompagnements.
- En suivant l'évolution des besoins du mineur/jeune majeur et la pertinence du maintien du mineur/jeune majeur dans l'établissement/le service; en évoquant les possibilités d'orientation plus adaptée en équipe pluridisciplinaire et interinstitutionnelle.

L'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ
DU MINEUR/JEUNE MAJEUR TOUT
AU LONG DE LA MESURE

Cet accompagnement à la santé se construit avec le mineur/jeune majeur, les parents et tous les professionnels de l'établissement/service. Il concourt à la qualité de vie du mineur/jeune majeur, tout au long de la mesure et assure une meilleure prise en compte de sa santé en vue de son bien-être et de son autonomie future.

Tenant compte des étapes du développement du mineur/jeune majeur, l'accompagnement à la santé est un enjeu de la mesure éducative. Il est non seulement un témoin, mais aussi un facteur de réussite de cette dernière. En effet, sans un minimum de santé et de bien-être, il est difficile pour les mineurs/jeunes majeurs d'investir le quotidien et de se projeter dans l'avenir.

Si l'accès aux soins et les actions de prévention primaire sont indispensables, elles ne constituent pas à elles seules la bonne santé d'une personne.

Les compétences psycho sociales et les aptitudes individuelles sollicitées et développées chez le mineur/jeune majeur constituent l'autre facette d'un projet de santé, et s'inscrivent pleinement dans le parcours de santé de ce dernier.

La mesure éducative, qu'elle soit en milieu ouvert ou d'hébergement introduit ce volet santé et y concourt autant que possible avec les parents.

L'accompagnement à la santé prend ainsi en compte :

- tous les éléments du parcours de santé du mineur/jeune majeur (recours aux soins, bilans, suivi...);
- les facteurs de risques identifiés et les réponses éducatives, sociales et/ou thérapeutiques prévues dans l'accompagnement du mineur/jeune majeur en protection de l'enfance et de l'enfance délinquante;
- le repérage de risques émergeant au cours de la mesure, et les adaptations nécessaires mises en place;
- le développement des compétences psycho sociales du mineur/jeune majeur en fonction de son âge et de son développement;
- la sollicitation des ressources parentales et de l'environnement du mineur/jeune majeur;
- l'évaluation de sa santé tout au long de la mesure.

1 INTÉGRER LA SANTÉ DANS LE DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE (DIPC) ET DANS LE PROJET PERSONNALISÉ, EN COHÉRENCE AVEC LE PROJET POUR L'ENFANT (PPE)

Afin d'assurer la coordination des différents professionnels et institutions chargés du suivi d'un mineur et de garantir la cohérence et la continuité des interventions mises en œuvre, la Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a prévu que chaque mineur pris en charge par l'ASE bénéficie d'un projet individualisé, intitulé « projet pour l'enfant » (PPE)⁷⁹.

La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a pour sa part instauré le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (DIPC)⁸⁰.

REPÈRE JURIDIQUE

Au regard des articles L.311-4 et D.311 II à IX du Code de l'action sociale et des familles, le DIPC est établi lors de l'admission et signé par le directeur de l'établissement ou par une personne désignée par l'organisme ou la personne gestionnaire de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil. Il peut être contresigné par les parents du mineur ou par le jeune majeur, à qui le document est remis au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission. La participation des parents du mineur, ou du jeune majeur et si nécessaire de ses parents, est obligatoirement requise pour l'établissement du document, à peine de nullité de celui-ci. Le document individuel mentionne le nom des personnes participant à son élaboration conjointe. L'avis du mineur doit être recueilli.

Le DIPC comporte :

- la définition avec les parents du mineur, ou le jeune majeur, des objectifs de la prise en charge ;
- la mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du document dans l'attente d'un avenant.

Chaque année, la définition des objectifs et des prestations est réactualisée. Le DIPC peut également comporter la description des conditions de séjour et d'accueil.

Les dispositions du DIPC doivent être conformes aux termes de la mesure éducative ordonnée par l'autorité judiciaire.

Le projet personnalisé⁸¹, plus détaillé au quotidien et évolutif (attentes, objectifs, programmes, synthèse et actualisation), permet de renseigner les orientations prises dans le cadre de l'accompagnement à la santé du mineur/jeune majeur.

⁷⁹ Article L.223-1 alinéa 5 du CASF : « Les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale établissent un document intitulé « projet pour l'enfant » qui précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre. Il mentionne l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du conseil départemental et les représentants légaux du mineur ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les interventions. Il est porté à la connaissance du mineur et, pour l'application de l'article L.223-3-1, transmis au juge. »

⁸⁰ Article L.311-4 du CASF.

⁸¹ Il s'agit du projet d'accompagnement du mineur/jeune majeur au sein de l'établissement/service (à ne pas confondre avec le projet pour l'enfant, les attendus du magistrat, etc.). Pour aller plus loin sur l'élaboration du projet personnalisé, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Ces outils dynamiques, co-construits avec les parents ou le jeune majeur, et portés à la connaissance du mineur, contribuent à rendre visible et cohérente la prise en compte de la santé et des soins du mineur/jeune majeur dans la continuité de son parcours. Ils doivent être mis en lien les uns avec les autres et faire l'objet d'évaluations et d'actualisations régulières.

Il est enfin important de rappeler que ces documents ne sont ni un dossier médical⁸², ni un relevé de toutes les actions de soins et examens qui seront établis pour le mineur/jeune majeur.

Plus particulièrement à la période de l'adolescence, où la construction identitaire est particulièrement remaniée et peut être particulièrement fragilisée, le besoin de soins, d'éducation, d'écoute, de formation doit être repéré de façon la plus précise possible, en tenant compte de trois niveaux interdépendants :

- les besoins propres à tous les adolescents ;
- les besoins propres aux adolescents en difficulté, qui fondent la spécificité des établissements/services les accueillant ;
- les besoins singuliers de chaque adolescent, en fonction de l'âge de l'adolescent et de son développement, qui nécessitent d'être pris en compte dans les projets personnalisés.

Enjeux et effets attendus

- Le projet personnalisé est construit en intégrant un axe santé qui décline les actions d'éducation à la santé. Le volet santé est co-construit avec le mineur/jeune majeur et les parents ; l'accompagnement à la santé et au bien-être du mineur/jeune majeur est organisé en concordance avec le PPE.
- Les actions relatives à la santé, éducatives et thérapeutiques, sont également indiquées dans le DIPC.
- La nature des informations relatives à la santé à partager et les professionnels concernés sont précisés, dans le respect de la confidentialité de ces informations.
- L'accord du mineur/jeune majeur et des parents est recueilli pour la formalisation au sein du DIPC de la communication de certaines informations relatives à la santé.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Rédiger systématiquement un volet « santé, bien-être et prévention » dans le DIPC et sa déclinaison au sein du projet personnalisé du mineur/jeune majeur, même en l'absence de problématique de santé identifiée.
- ↳ Inscrire dans ce volet santé les informations médicales strictement nécessaires à la prise en charge éducative. Prévoir une partie relative à la qualité de vie (quotidienne, sociale, citoyenne) et une autre partie relative aux éléments de l'accompagnement à la santé, nécessaires au quotidien (le nom et les coordonnées des principaux interlocuteurs médicaux et paramédicaux, la nature, la fréquence et le mode d'administration du traitement, etc.) et les facteurs de risque repérés.

⁸² Les dossiers médicaux tenus par les professionnels de santé répondent à un régime juridique spécifique et précis. Leur tenue fait en outre l'objet de recommandations de la part de la Haute Autorité de santé (voir : Anaes. *Dossier du patient. Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations*. Paris : Anaes, 2003.). Les recommandations qui suivent ont donc seulement trait au dossier dit « social » de l'enfant.

Pour aller plus loin sur le sujet du dossier du mineur/jeune majeur, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance*. Saint-Denis : Anesm, 2011. p. 42 et s.

ILLUSTRATION

Les professionnels des établissements rattachés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse s'appuient sur un outil technique intitulé « Recueil d'information santé ».

Cet outil vise à faciliter le recueil et la transcription d'informations sur la santé du mineur par le service éducatif en charge de la mesure. Outre l'identité du jeune, le guide comporte les renseignements concernant la couverture sociale ou encore le médecin traitant. Les besoins de santé spécifiques et les démarches à engager sont également mentionnés, dans la mesure où de telles informations sont utiles à l'accueil et au suivi du mineur.

Il s'agit d'un support méthodologique permettant, dès l'accueil, d'aborder les besoins du jeune, de recueillir ceux exprimés par sa famille et d'inscrire ceux repérés par les professionnels.

Ce recueil d'informations santé, qui peut être renseigné en plusieurs temps, fait partie intégrante du dossier du mineur; il est consultable par les personnels intervenant dans la prise en charge éducative.

- Prévoir régulièrement un temps d'entretien avec le mineur/jeune majeur et les parents consacré à la mise à jour des éléments de santé du mineur/jeune majeur, afin notamment :
 - de prendre en compte les signes d'alerte⁸³ apparaissant dans le déroulement de la mesure et en recherchant les raisons de leur apparition avec le mineur/jeune majeur;
 - de porter une attention au bon déroulement de la scolarité du mineur/jeune majeur ou de son apprentissage professionnel;
 - de s'assurer auprès des parents que le carnet de santé est à jour (notamment lors des retours de week-end ou de vacances);
 - d'anticiper les bilans intermédiaires en fonction de la temporalité de la mesure.
- Transmettre si nécessaire au juge quand le mineur/jeune majeur bénéficie d'une mesure judiciaire ou au président du conseil départemental les informations relatives à l'évolution de l'état de santé du mineur/jeune majeur.
- Rédiger, dans le respect du secret médical, une information préoccupante transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) si l'état de santé physique et psychique du mineur/jeune majeur se dégrade et génère un risque de danger ou un danger.
- Effectuer, au regard de l'évolution des informations relatives à la santé du mineur/jeune majeur, une mise à jour régulière des amendements du DIPC et du projet personnalisé, en tenant compte des améliorations comme des dégradations de sa santé.

⁸³ Les principaux signes d'alerte à repérer ont été évoqués précédemment, au sein du chapitre 1.

- ▾ Dans le cadre de la préparation de la sortie, solliciter le médecin traitant du mineur nécessitant des soins chroniques et sortant de l'adolescence, pour l'organisation du relais dans la prise en charge médicale, entre le secteur pédiatrique pour les adolescents et la médecine pour adultes. Il s'agit notamment pour le médecin de :
 - prévenir et préparer le mineur aux changements induits par ce relais (nouveaux lieux, nouveaux interlocuteurs, etc.) ;
 - tenir compte de l'avis et répondre aux questionnements que le mineur peut avoir ;
 - impliquer les parents dans les prises de contact et démarches à effectuer ;
 - organiser le transfert en s'assurant de la coordination et de la continuité des soins.
 - .../...
- ▾ Participer à la continuité du parcours de soins du mineur en indiquant dans son DIPC et son projet personnalisé les nouveaux interlocuteurs et les éventuelles nouvelles modalités d'accompagnement médical par les services de médecine pour adultes (lieu, fréquence, déplacements pour s'y rendre, etc.).

2 ACCOMPAGNER LE MINEUR/JEUNE MAJEUR DANS L'ACCÈS AUX DROITS CONTRIBUANT À SA SANTÉ

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »⁸⁴. Il en va de même pour toute personne bénéficiant d'aide ou d'assistance dans le cadre de la protection de l'enfance et de la justice pénale des mineurs, pour le mineur isolé étranger et pour le jeune majeur.

Chaque mineur bénéficie en outre d'un accès aux soins, par le biais de la couverture sociale de ses parents. La couverture sociale universelle (CMU) est l'outil qui permet à toute personne d'avoir accès à des soins. Ainsi, l'accès aux soins passe d'abord par l'ouverture des droits des parents et un recours effectif aux dispositifs existants.

Cependant, avant l'accompagnement à la santé se pose souvent la question de l'accès aux droits, pour des familles pour lesquelles la gestion des questions administratives peut être difficile et/ou pour lesquelles le non-recours aux droits peut également relever de facteurs individuels d'ordre culturel⁸⁵.

⁸⁴ Article L.1110-1 et suivants du Code de la santé publique.

⁸⁵ WARIN, P. *Le non-recours : définition et typologies*. Saint-Martin d'Hères : ODENORE, 2010. Série « Documents de travail », n° 1.

Enjeux et effets attendus

- Les droits relatifs à la santé des mineurs/jeunes majeurs sont sollicités et effectifs.
- L'accès aux soins des mineurs/jeunes majeurs est facilité.
- La continuité du parcours de l'enfant mineur handicapé est assurée à sa majorité et ses droits sont ouverts.
- La protection sociale des parents et leur mutuelle complémentaire sont utilisées autant que possible.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Recenser les droits auxquels les parents ou le jeune majeur peuvent prétendre, et notamment ceux relatifs à leur couverture sociale (régime général de sécurité sociale, mutuelle liée à un emploi, CMU, CMU-C, Aide Complémentaire Santé, etc.). S'assurer qu'ils sont ouverts et à défaut proposer aux parents une aide à leur ouverture.
- ↳ Prendre contact le cas échéant avec les représentants légaux des parents et/ou du mineur/jeune majeur (curateur, tuteur des parents ou du jeune majeur, administrateur ad'hoc quand celui-ci est nommé) afin d'organiser l'ouverture des droits, et notamment des droits « Affection Longue Durée » (ALD) dans le cadre des pathologies chroniques.
- ↳ Orienter la mineure qui souhaite la prescription d'un contraceptif vers son médecin traitant ou le centre de planification et d'éducation familiale. Lui rappeler son droit d'accéder à la contraception sans autorisation préalable de ses parents (article L. 5134-1 du Code de la santé publique).
- ↳ En situation d'urgence (faisant suite à un rapport non protégé), proposer sans délai à la mineure une orientation vers la pharmacie, afin de solliciter la délivrance gratuite d'une contraception d'urgence. Accompagner la mineure dans cette démarche si elle le souhaite et rester à sa disposition pour évoquer le cas échéant les questionnements que la situation a pu soulever.

Pour le partenaire, lui proposer d'en échanger avec le professionnel de santé intervenant pour ou dans l'établissement, ou avec le coordonnateur santé.

Dans les situations de handicap du mineur

- ↳ Présenter aux parents les droits dont bénéficierait leur enfant dans le cadre d'une reconnaissance des restrictions de sa participation liées à sa déficience (possibilité d'accueil en établissements spécifiques, sollicitation de services adaptés, allocations, etc.) et les démarches à entreprendre pour les faire reconnaître (interlocuteurs, délais, etc.).
- ↳ Aider les parents à renseigner le dossier pour la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et étudier avec eux les droits induits par le handicap de leur enfant.
- ↳ Accompagner les parents dans leurs recours liés à l'obtention d'une notification de la CDAPH (réunion des acteurs concernés, saisine du dispositif d'alerte et de traitement des « situations critiques », etc.).

- ↘ Si l'intérêt supérieur de l'enfant le nécessite, informer les parents de la possibilité de saisine du Défenseur des droits⁸⁶ par eux-mêmes (ou à défaut, par l'établissement/service). Les aider, si nécessaire, dans la constitution des dossiers.

Pour les mineures accueillies en centre maternel

- ↘ Veiller à ce que les droits CAF soient sollicités et notamment ceux relatifs au « RSA parent isolé ».

Pour les jeunes approchant de la majorité et/ou les jeunes majeurs

- ↘ Anticiper, à l'approche du passage à la majorité, les mises à jour administratives nécessaires, notamment pour les droits à la couverture maladie universelle.
- ↘ Évaluer avec le mineur proche de sa majorité, et ses parents selon la situation, l'opportunité d'une demande de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) au moment du passage à la majorité. Lui expliquer les enjeux d'une mesure de protection de façon adaptée à sa compréhension. Solliciter si besoin l'aide de professionnels ressources et notamment ceux des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs.
- ↘ Assurer la mise à jour des droits du jeune majeur à la sécurité sociale :
 - quand le mineur a été placé jusqu'à ses 18 ans, opérer le glissement de la CMU prise par les services de l'ASE vers l'ouverture d'un compte au nom du jeune devenu majeur ;
 - si le jeune majeur bénéficiait de(s) mesure(s) de milieu ouvert en tant que mineur, l'accompagner dans les démarches en vue de l'obtention de la CMU, tant pour la couverture sociale de base que pour l'aide complémentaire.
- ↘ Solliciter les dispositifs de l'aide financière du conseil départemental pour permettre au jeune majeur de souscrire un contrat auprès d'une mutuelle quand celui-ci ne peut pas prétendre à la prise en charge par la CMU complémentaire.

Pour les mineurs isolés étrangers

- ↘ Instruire avec le mineur et le cas échéant avec l'administrateur ad'hoc, et si nécessaire un interprète professionnel, une demande de sécurité sociale (CMU ou AME selon la situation)⁸⁷.

⁸⁶ « Le Défenseur des droits peut être saisi par toute personne qui invoque la protection des droits d'un enfant ou une situation mettant en cause son intérêt, qu'il s'agisse de l'enfant lui-même ou son représentant légal, un membre de sa famille, un service médical ou social ou une association de défense des droits de l'enfant » (Source : site internet du Défenseur des droits)

⁸⁷ Pour plus de précisions concernant l'accompagnement des mineurs isolés étrangers, consulter le guide : InfoMIE. *L'accompagnement des mineurs isolés étrangers - informer, orienter, protéger*. Paris : InfoMIE, 2013. Consultable sur : < <http://infomie.net/>>

3 IMPLIQUER LES PARENTS ET FAVORISER LA MOBILISATION DU MINEUR/JEUNE MAJEUR DE FAÇON ADAPTÉE À SON ÂGE ET À SA SITUATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE SA SANTÉ

Les professionnels ont un rôle de protection du mineur/jeune majeur ; ils ont aussi un rôle d'appui et d'accompagnement des parents dans leur implication à l'occasion de la mise en œuvre de la mesure, en tant que premiers acteurs de la santé de leur enfant⁸⁸.

Cette « double attention » peut apparaître difficile à mettre en œuvre pour les professionnels. Cette apparente contradiction peut les mettre en difficulté et les conduire à ne pas solliciter les parents, ou à les disqualifier de leur rôle dans la prise en charge de la santé du mineur.

Pourtant, « *dignité et reconnaissance des parents d'enfants placés sont à inclure dans [les] pratiques désormais. Passer d'une logique de séparation à une logique de coopération implique une multitude de pratiques* »⁸⁹. En ce sens, l'implication des parents dans les démarches liées à la santé de leur enfant et dans leur rôle éducatif (qu'ils s'approprient ou se réapproprient), peut être un indicateur de réussite de la mesure.

En milieu ouvert, l'environnement reste celui du domicile familial. L'approche de la santé s'y exerce de manière adaptée, non intrusive, en veillant à la dignité de toutes les personnes vivant au foyer du mineur/jeune majeur, et au respect de leur intimité.

L'action éducative de santé vise également la participation du mineur/jeune majeur à sa santé et s'appuie sur des méthodes de pédagogie active, collective ou individualisée.

La participation implique de manière active les mineurs/jeunes majeurs dans les processus de décision et les projets les concernant. Elle apparaît comme un moyen et un objectif de la promotion de la santé⁹⁰.

L'expression et la participation ont été consacrées comme droit fondamental dans l'article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant⁹¹. Elles favorisent son développement à travers une plus grande maturité.

Le droit de participation des personnes accueillies est, à titre plus général, inscrit dans la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et repris dans la Charte des droits et des libertés des personnes accueillies (arrêté du 8 septembre 2003).

L'Anesm a proposé un cadre d'appui théorique à la pratique de l'expression et la participation du mineur/jeune majeur, et des parents, en distinguant quatre niveaux que sont l'expression et la communication, la consultation, la concertation et la codécision.⁹²

⁸⁸ Article 374-7 du Code civil. « *Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. Ils ne peuvent, pendant la durée de cette mesure, émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants* ».

⁸⁹ ONED, La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. *Journée d'étude*, 2013.

⁹⁰ RYAN, M., LEAH, D. *The health and wellbeing of looked after children and young people: a brief review of strengths and weaknesses in service provision from inspection and review data*. Report C2. London : SCIE, NICE, 2008.

⁹¹ Article 12, alinéa 1 de la CIDE : « *Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.* »

⁹² Pour aller plus loin sur ce sujet de l'expression et la participation dans le champ de l'enfance, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : Anesm. *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

Enjeux et effets attendus

- Les aptitudes individuelles du mineur/jeune majeur sont développées et soutenues. Son autonomie est favorisée dans la prise en charge de sa santé en fonction de son âge et de sa situation.
- Les professionnels tiennent compte des spécificités de compréhension et d'expression des enfants handicapés.
- Les parents sont associés aux démarches liées à la santé de leur enfant.
- L'interaction parent-enfant est autant que possible recherchée dans la prise en charge de la santé du mineur.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Accompagner le mineur/jeune majeur de manière adaptée à son âge et à sa situation personnelle en l'aidant notamment à :
 - exprimer ses ressentis sur son bien-être/mal-être et sur sa santé, et s'interroger lui-même en fonction de sa maturité ;
 - repérer ses propres besoins ;
 - identifier ses propres ressources pour agir ;
 - définir des priorités et devenir acteur de l'organisation relative à la prise en charge de sa santé.

ILLUSTRATIONS

Un centre maternel donne en début d'année, à chaque résidente, un agenda sur lequel l'ensemble des rendez-vous et consultations (pour elle comme pour le bébé) doit être mentionné.

Il est demandé aux jeunes femmes de tenir à jour cet agenda et de le présenter lors des entretiens avec l'équipe éducative et paramédicale du centre. Une aide à la tenue de cet agenda peut être proposée.

Un service d'appartements pour jeunes majeurs s'appuie sur un guide départemental intitulé « Entrer dans la vie d'adulte » pour mobiliser les jeunes accueillis sur la prise en charge de leur santé. Les professionnels personnalisent l'utilisation de ce guide, en veillant à ce que soient inscrites dans les dernières pages du guide les adresses utiles au jeune, notamment celles des lieux de santé.

- ↳ Utiliser des outils de communication adaptés à l'âge, au degré de compréhension voire au handicap du mineur/jeune majeur.
- ↳ Soutenir le jeune (adolescent/jeune majeur) à l'occasion de ses prises de rendez-vous, le relancer si nécessaire et lui proposer un accompagnement physique *a minima* pour la première rencontre.

- ↳ Valoriser les partages d'expérience(s) entre pairs⁹³ (parents et mineurs/jeunes majeurs) dès lors que ces derniers favorisent l'implication du mineur/jeune majeur pour sa santé et/ou les soins à mettre en œuvre.

ILLUSTRATION

Un centre maternel a constaté que certaines jeunes femmes, au départ réticentes à toute démarche de préparation à l'accouchement et plus largement à toute sollicitation des soins périnataux, y ont finalement eu recours après avoir échangé avec leurs pairs.

Les professionnels veillent alors à ce que les jeunes femmes accueillies aient des temps de rencontres et d'échanges significatifs (prises de repas partagées, activités collectives, etc.)

- ↳ Favoriser la place active des parents de tous petits et de jeunes enfants dans les démarches relatives à la santé de leur enfant ainsi que dans les soins en encourageant notamment :
 - les prises de rendez-vous médicaux et paramédicaux, notamment auprès de la PMI dans le cadre du suivi post-natal ;
 - leur présence dans les visites médicales ou paramédicales ;
 - leur participation quand c'est possible.

ILLUSTRATION

Dans une pouponnière, les parents sont invités à réaliser, avec un professionnel, la pesée mensuelle de leur bébé. L'équipe favorise ainsi autant que possible le maintien des interactions parents/enfants, au travers des différents actes de la vie quotidienne.

- ↳ Anticiper la présence d'un professionnel avec les parents aux consultations, si cela s'avère nécessaire ; la prévoir systématiquement quand il y a eu maltraitances de leur part sur leur enfant.
- ↳ Transmettre un compte-rendu écrit aux parents, ou selon les cas prévoir une restitution orale⁹⁴ lorsqu'un professionnel accompagne seul le mineur à une consultation médicale.
- ↳ Informer en temps réel les parents de tous les actes relatifs à la santé, qu'ils relèvent de soins usuels ou d'un examen de santé préventif.
- ↳ Recueillir le consentement écrit des parents pour les vaccinations, la mise en place d'un traitement non usuel externe ou hospitalier, une intervention chirurgicale et les actes liés. En cas d'impossibilité de les joindre ou en cas d'opposition aux soins de leur part, si la santé du mineur est menacée, solliciter la décision de l'ASE ou inviter le médecin de l'établissement de santé à saisir le ministère public.

⁹³ DICKSON, K., SUTCLIFFE, K., GOUGH, D., et al. *Improving the emotional and behavioural health of looked after children and young people*. London: Centre for Excellence and Outcomes in Children and Young People's Services, 2000. pp. 1-120.

⁹⁴ Consulter sur ce point la recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Anesm. *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

POINT DE VIGILANCE

Hormis pour les actes usuels, tout acte médical pour l'enfant nécessite la signature de ses parents. Cette disposition exclut toute autorisation signée des deux parents par anticipation et toute signature par la structure en lieu et place des parents⁹⁵.

Dans les situations de pathologie chronique ou de handicap

- ↳ Évoquer avec le mineur/jeune majeur son degré d'autonomie dans les soins relatifs à sa maladie ou de son handicap, notamment sur :
 - l'organisation de sa vie quotidienne au regard de sa pathologie ou de son handicap (vis-à-vis de la vie en collectivité, de sa scolarité, des activités de loisirs auxquelles il veut et peut participer, etc.);
 - son autonomie dans l'observance des soins et des traitements (capacité à se rendre seul aux consultations, capacité à prendre seul son traitement, etc.).

POINT DE VIGILANCE

Certains mineurs ont une réelle connaissance de leur pathologie et du cadre de leur traitement. Le rôle des professionnels de l'établissement/service est alors de trouver l'équilibre entre la responsabilisation de celui-ci vis-à-vis de sa pathologie/son traitement et sa protection/soutien dans les actes liés à la maladie.

- ↳ Déterminer avec le mineur/jeune majeur et les parents un cadre sécurisant de prise du traitement médicamenteux, notamment via :
 - une préparation du pilulier par un professionnel de santé;
 - un protocole personnalisé de prise du traitement (heure, lieu, etc.);
 - l'évaluation du besoin d'aide à la prise du médicament.

ILLUSTRATION

Dans un établissement, la prise des médicaments est considérée comme un temps symbolique qui doit être repéré par les enfants et les adolescents. Ainsi, une pièce a été dédiée à cet effet; les mineurs peuvent y prendre eux-mêmes leurs médicaments, en présence d'un éducateur.

- ↳ Solliciter, en l'absence de professionnel de santé dans l'établissement/service, le médecin traitant du mineur/jeune majeur qui déterminera le mode de prise d'un traitement médicamenteux (nécessitant ou non l'intervention d'un professionnel infirmier).

⁹⁵ Ibid.

REPÈRE JURIDIQUE

L'article L. 313-26 du Code de l'action sociale et des familles prévoit qu' « *Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.*

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise ».

Ainsi, si le médecin estime nécessaire l'intervention d'un professionnel de santé ou si le mode de prise présente des difficultés particulières ou nécessite un apprentissage, il ne s'agit plus d'aide à la prise de médicaments mais d'administration, ce qui n'est pas autorisé aux professionnels éducatifs des établissements/services. Ces professionnels ne sont pas non plus habilités à « distribuer » les médicaments, ce qui implique la préparation de piluliers.

Il est à noter que l'aide à la prise de médicaments, modalité d'accompagnement des usagers, constitue une obligation professionnelle. Des sanctions disciplinaires, pouvant aller jusqu'au licenciement, peuvent être prononcées à l'encontre des professionnels réticents.

- S'appuyer sur un protocole de soins préalablement établi en cas d'urgence au regard de la possibilité de décompensation ou d'un épisode de crise lié à la maladie du mineur/jeune majeur.

Pour le milieu ouvert

- S'enquérir régulièrement auprès des parents et des mineurs/jeunes majeurs de la mise en œuvre effective des démarches et/ou des soins contribuant à la santé de leur enfant.
- Valoriser les actions de santé mises en œuvre spontanément par les parents et proposer un accompagnement si les parents en font la demande.
- Analyser avec les parents les raisons qui ont amené, le cas échéant, à un défaut de soins ou à des démarches non abouties. Établir conjointement une planification des démarches à effectuer.
- Transmettre à l'autorité mandatée une note d'information relatant, le cas échéant, l'absence de mobilisation des parents pour la santé de leur enfant. Informer les parents de cette note et leur évoquer l'objectif de protection de leur enfant.

Pour les mineures accueillies en centre maternel

- ↳ Mobiliser la jeune mère sur ses soins autant que sur ceux de son enfant.

POINT DE VIGILANCE

Les mineures accueillies en centre maternel ont l'autorité parentale sur leur enfant, alors même que leurs propres parents ont encore l'autorité parentale sur elles.

Il est souvent constaté une grande attention de ces jeunes sur la santé de leur enfant, au détriment parfois de leur propre santé.

Une attention portée sur leur propre santé et une responsabilisation vis-à-vis de la santé de leur enfant seront alors à développer de façon concomitante dans l'accompagnement proposé par le centre maternel.

- ↳ Organiser, si la jeune mère le souhaite, la garde de son enfant le temps des consultations et soins à mettre en œuvre pour elle.
- ↳ Privilégier autant que possible l'autonomie de la mère dans les soins qu'elle apporte à son enfant et intervenir de façon complémentaire en :
 - lui proposant systématiquement de faire ce dont elle se sent capable ;
 - lui laissant le temps d'accomplir les gestes de soins qu'elle souhaite faire même si cela est plus long ;
 - lui proposant l'aide du professionnel pour montrer, expliquer ou encore faciliter la finalisation du geste et/ou du soin.

4 ORGANISER DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ADAPTÉES À L'ÂGE ET AUX PROBLÉMATIQUES DES MINEURS/JEUNES MAJEURS ACCUEILLIS

Les actions de prévention et d'éducation à la santé rentrent pleinement dans la prise en charge de la santé globale du mineur/jeune majeur. Elles répondent aux besoins de développement de l'enfant, de l'adolescent et de la maturité du jeune adulte.

S'appuyant sur des outils adaptés, elles intègrent aussi la prévention des risques et celle des conduites addictives avec ou sans substance (addiction aux drogues, mais aussi aux jeux, jeux vidéo, internet, etc.)⁹⁶.

⁹⁶ En Loire Atlantique par exemple, l'étude réalisée pour l'ONED précise que « les comportements des jeunes vis-à-vis de l'alcool sont plus défavorables que la moyenne nationale » et que « l'expérimentation du cannabis est plus fréquente dans le département qu'au niveau national ». BACRO, F., RAMBAUD, A., HUMBERT, C., et al. *La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique*. Rapport. Paris : Oned, CREN, 2013, p 36.

Pour les mineurs/jeunes majeurs de la PJJ, le rapport de 2004 concluait sur le constat que les jeunes accueillis adoptent « plus fréquemment des consommations de psychotropes ou, plus simplement, de tabac (...) ».

CHOQUET, M., HASSLER, C., MORIN, D. *Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public) sept ans après*. Paris : La Documentation française, 2005.

L'utilisation d'un outil de prévention⁹⁷ doit permettre de travailler :

- les compétences psychosociales ;
- la mise à distance. En favorisant la prise de distance avec la problématique, il permet de réfléchir en évitant les débordements émotionnels. Par exemple, certains DVD permettent aux jeunes de parler des personnages « neutres » et ainsi à travers eux de parler d'eux-mêmes, sans s'exposer ;
- l'interactivité. Ce type d'animation est nécessaire pour permettre au public de s'approprier les messages de prévention diffusés ;
- le maintien de l'attention et la participation des acteurs ;
- l'apport de contenus ;
- le développement d'un débat ;
- l'apparition d'un sentiment de curiosité pour stimuler une envie d'approfondir la thématique.

L'efficacité des actions de prévention et d'éducation à la santé (organisées sous forme collective ou individuelle), dépend de plusieurs facteurs, tels que la prise en compte des choix thématiques faits par les mineurs/jeunes majeurs eux-mêmes et leurs parents, l'intimité des questions abordées, l'approche choisie, l'accent mis ou non sur le développement des compétences psychosociales ou encore la cohérence des messages diffusés avec l'organisation et l'environnement de la prise en charge.

Ces actions nécessitent souvent, et ce particulièrement en milieu ouvert, une construction des projets avec des partenaires extérieurs dont la compétence et les savoir-faire peuvent favoriser l'intérêt des mineurs/jeunes majeurs à leur santé. En hébergement, cette sollicitation des partenaires est une opportunité d'ouverture des professionnels et des mineurs/jeunes majeurs vers l'extérieur.

Des actions de prévention, d'information et d'éducation à la santé, ludiques et accessibles, permettent une meilleure identification par les mineurs/jeunes majeurs de leurs besoins en santé.

Ces actions s'inscrivent également dans les besoins de santé plus larges et identifiés par les organismes de santé publique, notamment pour les adolescents⁹⁸, les mineurs isolés étrangers et les jeunes majeurs.

⁹⁷ MILDT, Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère des sports. Prévention des conduites addictives et animation. Prise en compte de la prévention des conduites addictives dans les formations aux diplômes d'État des encadrants de l'animation. *Guide méthodologique à destination des organismes de formation*. Paris : MILDT, Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère des sports, 2012.

⁹⁸ Ministère de la santé et des solidarités. *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2011. 98 p. Coll. Guide pratique - Protection de l'enfance.

Enjeux et effets attendus

- Les phases de développement des enfants (petite enfance/6-12 ans/préadolescence/adolescence) et les étapes charnières sont connues des professionnels, qui en tiennent compte dans la mise en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé.
- Les mineurs/jeunes majeurs accueillis participent aux actions collectives mises en œuvre.
- Les mineurs/jeunes majeurs renforcent ou développent des potentialités et plus largement leurs compétences psychosociales afin d'améliorer leur santé et leur bien-être, éviter les conduites à risque ou addictives et favoriser le développement de leurs relations sociales⁹⁹.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Recenser les thèmes d'actions de prévention et d'éducation à la santé et au bien-être à organiser prioritairement, en s'appuyant notamment sur :
 - l'âge et les étapes de développement des mineurs/jeunes majeurs accueillis dans l'établissement/service (la puberté, les changements du corps à l'adolescence, les relations amoureuses, l'émergence du désir homo ou hétéro sexuel, le prendre soin de soi, etc.);
 - les risques identifiés au sein de l'établissement/service (consommations de substances psycho actives, conduites sexuelles à risque, actes de défis, etc.);
 - les événements que les professionnels ont eus à gérer (fugues, violences, agressions, tentatives de suicide, etc.);
 - un recueil des souhaits des mineurs/jeunes majeurs (via le CVS ou toute autre forme de participation, une boîte à idées, des dessins et symboles pour les plus jeunes, etc.).
- ↳ Rechercher des propositions de thématiques auprès des parents, dans le cadre de rencontres, par exemple sous forme de groupes de paroles ou par le biais de questionnaires pour adapter l'offre des ateliers et des actions mises en œuvre.
- ↳ Organiser des ateliers collectifs de prévention et d'éducation à la santé, accessibles aux mineurs/jeunes majeurs et/ou aux parents, notamment en :
 - proposant et diffusant une programmation d'action, par exemple associée aux événements et journées nationales de prévention ;
 - les animant en interne tout en faisant appel si nécessaire à des professionnels du secteur sanitaire ou médico-social habitués à intervenir auprès de mineurs/jeunes majeurs à co-animer ces temps d'informations (médecin, psychologue, infirmier, puéricultrice, dermatologue, nutritionniste, cuisinier, psychomotricien, jardinier, esthéticien, etc.);
 - orientant vers un réseau extérieur de proximité (PMI, IREPS, CoDES, Maison des adolescents, PAEJ, etc.).

⁹⁹ CONN, A.-M., CALAIS, C., SZILAGYI, M. et al. Youth in out-of-home care: Relation of engagement in structured group activities with social and mental health measures. *Children and Youth Services Review*: 2014, vol. 36, pp. 201-205.

ILLUSTRATION

Un foyer accueillant des adolescents fait appel à des intervenants adaptés au sujet à traiter au sein de l'atelier : un infirmier libéral pour l'animation d'un atelier sur les infections sexuellement transmissibles, un professionnel de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) pour l'animation d'une information relative aux risques des conduites addictives, etc.

Les professionnels du foyer ont choisi de ne pas assister à ces groupes, offrant ainsi aux jeunes un autre espace d'échanges et de paroles au sein duquel l'intimité est préservée.

- Adapter et diversifier les modalités des actions à organiser par le biais d'outils faisant participer les mineurs/jeunes majeurs : ateliers médiatisés d'écriture, jeux de société et jeux de rôle ou encore mises en situation sur des thèmes ayant trait aux questions d'éducation à la santé et de prévention.

ILLUSTRATION

Concernant la prévention des addictions, la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) valide régulièrement des outils de prévention utilisés par des professionnels.

Les thèmes abordés concernent par exemple l'approche globale des drogues (informer, responsabiliser, conseiller), l'éducation pour la santé (développer les compétences psychosociales), la prévention liée à l'alcool et ses incidences ou interactions, des rappels à la loi, etc.

Pour chacune de ces thématiques, les auteurs, supports, publics visés, des outils présentés sont précisés, ainsi que la mention d'une personne contact.

La liste est en accès libre sur le site internet de la MILDECA : <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/prevention/outils-de-prevention-valides-par-la-mildt/tous-les-outils-valides/>

- Écouter et accompagner les adolescents/jeunes majeurs dans leur découverte de la sexualité, en ne se centrant pas uniquement sur les risques des pratiques sexuelles et les moyens de prévention, mais en inscrivant la démarche dans une dynamique de promotion de la santé et d'épanouissement des mineurs/jeunes majeurs où l'activité sexuelle est source de plaisir, d'échange et de partage.

Lorsque le sujet est évoqué de façon individuelle, privilégier des lieux respectant l'intimité et des moments adaptés. Rassurer le mineur/jeune majeur qui se confie sur sa sexualité sur la confidentialité des échanges.

- Programmer un temps de réflexion collective avec les mineurs/jeunes majeurs, dans les jours qui suivent les interventions/ateliers portant sur le thème de la santé. Répondre à cette occasion aux questions que ces actions ont pu soulever.
- Repérer, à partir des actions collectives de prévention et d'éducation à la santé, des problématiques de santé individuelles et engager avec le mineur/jeune majeur un travail d'accompagnement vers une consultation médicale.

- ▾ Mettre à disposition des mineurs/jeunes majeurs accueillis des guides, plaquettes, supports informatiques, etc. de prévention et d'information notamment relatifs :
 - aux questions de nutrition, d'équilibre alimentaire ;
 - à l'éducation à la sexualité et à la contraception ;
 - aux infections transmissibles, et notamment celles sexuellement transmissibles ;
 - aux conduites à risque et aux conduites addictives ;
 - aux difficultés psychologiques qu'ils ressentent et/ou qu'ils expriment ;
 - à l'hygiène corporelle.

Ces outils d'information peuvent être diffusés à l'échelle nationale (par l'INPES par exemple) ou territoriale (guide établi par le conseil départemental au travers du service de la PMI, par une association locale etc.).

- ▾ Donner aux mineurs/jeunes majeurs accueillis, les coordonnées de sites internet et numéros (nationaux et locaux) d'écoute et de prévention¹⁰⁰, notamment en lien avec :
 - les questions de santé globale ;
 - la sexualité (découverte de la sexualité, contraception, IVG, homosexualité) ;
 - les addictions ;
 - la souffrance psychique ;
 - la crise suicidaire ;
 - le harcèlement et les violences.

Faciliter la sollicitation par les mineurs/jeunes majeurs de ces services d'information par une mise à disposition si nécessaire d'un téléphone ou d'un ordinateur (ayant un accès Internet limité et sécurisé), dans un lieu préservant l'intimité.

- ▾ Identifier avec les mineurs/jeunes majeurs les ajustements éventuels à effectuer au sein de l'établissement/service, pour rendre l'environnement cohérent avec les actions de prévention et d'éducation à la santé, au travers notamment :
 - de la préparation et la composition des repas ;
 - de la gestion de l'hygiène et des rythmes de vie ;
 - des espaces d'expression et de participation active à la vie collective ;
 - de l'offre d'activités ;
 - de la place et des relations qu'ils entretiennent/souhaiteraient entretenir avec leurs parents, etc.).

Pour le milieu ouvert

- ▾ Proposer des activités collectives aux mineurs/jeunes majeurs accompagnés (sorties culturelles, activités sportives, repas partagés, etc.). Faire de ces activités des temps et des lieux de réflexion de prévention et d'éducation à la santé.

¹⁰⁰ Par exemple, le « *Fil Santé Jeunes* » est un service de renseignement à destination des jeunes (12-25 ans) dans le domaine de la santé (sexualité, nutrition, contraception, drogues, mal de vivre, etc.). Il se décline sous la forme d'un accès téléphonique gratuit (0800 235 236) et d'un site Internet (<http://www.filsantejeunes.com/>). Ce service est financé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS).

ILLUSTRATION

Les éducateurs d'un service AEMO accompagnent de temps en temps des petits groupes d'adolescents au restaurant. Ce temps de partage de repas est l'occasion de parler des notions de rythme et d'équilibre alimentaire, du surpoids, etc. En situation, les éducateurs ont repéré que les jeunes adhéraient plus volontiers à cette démarche de prévention.

- Favoriser la rencontre et l'échange entre les parents d'enfants bénéficiant d'une mesure éducative, notamment au travers d'ateliers ludiques.

ILLUSTRATION

Un service mettant en œuvre des mesures d'AEMO organise une fois par mois des ateliers « jeux » au sein desquels les parents d'enfants de 1 à 5 ans peuvent venir. Ces ateliers, co-animés par un éducateur et un psychologue peuvent être l'occasion d'apprécier les relations parents-enfants ainsi que le développement moteur et cognitif des enfants. À la suite de ces ateliers, les professionnels reprennent avec les parents si nécessaire et si ces derniers le souhaitent, ce qui a pu être observé ou ressenti par chacun.

5 TENIR COMPTE DES CHOIX FAITS PAR LE MINEUR/JEUNE MAJEUR VIS-À-VIS DE SA SANTÉ ET GÉRER LES SITUATIONS DE REFUS DE SOINS OU DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

Conformément au droit commun de l'autorité parentale, toute décision relative aux soins dispensés à un mineur requiert le consentement de ses parents, hors actes de soins usuels.

Cependant, le mineur, longtemps tenu à l'écart des décisions le concernant, s'est vu reconnaître un statut particulier et de nouveaux droits concernant sa santé.

La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a ainsi consacré de nouveaux droits au mineur, notamment :

- droit de recevoir lui-même l'information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à son degré de maturité (article L. 1111-2 al 5 du Code de la santé publique¹⁰¹);
- son consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (article L. 1111-4 al 6 du Code de la santé publique¹⁰²);

¹⁰¹ Article L. 1111-2 alinéa 5 du Code de la santé publique : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »

¹⁰² Article L. 1111-4 alinéa 6 du Code de la santé publique : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

- droit général au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant (article L. 1110-4 du Code de la santé publique);
- droit de s'opposer à la consultation des parents par le médecin, afin de garder le secret sur son état de santé, avant un traitement ou une intervention (article L. 1111-5 al 1 du Code de la santé publique¹⁰³); droit de s'opposer à la communication ultérieure aux parents des informations constituées à ce sujet (article R. 1111-6 al 1 à 3 du Code de la santé publique¹⁰⁴);
- droit d'accès aux informations médicales le concernant, demande formée par les parents (article L. 1111-7 et articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du Code de la santé publique) mais le mineur peut demander que l'accès aux informations ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin (article R. 1111-6 al 4 du Code de la santé publique);
- droit pour les mineures :
 - de suivre une contraception sans recueillir l'accord de l'autorité parentale (article L. 5134-1 alinéa 1 du Code de la santé publique)¹⁰⁵,
 - droit de garder le secret d'une intervention volontaire de grossesse (IVG) vis-à-vis de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentale (article L. 2212-7 du Code de la santé publique)¹⁰⁶.

Le contexte de ruptures familiales, de conflits avec les parents, parfois exacerbés, ou au contraire l'influence parentale, l'impact de la mesure éducative sur le mineur/jeune majeur, le discernement qu'il développe, sont autant de situations à travers lesquelles le mineur/jeune majeur exerce son accord ou son refus de soins, sa volonté de tenir secrètes certaines informations médicales le concernant, sa possibilité d'accéder à certains soins sans l'accord de ses parents. Ces oppositions peuvent mettre fortement en tension les parents, les professionnels et le mineur lui-même.

¹⁰³ Article L. 1111-5 alinéa 1 du Code de la santé publique : « Par dérogation à l'article 371-2 du Code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

¹⁰⁴ Article R. 1111-6 alinéa 1 à 3 du Code de la santé publique : « La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin fait mention écrite de cette opposition. Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue. »

¹⁰⁵ Article L. 5134-1 alinéa 1 : « Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans le cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

¹⁰⁶ Article L. 2212-7 du Code de la santé publique : « Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne. Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix. Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. Nota : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie. »

Les choix du mineur doivent être pris en compte et respectés, et notamment celui de porter ou non à la connaissance de ses parents ou de ses représentants légaux les objectifs personnels de santé déclinés au sein de son DIPC.

Enjeux et effets attendus

- Les choix relatifs à sa santé faits par le mineur/jeune majeur sont pris en compte par les professionnels.
- L'intérêt supérieur du mineur est pris en compte dans le cadre du partage d'informations à caractère secret et dans le respect de ses droits médicaux.

RECOMMANDATIONS

Dans le cas d'une mineure enceinte

- ↳ Informer la mineure/jeune majeure qui se questionne quant à la poursuite ou non de la grossesse, de sa possibilité de choix. Cette information peut être coordonnée avec les partenaires tels que le service PMI du conseil départemental, le médecin généraliste, le gynécologue, le CDIFF, les associations de planification familiale, ou encore les amis et la famille dans le respect de sa volonté et en conformité avec les règles gouvernant le secret professionnel.

POINT DE VIGILANCE

La limite des 12 à 14 semaines est à considérer pour envisager une interruption volontaire de grossesse. Néanmoins, il est possible qu'une femme (un couple) ayant dépassé ces délais exprime(nt) son (leur) non-désir d'enfant. Au regard du cadre législatif français, les professionnels recherchent avec les personnes et sans jugement ni moralisation, les solutions envisageables.

- ↳ Soutenir la mineure/jeune majeure enceinte tout au long de sa grossesse, en veillant notamment à :
 - s'enquérir régulièrement du déroulement de sa grossesse et de son vécu de la situation (vis-à-vis des transformations physiques et physiologiques de son corps, de l'échéance de l'accouchement, de sa projection en tant que mère, etc.);
 - proposer à la mineure/jeune majeure enceinte de tenir un calendrier des principales échéances et démarches à effectuer dans le cadre de sa grossesse : échographies, déclaration de grossesse, etc. ;
 - articuler avec le service social de la maternité, si nécessaire, les démarches d'identification de centres maternels pouvant accueillir la jeune mère avec son enfant en sortant de maternité et proposer à la mineure/jeune majeur qui le souhaite des visites sur site.
- ↳ Orienter la mineure/jeune majeure vers des professionnels aguerris au sujet de la maternité pour un accompagnement soutenu tout au long de la grossesse.

Refus de soins du mineur/jeune majeur

- ↳ S'assurer que le mineur/jeune majeur en refus de soins/de traitement comprend les enjeux et les risques potentiels liés à son opposition, notamment en :
 - lui proposant d'en parler directement avec son médecin ou un psychologue ;
 - lui donnant la possibilité d'exprimer auprès de la personne de son choix son ressenti, ses questions, ses craintes ;
 - adaptant les modalités d'échanges à son âge et à sa situation.

POINT DE VIGILANCE

Le médecin traitant reste l'acteur privilégié et le seul à pouvoir vérifier avec le mineur qu'il a toute la connaissance appropriée des éléments de sa santé pour décider de maintenir un refus de soins ou de garder secrets les soins dont il a besoin. Le médecin doit cependant, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation des parents (article L. 1111-5 al. 1 du Code de la santé publique).

Pour le jeune majeur, qui a le droit de refuser les soins, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix (article L. 1111-4 du Code de la santé publique).

- ↳ Transmettre un rapport d'informations au juge ou une information préoccupante au président du conseil départemental, relatant de la situation de refus de soins par le mineur/jeune majeur dès lors que ce dernier met en péril le développement physique, psychologique, affectif et social du mineur/jeune majeur.

Refus de soins des parents

- ↳ Hors cas d'urgence, analyser avec les parents les processus sur lesquels s'établit leur refus quant à la mise en œuvre des soins pour leur enfant. Prendre un temps pour leur expliquer la situation, en s'assurant qu'ils comprennent les enjeux et les orienter vers le référent santé, l'infirmier ou le médecin (de l'établissement/service, de ville, etc.).
- ↳ Informer les parents, quand ils maintiennent leur refus :
 - de l'obligation de la structure de signaler à l'autorité judiciaire ou au prescripteur de la mesure leur refus de mettre en œuvre les soins pour leur enfant mineur ;
 - de la saisine du ministère public par le médecin responsable du service hospitalier lorsque la santé et la sécurité du mineur sont mises en danger, afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent¹⁰⁷.

Demande du respect du secret sur sa situation médicale...

... par le mineur/jeune majeur vis-à-vis de ses parents

- ↳ Rappeler au mineur/jeune majeur son droit à demander le secret des informations médicales vis-à-vis de ses parents, lorsqu'il l'estime nécessaire.

¹⁰⁷ Article R. 1112-35 du Code de la santé publique.

- ↳ Écouter et accompagner le mineur/jeune majeur dans sa réflexion ; lui proposer un échange avec un professionnel de santé (son médecin traitant, le médecin de l'établissement/service ou de la PMI, infirmier, un psychologue).
- ↳ Recueillir le souhait du mineur concernant la personne majeure qui devra l'accompagner dans certains de ses soins, traitement ou intervention¹⁰⁸, et/ou envisager avec lui la personne la plus à même de remplir ce rôle (personne de confiance dans son environnement, éducateur référent, référent santé de l'établissement/service, etc.)
- ↳ Établir au sein du volet santé du DIPC et du projet personnalisé, une fiche spécifiquement consacrée aux informations que le mineur/jeune majeur ne souhaite pas partager avec ses parents. Garantir la confidentialité de cette fiche en la conservant sous pli fermé.

ILLUSTRATION

Dans un établissement de placement éducatif de la PJJ, un jeune présentant des addictions à certaines substances a souhaité débiter une démarche de soins et d'accompagnement à l'arrêt de ses consommations. Le mineur n'a pas souhaité, dans un premier temps, que ses parents soient au courant ni de sa problématique, ni de sa démarche.

Les professionnels de l'établissement lui ont donc proposé d'inscrire dans le DIPC un double objectif : celui de mener à bien ses démarches de soins et celui d'arriver à aborder progressivement le sujet avec ses parents.

Un tel travail en plusieurs temps et la garantie de confidentialité ont été rassurants pour le mineur qui a pu s'investir dans ses démarches.

... par le mineur/jeune majeur vis-à-vis des professionnels de l'établissement/service

POINT DE VIGILANCE

Si un mineur/jeune majeur demande à ce que le secret soit préservé sur son état de santé, le professionnel éducatif est tenu au secret professionnel.

- ↳ Informer le mineur/jeune majeur que certaines informations relatives à sa santé dont il demande le secret pourront faire l'objet d'un partage entre certains professionnels¹⁰⁹. Lui expliquer le cadre du secret professionnel et la notion de partage réservé aux informations strictement nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance et concourant ainsi à son bien-être et sa sécurité.
- ↳ Référer au cadre de direction d'une difficulté à maintenir le secret sur la situation médicale d'un mineur/jeune majeur en ayant fait la demande afin que celui-ci sollicite un professionnel de santé (médecin traitant du mineur/jeune majeur, professionnel de santé l'établissement/service, de la PMI, etc.) pour conseil et assistance.

¹⁰⁸ Articles L. 1111-5 (traitement ou intervention), L. 5134-1 (contraception), L. 2212-7 (interruption volontaire de grossesse) du Code de la santé publique.

¹⁰⁹ Pour aller plus loin sur le sujet du partage d'informations, consulter la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm intitulée « *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* ». (Juin 2011)

L'essentiel

INTÉGRER LA SANTÉ DANS LE DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE (DIPC) ET DANS LE PROJET PERSONNALISÉ, EN COHÉRENCE AVEC LE PROJET POUR L'ENFANT (PPE)

- En rédigeant systématiquement un volet « santé, bien-être et prévention » dans le DIPC et en le déclinant au sein du projet personnalisé. Au regard de l'évolution des informations relatives à la santé du mineur/jeune majeur, en faisant une mise à jour régulière des amendements du DIPC et du projet personnalisé.
- En inscrivant dans ce volet santé les informations médicales strictement nécessaires à la prise en charge éducative.
- En prévoyant régulièrement un temps d'entretien avec le mineur/jeune majeur et les parents consacré à la mise à jour des éléments de santé du mineur/jeune majeur.
- En transmettant si nécessaire au juge quand le mineur/jeune majeur bénéficie d'une mesure judiciaire ou au président du conseil départemental les informations relatives à l'évolution de l'état de santé du mineur/jeune majeur.
- En rédigeant, dans le respect du secret médical, une information préoccupante transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) si l'état de santé physique et psychique du mineur/jeune majeur se dégrade et génère un risque de danger ou un danger.
- Dans le cadre de la préparation de la sortie, en sollicitant le médecin traitant du mineur nécessitant des soins chroniques et sortant de l'adolescence, pour l'organisation du relais dans la prise en charge médicale ; en indiquant dans son DIPC et son projet personnalisé les nouveaux interlocuteurs et les éventuelles nouvelles modalités d'accompagnement.

ACCOMPAGNER LE MINEUR/JEUNE MAJEUR DANS L'ACCÈS AUX DROITS CONTRIBUTANT À SA SANTÉ

- En recensant les droits auxquels les parents ou le jeune majeur peuvent prétendre, en s'assurant qu'ils sont ouverts et à défaut en proposant aux parents une aide à leur ouverture.
- Pour la mineure, en l'orientant si elle le souhaite, pour la prescription d'un contraceptif, vers son médecin traitant ou le centre de planification et d'éducation familiale. En situation d'urgence, en lui proposant sans délai une orientation vers la pharmacie, afin de solliciter la délivrance gratuite d'une contraception d'urgence et en l'accompagnant si elle le souhaite. En proposant au partenaire d'en échanger avec le professionnel de santé intervenant pour ou dans l'établissement, ou avec le coordonnateur santé.





IMPLIQUER LES PARENTS ET FAVORISER LA MOBILISATION DU MINEUR/JEUNE MAJEUR DE FAÇON ADAPTÉE À SON ÂGE ET À SA SITUATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE SA SANTÉ

- En accompagnant le mineur/jeune majeur de manière adaptée à son âge, à sa situation personnelle, au degré de sa compréhension, à son handicap.
- En soutenant le jeune (adolescent/jeune majeur) à l'occasion de ses prises de rendez-vous.
- En valorisant les partages d'expérience(s) entre pairs dès lors que ces derniers favorisent l'implication du mineur/jeune majeur pour sa santé.
- En favorisant la place active des parents des tous petits et des jeunes enfants dans les démarches relatives à la santé de leur enfant.
- En anticipant la présence d'un professionnel avec les parents aux consultations et en la prévoyant systématiquement quand il y a eu maltraitements de leur part sur leur enfant.
- En transmettant un compte-rendu écrit aux parents, ou en prévoyant une restitution orale lorsqu'un professionnel accompagne seul le mineur à une consultation médicale.
- En informant en temps réel les parents de tous les actes relatifs à la santé, qu'ils relèvent de soins usuels ou d'un examen de santé préventif.
- En recueillant le consentement écrit des parents pour les vaccinations, la mise en place d'un traitement non usuel externe ou hospitalier, une intervention chirurgicale et les actes liés.

ORGANISER DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ADAPTÉES À L'ÂGE ET AUX PROBLÉMATIQUES DES MINEURS/JEUNES MAJEURS ACCUEILLIS

- En recensant les thèmes d'actions de prévention et d'éducation à la santé et au bien-être à organiser prioritairement.
- En recherchant des propositions de thématiques auprès des parents, dans le cadre de rencontres pour adapter l'offre des ateliers et des actions mises en œuvre.
- En organisant des ateliers collectifs de prévention et d'éducation à la santé, accessibles aux mineurs/jeunes majeurs et/ou aux parents.
- En adaptant et diversifiant les modalités des actions à organiser par le biais d'outils faisant participer les mineurs/jeunes majeurs.
- En écoutant et accompagnant les adolescents/jeunes majeurs dans leur découverte de la sexualité, en inscrivant la démarche dans une dynamique de promotion de la santé et d'épanouissement. En rassurant le mineur/jeune majeur qui se confie sur sa sexualité sur la confidentialité des échanges.





- En programmant un temps de réflexion collective avec les mineurs/jeunes majeurs, dans les jours qui suivent les interventions/ateliers portant sur le thème de la santé. En répondant à cette occasion aux questions que ces actions ont pu soulever.
- En repérant, à partir des actions collectives de prévention et d'éducation à la santé, des problématiques de santé individuelles et en engageant avec le mineur/jeune majeur un travail d'accompagnement vers une consultation médicale.
- En mettant à disposition des mineurs/jeunes majeurs accueillis des guides, plaquettes, supports informatiques, etc. de prévention et d'information.
- En donnant aux mineurs/jeunes majeurs accueillis, les coordonnées de sites internet et numéros d'écoute et de prévention. En facilitant la sollicitation par les mineurs/jeunes majeurs de ces services d'information.
- En identifiant avec les mineurs/jeunes majeurs les ajustements éventuels à effectuer au sein de l'établissement/service, pour rendre l'environnement cohérent avec les actions de prévention et d'éducation à la santé.

TENIR COMPTE DES CHOIX FAITS PAR LE MINEUR/JEUNE MAJEUR VIS-À-VIS DE SA SANTÉ ET GÉRER LES SITUATIONS DE REFUS DE SOINS OU DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

Dans le cas d'une mineure enceinte

- En informant la mineure/jeune majeure qui se questionne quant à la poursuite ou non de la grossesse, de sa possibilité de choix.
- En soutenant la mineure/jeune majeure enceinte tout au long de sa grossesse.
- En orientant la mineure/jeune majeure vers des professionnels aguerris au sujet de la maternité pour un accompagnement soutenu tout au long de la grossesse.

Refus de soins du mineur/jeune majeur

- En s'assurant que le mineur/jeune majeur en refus de soins/de traitement comprend les enjeux et les risques potentiels liés à son opposition.
- En transmettant un rapport d'informations au juge ou une information préoccupante au président du conseil départemental, relatant de la situation de refus de soins dès lors que ce dernier met en péril le développement du mineur/jeune majeur.





Refus de soins des parents

- Hors cas d'urgence, en analysant avec les parents les processus sur lesquels s'établit leur refus quant à la mise en œuvre des soins pour le mineur.
- En informant les parents, quand ils maintiennent leur refus : de l'obligation de la structure de signaler à l'autorité judiciaire ou au prescripteur de la mesure leur refus ; de la saisine du ministère public par le médecin responsable du service hospitalier lorsque la santé et la sécurité du mineur sont mises en danger.

Demande du respect du secret sur sa situation médicale...

... par le mineur/jeune majeur vis-à-vis de ses parents

- En rappelant au mineur/jeune majeur son droit à demander le secret des informations médicales vis-à-vis de ses parents, lorsqu'il l'estime nécessaire.
- En écoutant et en accompagnant le mineur/jeune majeur dans sa réflexion ; en lui proposant un échange avec un professionnel de santé.
- En recueillant le souhait du mineur concernant la personne majeure qui devra l'accompagner dans certains de ses soins, traitement ou intervention, et/ou en envisageant avec lui la personne la plus à même de remplir ce rôle.
- En établissant au sein du volet santé du DIPC et du projet personnalisé, une fiche spécifiquement consacrée aux informations que le mineur/jeune majeur ne souhaite pas partager avec ses parents.

... par le mineur/jeune majeur vis-à-vis des professionnels de l'établissement/service

- En informant le mineur/jeune majeur que certaines informations relatives à sa santé dont il demande le secret pourront faire l'objet d'un partage entre certains professionnels et en lui expliquant le cadre du secret professionnel.
- En référant au cadre de direction d'une difficulté à maintenir le secret sur la situation médicale d'un mineur/jeune majeur en ayant fait la demande afin que celui-ci sollicite un professionnel de santé pour conseil et assistance.

CAS PRATIQUES
POUR L'APPROPRIATION
DE LA RECOMMANDATION

Ce chapitre propose des mises en situations visant à guider concrètement les professionnels dans l'appropriation des recommandations et des modalités pratiques.

Quatre situations différentes sont présentées, afin de proposer un éclairage aux professionnels dans leurs réflexions pour l'amélioration de la prise en charge de la santé des mineurs/jeunes majeurs.

Ces situations ne sont pas exhaustives et n'ont pas vocation à être modélisées ; elles reflètent cependant des situations les plus fréquemment rencontrées par l'ensemble des professionnels intervenant auprès des mineurs/jeunes majeurs.

Chacune de ces situations fait l'objet d'une « analyse » des cheminements possibles pour une prise en charge de qualité.

LILI : REPÉRAGE D'UNE SITUATION DE HANDICAP D'UN ENFANT DE 3 ANS

Contexte Initial

En 2008, suite au signalement de la travailleuse familiale qui se rendait deux fois par semaine au domicile de la famille X, celle-ci commence à bénéficier d'une mesure d'aide éducative à domicile (AED). La mesure dont l'objectif est de soutenir les parents dans la prise en charge quotidienne des enfants, révèle des carences éducatives et affectives importantes et note un manque d'éveil des quatre enfants qui serait dû, selon ses référents, à un manque de stimulation de la part des parents.

Thomas, 5 ans, l'aîné, bénéficie d'une prise en charge en IME en raison de son handicap mental. Cynthia, 4 ans et Léa, 6 mois, montrent des retards de développement peu importants.

La situation de Lili, 1 an, inquiète particulièrement ses référents. Elle présente un retard de développement et un manque d'éveil. À presque trois ans, elle ne prononce que quelques mots, ne marche pas. La propreté n'est pas acquise.

La situation des enfants justifie une demande d'accueil provisoire. En 2009, Cynthia est accueillie dans une famille d'accueil ; en 2010, Léa est également accueillie dans une famille d'accueil différente, Thomas intègre un internat, Lili est accueillie dans un lieu de vie et d'accueil.

Un travail en partenariat entre l'ASE, les parents et le lieu de vie se met en place très rapidement. Lili bénéficie d'une prise en charge au CAMSP en novembre 2010. Les parents se mobilisent, la présence d'un professionnel du lieu de vie est nécessaire pour établir le dialogue et trouver des modalités de prise en charge adaptées.

Pratiques professionnelles mises en œuvre

Lors de la phase d'accueil, les professionnels du lieu de vie observent chez Lili un retard du langage, un retard de développement psychique (moments d'absence de la petite fille) et un retard de développement moteur.

Concernant les difficultés de langage, un bilan auditif est demandé. Celui-ci indique que Lili ne souffre d'aucun problème d'audition et que ses troubles du langage sont dus à un handicap mental qui éclaire le retard de développement psychique. Aussi les professionnels prennent un rendez-vous avec le CAMSP et les parents pour qu'une prise en charge adaptée puisse se mettre en place et qu'un dossier MDPH soit instruit.

Un bilan médical est demandé pour éclairer le retard de développement moteur. Il met en avant une atrophie musculaire importante des muscles des cuisses, qui non sollicités, ne se sont pas développés. Des rendez-vous avec une kinésithérapeute puis avec une psychomotricienne sont programmés, afin d'aider Lili dans son apprentissage de la marche.

Un PPE est mis en place afin d'établir les objectifs et les modalités de la prise en charge sur le lieu de vie. L'accent est mis sur l'importance de la participation des parents dans toutes les démarches concernant la prise en charge de Lili.

À 4 ans, Lili marche seule. Son vocabulaire s'est enrichi, elle progresse dans ses relations aux autres et dans les actes de la vie quotidienne. Cette progression motive la demande de renouvellement du placement de Lili au sein du lieu de vie.

À la fin de l'année 2011, Lili intègre un IME. Les différents professionnels (ASE, lieu de vie, IME) se réunissent pour échanger sur la situation de la petite fille. À l'IME, elle bénéficie d'un suivi psychologique en petit groupe.

Mise en perspective des pratiques au regard des recommandations formulées

- L'éclatement de la fratrie n'a-t-il pas été un frein au développement des enfants ? Comment les différentes structures accueillant les enfants auraient-elles pu se coordonner pour leur aménager des espaces/moments partagés ?
- Une formation des professionnels de l'enfance à la prise en charge de la santé des mineurs, notamment à l'orientation systématique vers des professionnels de la santé, n'aurait-elle pas permis la détection plus précoce des problèmes de Lili, le refus d'amalgame entre le retard de développement de l'enfant et le manque de stimulation parentale ?
- Le PPE n'aurait-il pas pu intervenir plus tôt dans la prise en charge ?
- Quelle est la place des parents à l'IME dans l'évolution de la situation de Lili, et son projet de santé ? Comment sont-ils sollicités dans la coordination des trois services ? Dans le partage d'informations à caractère secret ?
- Comment les liens importants de l'enfant sont-ils pris en compte au sein du lieu de vie ?
- Quelles attentions particulières pour le développement de Lili et son bien-être sont mises en place (évolutions, lien d'attachement, signes liés au changement de lieu de vie, etc.) ?

DAMIEN : LES DIFFICULTÉS SCOLAIRES D'UN ENFANT

Contexte Initial

La transmission d'une information préoccupante a déclenché une mesure d'aide éducative à domicile auprès de la famille X. Les parents éprouvent en effet des difficultés au regard des troubles comportementaux de leurs trois enfants qui bénéficient d'accompagnements spécialisés.

L'accompagnement des enfants à l'école et dans les institutions spécialisées de soins est à mettre en œuvre, en particulier au regard des problèmes de santé de la mère qui verbalise des difficultés à gérer ses émotions, se dit submergée par les difficultés de ses enfants, qui manifestent une grande agitation au domicile, et que leurs parents ne parviennent pas à atténuer. Isolés, Monsieur et Madame X ont très peu de soutien tant sur le plan amical que familial.

Christophe, 8 ans, le cadet de la fratrie, présente des troubles du spectre autistique. Il est scolarisé en CLISS et est accompagné par le SESSAD (au vu de troubles du comportement importants).

Damien, dix ans, est scolarisé dans la même école que son frère. L'enfant est en classe de CM1, il est pris en charge au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Il lui est prescrit un traitement médicamenteux pour un déficit d'attention et des troubles de l'activité, identifiés.

Sabrina est scolarisée en classe de sixième. Pendant un semestre, la préadolescente bénéficie d'un suivi psychologique dans un cabinet libéral.

Une prolongation de la mesure d'aide éducative est décidée. Elle a pour objectifs d'accompagner Monsieur et Madame X dans leur rôle parental et dans leurs liens avec les institutions scolaires, de faire lien avec les lieux de prises en charge spécialisées et de préparer une orientation adaptée pour Damien.

Pratiques professionnelles mises en œuvre

Des liens téléphoniques hebdomadaires sont nécessaires entre le service d'AED, les institutions scolaires des trois enfants, le SESSAD et le CATTP, qui accompagnent respectivement Christophe et Damien. Au regard des multiples démarches à effectuer, pour le bien-être de chaque enfant, le service d'AED soutient les parents pour que chaque projet personnalisé se concrétise.

De même, pour Sabrina, plusieurs bilans sont effectués, en lien avec l'équipe éducative du collège, afin de s'assurer de la pertinence d'une orientation en SEGPA. Dans ce contexte, le service AED oriente la famille car une multitude de bilans et de liens avec l'Éducation nationale sont indispensables. Sabrina et ses parents ont des difficultés à accepter l'orientation en SEGPA et demandent à être accompagnés.

Christophe, scolarisé en CLISS est suivi par un SESSAD. Compte tenu des troubles comportementaux intensifiés ces derniers mois au domicile familial, de l'impossibilité de ses parents à le contenir et de leurs craintes de ne pouvoir éviter des situations de mises en danger, le service AED a travaillé intensivement avec le SESSAD, afin de concevoir un accompagnement spécifique adapté à Christophe. Ainsi, un internat en IME est réfléchi par l'ensemble des protagonistes. Christophe effectue une semaine d'essai concluante dans cet établissement.

Le dossier à la MDPH est en cours, le service d'AED appuie la demande pour qu'elle soit étudiée plus rapidement. Dans l'attente, en lien avec la famille, le service d'AED et le SESSAD étudient une admission en urgence qui nécessite d'autres démarches.

Enfin, en ce qui concerne Damien, le CATTP travaille avec la famille et le service d'AED afin qu'un éloignement provisoire soit réfléchi. Damien manifeste de la détresse. Les éducateurs notent une aggravation de ses troubles du comportement au domicile familial, mise en lien avec la maltraitance de sa mère à son égard et la difficulté pour elle de le sécuriser, comme elle le dit-elle même. Il est nécessaire pour l'ensemble des acteurs, dans l'intérêt de l'enfant, de l'éloigner du domicile familial. Le CATTP évoque une famille d'accueil, mais les parents de Damien refusent cette orientation. Aussi, les perspectives sont à ce jour peu nombreuses car aucun établissement ne correspond à la complexité des besoins de cet enfant qui ne relève ni de la psychiatrie, ni d'un ITEP selon le CATTP.

À ce jour, de multiples liens sont indispensables entre les différents services qui travaillent en partenariat afin d'optimiser les accompagnements et d'offrir des réponses pertinentes et pérennes. À cet effet, Madame et Monsieur X demandent à être encore accompagnés. Le service soutient la demande de la famille et élabore avec elle les objectifs suivants : poursuivre le travail d'accompagnement de Monsieur et Madame X afin que les orientations de chacun de leurs enfants se concrétisent, continuer à aider Monsieur et Madame X à concevoir et à mettre en œuvre un cadre éducatif cohérent malgré leurs divergences.

Mise en perspective des pratiques au regard des recommandations formulées

- La mesure d'AED est-elle la mesure la plus adaptée à la situation complexe de Damien ? Le cadre du domicile est-il le plus propice à la prise en compte de la parole de l'enfant ?
- Des examens auraient-ils pu être envisagés pour évaluer l'état de santé de Damien ? Des entretiens avec les parents concernant sa vie prénatale et sa petite enfance ont-ils eu lieu ? La possibilité d'un autisme a-t-elle été vérifiée ?
- Les professionnels auraient-ils pu favoriser davantage le travail sur l'interaction parent/enfant et leur place active dans l'élaboration des projets pour leurs enfants ? N'aurait-il pas été possible d'organiser des rencontres avec d'autres parents, ou toute autre forme de soutien à la parentalité, en dehors du domicile, afin d'endiguer leur sentiment d'isolement ?
- La mise en lien et l'articulation des multiples acteurs n'aurait-elle pas pu faire l'objet d'une planification des démarches afin de rendre plus lisible le rôle et l'action des intervenants aux mineurs et à leurs parents ?
- Le repérage de maltraitances sur Damien n'aurait-il pas pu se faire plus en amont, notamment par la prise de contact avec le médecin traitant, dès la première mesure ?
- Comment les différents acteurs se sont-ils transmis les informations, dans le souci du secret professionnel, afin d'éclairer de manière cohérente les prises de décisions éducatives ?
- Comment l'accompagnement du mal-être de Damien est-il envisagé dans l'attente de son orientation ? Quelle place a été donnée à sa parole, et sur sa santé perçue ?

ALAIN : UN ADOLESCENT ARRIVE EN URGENCE DANS LE CADRE D'UNE MESURE ÉDUCATIVE PÉNALE

Contexte Initial

Alain a 16 ans et demi lorsqu'il est mis en examen pour des faits de vols aggravés. Il n'est pas scolarisé. Suite aux faits délictueux, le magistrat décide de le placer, dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, dans un Établissement de Placement Éducatif et d'Insertion (EPEI), pour une durée de 6 mois.

Dès les premiers temps du placement, les éducateurs notent une consommation de substances psycho actives massive. Alain consomme 5 à 6 joints de cannabis par jour. Il reconnaît qu'il est consommateur et explique qu'il était sous l'emprise du cannabis pendant les vols. Cependant, il ne fait pas le lien avec sa consommation addictive. Quand les adultes évoquent avec lui cette éventualité, il ne la reconnaît pas.

Les éducateurs remarquent qu'il est tantôt abattu, tantôt agressif lorsqu'il n'a pas fumé. Il n'a aucun appétit et montre des tendances anorexiques. Il est capable, lorsque l'angoisse survient et que le manque le submerge, de se scarifier, de menacer les professionnels, de s'alcooliser ou de fuguer pour trouver du cannabis. Il accumule d'ailleurs des dettes envers certains de ses camarades pour financer sa consommation. Il se sert du cannabis comme moyen de socialisation envers les autres mineurs placés.

Pratiques professionnelles mises en œuvre

Dès la semaine d'accueil, la situation d'Alain est présentée en réunion pédagogique pluridisciplinaire. Les premiers éléments d'observation concernant la santé d'Alain sont exposés. Dans les 15 jours suivant l'accueil, les éducateurs référents établissent le DIPC, lors d'un entretien avec le mineur et ses parents. Ils proposent l'objectif de l'intervention éducative suivant : « *faire un bilan général et complet sur son état de santé* ».

À cet effet, son binôme d'éducateurs référents établit avec le mineur un Recueil d'Information Santé (RIS). Ils mentionnent, sans culpabiliser Alain, l'importance de sa consommation et évoquent les leviers possibles pour l'accompagner dans un processus de sevrage, laissant un délai de réflexion à Alain. Ils l'informent également des conséquences encourues par ses consommations, sur le plan des sanctions internes à l'établissement et judiciaires pénales.

Ses éducateurs prennent également un rendez-vous pour Alain avec la Conseillère Technique Santé (CTS) de la Direction Territoriale. Lors de ce rendez-vous, Alain auto-évalue sa consommation de cannabis. La CTS lui explique les effets de cette consommation et lui remet plusieurs brochures. Il rencontre parallèlement la psychologue de l'établissement (rendez-vous systématiquement prévu dans le cadre du protocole d'accueil de l'EPEI) qui préconise une orientation vers le Centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes (CASSAJA). Alain se rend au premier rendez-vous mais refuse de continuer le suivi.

Comme chaque enfant de l'EPEI, il bénéficie d'un bilan de santé à la CPAM (dans le cadre d'une convention partenariale signée entre l'EPEI et la CPAM). Il est accompagné par un éducateur et la CTS. Ce bilan met en avant son état de fatigue et de stress important.

L'ensemble des éléments relatifs à la santé d'Alain est recueilli dans le classeur santé du mineur, sur lequel les éducateurs s'appuient pour élaborer des stratégies éducatives. Ainsi, ils décident de mettre en perspective la passion d'Alain pour la mécanique et son envie de faire un stage dans ce domaine, avec les dangers que peuvent représenter les consommations massives dans ce domaine professionnel. Ils aident Alain dans sa recherche de stage qui se concrétise ; mais Alain se fait renvoyer car il arrive en retard, présentant des signes de consommation, d'après son employeur.

Cependant Alain progresse peu à peu dans la prise de conscience de son addiction. Aussi, les éducateurs lui proposent un contrat de sevrage et un soutien pour une nouvelle recherche de stage. Un avenant au DIPC est réalisé, Alain se fixant pour objectif de diminuer sa consommation. Des bilans hebdomadaires sur le déroulement du stage sont réalisés et les éducateurs se relaient chaque soir pour passer un moment individuel avec Alain afin qu'il verbalise ses angoisses plutôt que de consommer du cannabis. Alain est admis en CAP et décroche un apprentissage.

À l'issue de la prise en charge, Alain n'a pas stoppé sa consommation. L'équipe apprend qu'il est renvoyé de son lieu d'apprentissage pour ses retards et absences.

Mise en perspective des pratiques au regard des recommandations formulées

- Dans le cadre de l'accueil d'urgence, les éléments de l'histoire du mineur n'auraient-ils pas pu être mieux recueillis et évalués, notamment par la prise en compte de la parole de ses parents ? Comment, dans les semaines qui ont suivi, les besoins d'informations supplémentaires et la place des parents dans la santé de leur enfant, y compris de son addiction, auraient pu être envisagés ?
- Les éléments relatifs à la santé du mineur et le bilan de santé n'auraient-ils pas été interprétés par les professionnels sous le prisme unique de la consommation de cannabis ? Sur quel professionnel de santé les éducateurs auraient-ils pu s'appuyer pour éviter la multiplicité des acteurs et favoriser la mise en place d'une stratégie globale, articulée et cohérente ?
- Les personnels éducatifs cités, en tant qu'ils sont bien des acteurs de santé, ont-ils été suffisamment formés aux problématiques des consommations de produits psycho actifs et des addictions pour être en mesure de repérer les signes d'alerte d'une possible souffrance psychique ?
- Comment la parole du mineur sur son refus d'addiction a-t-elle été prise en compte dans son projet de soin ?
- A-t-il eu le choix des orientations thérapeutiques et du médecin (médecin traitant, psychiatre...) avec lequel aurait pu être envisagé un sevrage ou d'autres options ?
- La prise en compte de la santé du jeune a-t-elle été suffisamment globale, explorée dans toutes les dimensions, y compris les dimensions physiques (sommeil...) et psychiques (peurs, angoisses, scarifications, stress, aspects dépressifs...)?

ELSA : SOUFFRANCE PSYCHIQUE D'UNE ENFANT CONFIEE

Contexte Initial

Elsa est placée dans un foyer départemental depuis quatre ans, après un suivi AEMO débuté lorsqu'elle avait deux ans. Elle a maintenant douze ans. Les éducateurs sont inquiets car ils ont la sensation de ne plus arriver à la « tenir » alors que cette jeune fille se montrait proche, docile et infantile il y a encore quelques mois. Elsa manifestait fréquemment des peurs, particulièrement la nuit; elle était cependant facilement rassurée par la présence des professionnels en qui elle montrait une grande confiance.

Le bilan de son premier trimestre de rentrée de sixième fait état de mauvaises notes et de bagarres au sein de l'établissement scolaire. Depuis les vacances de Noël, au sein du foyer, elle se met en danger et a même mis en danger d'autres adolescentes du foyer. En début d'année nouvelle, les éducateurs observent une dégradation des comportements d'Elsa : elle fugue à plusieurs reprises, entraîne avec elle d'autres jeunes filles plus jeunes qu'elle, montre des signes évidents d'ébriété. Son éducateur référent découvre qu'Elsa accumule des habits et sacs neufs, de marque. Quand l'éducateur en informe sa maman, celle-ci ne sait pas expliquer ces changements.

La situation se dégrade de mois en mois : comportements d'opposition, parfois violents, dans des contextes de frustrations assez ordinaires, épisode de scarification, refus d'aller à l'école et chez sa maman en week-end mensuel organisé.

Elsa refuse de rencontrer la psychologue du service, avec qui elle parlait pourtant facilement et régulièrement les années précédentes. Elle s'oppose à venir consulter dans le centre médico-psychologique, car elle ne « veut pas finir à l'hôpital, sous cachets, comme son ami Romain ».

Pratiques professionnelles mises en œuvre

Les éducateurs sollicitent la Maison des Adolescents avec laquelle ils ont l'habitude de travailler. Ils souhaitent une hospitalisation pour Elsa. Une synthèse est organisée dans les jours qui suivent, en présence de ses référents ASE, de l'équipe du foyer, de l'AS scolaire et de l'infirmière du CMP du secteur. À l'issue de la réunion interdisciplinaire, est décidée la passation d'un bilan psychologique et d'un bilan pédagogique afin de se prononcer sur l'opportunité d'une hospitalisation suite à cette période de bilan.

Plusieurs rencontres sont programmées en présence de l'infirmière du CMP, de l'éducatrice référente, de la maman afin de réaliser les différents bilans. Les bilans et entretiens mettent en évidence un retard intellectuel léger, dysharmonique, une anxiété sévère et une très faible estime de soi.

Des somnifères sont prescrits pendant trois semaines pour rétablir un cycle du sommeil. Plusieurs suivis sont également mis en place : psychologique (individuel et mère-fille), psychopédagogique, orthophonique et pédopsychiatrique.

Au bout de trois mois la situation, bien que jalonnée de périodes de crise, s'apaise légèrement. Des réunions de synthèse au CMP ont lieu tous les trois mois en présence de tous les acteurs. À l'issue, un compte rendu est envoyé à la mère et au juge pour enfant.

Une scolarité adaptée, possiblement associée avec un SESSAD d'ITEP, est envisagée pour la rentrée suivante avec un maintien du suivi médico-psychiatrique.

Mise en perspective des pratiques au regard des recommandations formulées

- Les peurs fréquentes d'Elsa n'auraient-elles pas pu être repérées en tant que symptôme d'une possible souffrance psychique ?
- Le refus soudain des visites à domicile ne suggèrait-il pas des modifications de son environnement à prendre en compte dans l'analyse de sa situation ?
- Les raisons du placement n'éclairaient-elles pas les troubles d'Elsa au sortir de la période de latence et n'auraient-elles pas dû motiver un bilan psychologique anticipé ?
- Un bilan scolaire n'aurait-il pas pu être envisagé sans attendre le passage en sixième ? L'échec scolaire ne serait-il pas en lien avec l'accentuation des problèmes psychologiques d'Elsa (dégradation de l'estime d'elle-même) ?
- Les visites à domicile n'auraient-elles pas pu faire l'objet d'une présence ou d'une attention accrue des professionnels afin de détecter les modifications dans l'environnement familial d'Elsa ?
- Comment poursuivre, au-delà de la période de crise, la bonne articulation et mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de la situation d'Elsa et prévenir toute aggravation de son parcours institutionnel ?

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DES MINEURS/JEUNES MAJEURS DANS LES ÉTABLISSEMENTS/SERVICES

ORGANISATION À PRIVILÉGIER PAR L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE

- Politique de **promotion de la santé portée par le projet associatif**
- **Volet santé** au sein du **projet d'établissement/service**
- Identification **des acteurs de santé** et **relations de partenariats** formalisées
- **Formation ciblée** et **soutien des professionnels**
- **Protocoles et procédures de travail** connus des professionnels
- **Évaluation** régulière des actions menées
- Identification de l'**évolution des besoins en santé des mineurs/jeunes majeurs** et **facilitation de l'accès aux soins de santé**
- Organisation **d'actions de prévention et d'éducation à la santé** pour et avec les mineurs/jeunes majeurs, adaptées à leurs besoins

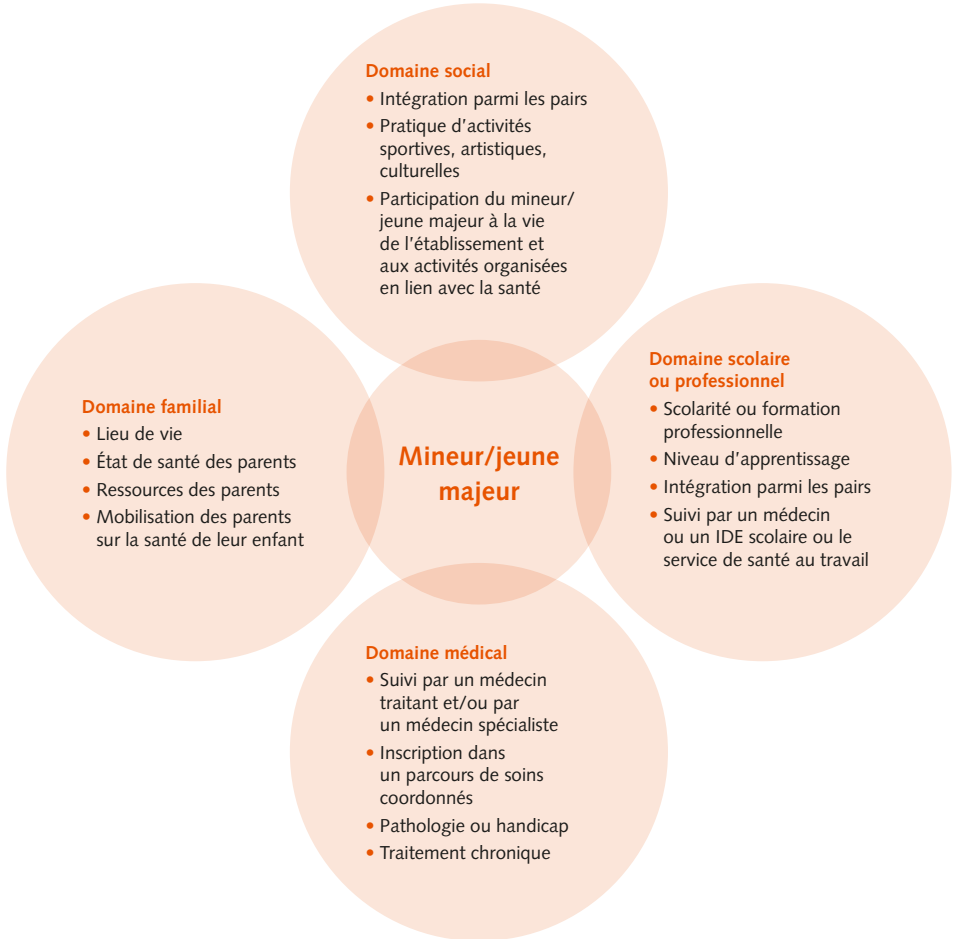
BONNES PRATIQUES À METTRE EN ŒUVRE PAR LES PROFESSIONNELS

- **Évaluation des besoins** liés à la santé
- **Repérage précoce** d'un **trouble du développement**, d'une **souffrance psychique** ou d'un **handicap**
- **Adaptation de l'accompagnement** et **organisation des prises en charge multiples**
- **Coordination** avec le **médecin traitant**
- **Implication des parents** dans la prise en compte de la santé
- **Transmission** des informations nécessaires à la **continuité des accompagnements et/ou des soins** lors des transitions, et de la préparation de la sortie

EFFETS ATTENDUS POUR LES MINEURS/JEUNES MAJEURS

- **Amélioration** de la **santé** et du **bien-être**
- **Connaissance** de ses **droits**
- **Développement** des aptitudes individuelles et des **compétences psycho sociales**
- **savoir « prendre soin » de soi**
- **Continuité** du **parcours de santé**

LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE* DE LA SANTÉ DES MINEURS/JEUNES MAJEURS



* Les éléments de contexte de la santé des mineurs/jeunes majeurs sont les déterminants sociaux de la santé

Annexe 1

METTRE EN ŒUVRE UNE ÉVALUATION DES ACTIVITÉS ET DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS

Questionnements évaluatifs

Comment évaluer les pratiques professionnelles visant à prendre en compte la santé physique et psychique dans les établissements/services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives ?¹¹⁰

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles constituent un support pour le dialogue et pour la prise de décision, destiné à une mise en œuvre ajustée selon les besoins des mineurs/jeunes majeurs accompagnés et le contexte de chaque établissement/service.

Les pratiques professionnelles présentées constituent des points d'appui et des repères pour chaque établissement/service. Elles sont destinées à une déclinaison adaptée selon :

- les caractéristiques des mineurs/jeunes majeurs accompagnés ;
- le cadre d'intervention de la structure (modes d'accueil, types de mesures conduisant à l'accompagnement, etc.) ;
- les moyens humains disponibles en interne (composition de l'équipe, dont les professionnels de santé disponibles au sein de l'équipe) et les ressources (partenaires) mobilisables sur le territoire.
- les valeurs de l'organisme gestionnaire et la manière dont est portée institutionnellement la prise en compte de la santé ;
- les orientations des politiques départementales en la matière.

L'appropriation des recommandations par les professionnels s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, c'est-à-dire de façon progressive et organisée.

Différentes questions peuvent permettre un état des lieux et un repérage des points forts, des éléments qui interrogent les pratiques actuelles et de ceux qui permettraient le cas échéant de les améliorer. Il s'agit par exemple :

↳ Concernant les éléments d'organisation

- Le projet d'établissement ou de service dispose-t-il d'un volet santé ?
- Des outils, procédures et protocoles sont-ils déclinés de façon concrète et opérationnelle au sein de l'établissement/service ? Une évaluation de leur utilisation a-t-elle déjà eu lieu ?
- Existe-t-il des modalités de travail en équipe spécifiques à la santé, y compris lors de la gestion de situations de crise et/ou d'urgence médicale ? Si oui, sont-elles connues des professionnels, des mineurs/jeunes majeurs et/ou de leurs représentants ?

¹¹⁰ Voir également les fiches repères intégrées au sein de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « *Évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015)* ».

- Quels sont les partenariats mis en place avec les acteurs de santé? Quelles sont les modalités de travail ou les outils mis en place pour favoriser les partenariats nécessaires à la prise en charge de la santé des mineurs/jeunes majeurs?
- Quelle est la part des mineurs jeunes majeurs bénéficiant d'un suivi auprès d'un service de psychiatrie infanto juvénile?
- Quelle est la part de mineurs/jeunes majeurs ayant un handicap reconnu par la CDAPH? Quelle est la part de mineurs/jeunes majeurs scolarisés dans un établissement spécialisé?
- Comment les professionnels sont-ils formés aux questions relatives à la santé des mineurs/jeunes majeurs? Par quel moyen est identifié le besoin de formation des professionnels?
- .../...

↳ **Concernant les éléments pour le repérage des besoins et l'accompagnement à la santé des mineurs/jeunes majeurs**

- Comment les besoins liés à la santé sont-ils recueillis, en amont de l'admission, au moment de l'admission puis tout au long de la mesure?
- Comment les professionnels ont-ils connaissance des problèmes de santé des mineurs/jeunes majeurs? Comment repèrent-ils les signes d'alerte révélateurs de troubles du développement, d'une souffrance psychique ou encore d'un handicap?
- Comment les mineurs/jeunes majeurs d'une part et leurs parents d'autre part sont-ils informés des droits liés à la santé? Comment les mineurs/jeunes majeurs sont-ils associés dans cet accompagnement? Comment les parents sont-ils impliqués ou encouragés à procéder aux accompagnements liés à la santé de leurs enfants?
- Comment l'établissement/service s'implique-t-il dans des actions de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé?
- Comment est abordée la réflexion éthique sur le refus des mineurs/jeunes majeurs de se faire soigner ou aider?
- .../...

Illustrations concernant le pilotage et le suivi de l'établissement/service

La direction de l'établissement/service doit être en mesure d'identifier et de s'assurer régulièrement que la santé soit prise en compte dans l'ensemble des accompagnements.

ILLUSTRATION DANS UN SERVICE D'AED

Le projet de service d'un service d'aide à domicile prévoit que soit prise en compte, par les professionnels du service, la santé des enfants. Cependant, l'analyse collective des projets personnalisés révèle que la dimension santé ne fait pas toujours l'objet d'une évaluation des besoins de l'enfant, ni d'objectifs d'accompagnement spécifiques. Globalement, l'équipe fait le constat d'une prise en compte insuffisante des problèmes de santé des enfants, tant dans l'évaluation que dans l'accompagnement. Le questionnaire mené en équipe révèle que plusieurs professionnels considèrent que la santé relève de l'intime et qu'ils ne sont pas légitimes pour intervenir dans ce domaine. Par conséquent, ces questions ne sont pas suffisamment abordées avec les personnes accompagnées.

Les professionnels ne sont pas suffisamment formés ou sensibilisés aux problématiques de santé spécifiques des enfants, aux actions possibles de promotion de la santé, aux droits liés à la santé, à la manière de communiquer avec eux et leurs parents sur ces sujets, aux possibilités de collaboration avec les partenaires du secteur sanitaire, etc.

Aussi, le service prévoit de travailler une trame commune d'évaluation et de projets personnalisés prenant en compte toutes les dimensions de l'accompagnement dont la santé. Les professionnels s'appuieront sur la recommandation de l'Anesm portant sur « L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure. »

Le service s'assurera également chaque année de la prise en compte de cette dimension dans les projets personnalisés en recueillant le nombre de projets personnalisés pour lesquels une évaluation des besoins liés à la santé a été effectuée lors de leur élaboration.

ILLUSTRATION DANS UN CER

Les professionnels de cet établissement portent une attention particulière à la santé des jeunes. Cette dimension est systématiquement recueillie et prise en compte dans les projets personnalisés. Le Recueil d'Information Santé (RIS) fait partie intégrante du dossier du jeune. L'utilisation quasi-systématique du guide d'entretien santé permet au professionnel éducatif d'aborder, lors d'un entretien avec le jeune, les déterminants de santé et ainsi d'objectiver la perception du jeune sur sa santé. Cet outil permet d'identifier les besoins. Il est complété par la fiche de suivi éducatif en santé.

Néanmoins, les professionnels rencontrent de nombreuses difficultés dans les réponses à apporter et notamment des difficultés de collaboration avec les professionnels de santé (difficultés d'accueil, incompréhension, etc.) :

- *connaissance insuffisante des partenaires potentiels (l'annuaire des structures et professionnels de santé a été formalisé mais n'est pas suffisant) ;*
- *absence de convention de partenariat avec des structures et professionnels de santé ;*
- *grande difficulté des professionnels non-soignants à se coordonner avec des professionnels du soin ;*
- *sentiment de solitude des professionnels ;*
- *difficultés de coordination (en particulier dans les situations de crise) ;*
- *problème de communication au niveau des urgences.*

Dans les faits, les professionnels du CER et les mineurs/jeunes majeurs considèrent qu'ils sont mal accueillis par ces professionnels et structures de santé. Ils estiment que leurs besoins sont rarement compris, voire non pris en compte (avec parfois des refus de prise en charge par les structures et professionnels de santé).

Pour y remédier, le CER envisage de renforcer son réseau partenarial afin de :

- *connaître les médecins avec lesquels il est possible de travailler ;*
- *établir des partenariats (formalisés par des conventions) avec des établissements sanitaires pour réaliser des bilans de santé.*

Ce travail implique de se rapprocher, en amont, de ces professionnels et structures pour présenter l'établissement (présentation de la population accompagnée par le CER, de ses besoins en santé, des possibilités et limites du CER pour accompagner la santé des mineurs/jeunes majeurs, etc.) et connaître leur fonctionnement.

Annexe 2

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

AED	Action éducative à domicile
AEMO	Assistance éducative en milieu ouvert
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CEF	Centre éducatif fermé
CER	Centre éducatif renforcé
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CDIFF	Centre d'information sur les droits des femmes et de la famille
CVS	Conseil de la vie sociale
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CMP	Centre médico psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle - Complémentaire
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en alcoologie
DIPC	Document individuel de prise en charge
ESJ	Espace santé jeunes
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
ITEP	Institut thérapeutique, pédagogique et éducatif
IME	Institut médico-éducatif
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

OMS	Organisation mondiale pour la santé
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
PAI	Projet d'accueil individualisé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PPE	Projet pour l'enfant
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'aide à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UAMJP	Unité d'accueil médico-judiciaire pédiatrique

Annexe 3

FICHES TECHNIQUES

Fiche technique n° 1 : L'information aux magistrats

Si le juge des enfants fixe initialement les modalités de la mesure d'assistance éducative, il est également informé du contenu du Projet Pour l'Enfant (PPE).

L'article L. 223-3-1 CASF prévoit en effet : « *Si l'enfant est confié au service départemental de l'aide sociale à l'enfance en application du 3° de l'article 375-3 du Code civil, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement des parents et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre le service et les parents dans le cadre du document prévu à l'article L. 223-1 du présent code. Ce document lui est adressé. Il est saisi de tout désaccord* ». L'article L. 223-1 précité prévoit effectivement dans son alinéa 5 que « ... *qu'il (le PPE) est porté à la connaissance du mineur et, pour l'application de l'article L. 223-3-1, transmis au juge* ».

Au titre des dispositions générales, l'article 375 du Code civil prévoit, dans son alinéa 3, que les mesures éducatives ne peuvent excéder deux ans (renouvelable par décision motivée) et dans son alinéa 5, « *un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants* ».

L'article 375-6 du Code civil stipule « *Les décisions prises en matière d'assistance éducative peuvent être, à tout moment, modifiées ou rapportées par le juge qui les a rendues soit d'office, soit à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public* ».

L'article 375-4 du Code civil est rédigé ainsi : « *Dans les cas spécifiés aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article précédent, le juge peut charger, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert d'apporter aide et conseil à la personne ou au service à qui l'enfant a été confié ainsi qu'à la famille et de suivre le développement de l'enfant. Dans tous les cas, le juge peut assortir la remise de l'enfant des mêmes modalités que sous l'article 375-2, troisième alinéa. Il peut aussi décider qu'il lui sera rendu compte périodiquement de la situation de l'enfant.* ».

En matière de droit de visite et d'hébergement, l'article 375-2 alinéas 1 et 2 du Code civil énonce : « *Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre. Cette personne ou ce service est chargé de suivre le développement de l'enfant et d'en faire rapport au juge périodiquement.*

Lorsqu'il confie un mineur à un service mentionné au premier alinéa, il peut autoriser ce dernier à lui assurer un hébergement exceptionnel ou périodique à condition que ce service soit spécifiquement habilité à cet effet. Chaque fois qu'il héberge le mineur en vertu de cette autorisation, le service en informe sans délai ses parents ou ses représentants légaux ainsi que le juge des enfants et le président du conseil départemental. Le juge est saisi de tout désaccord concernant cet hébergement. ».

Toujours en matière de droit de visite et d'hébergement, si l'alinéa 4 de l'article 375-7 du Code civil précise que le juge fixe lui-même ces modalités, l'alinéa 5 prévoit : « *Si la situation de l'enfant le permet, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et la personne, le service ou l'établissement à qui l'enfant est confié, dans un document qui lui est alors transmis. Il est saisi en cas de désaccord.* ».

Il ressort des articles susvisés que :

- les décisions prises en matière d'assistance éducative peuvent être, à tout moment, modifiées ou rapportées par le juge ;
- dans le cadre du PPE, le juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement des parents et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre le service et les parents : dans ce cas le juge est saisi de tout désaccord ;
- pour toute mesure éducative, un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants ;
- pour les mesures d'assistance en milieu ouvert, le juge peut décider qu'il lui sera rendu compte périodiquement de la situation de l'enfant ;
- si un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, habilité à cet effet, a été autorisé à héberger exceptionnellement ou périodiquement un mineur, le juge est saisi de tout désaccord concernant cet hébergement ;
- dans le cas où le juge fixe la nature et la fréquence du droit de visite et d'hébergement en décidant que leurs conditions d'exercice seront déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et le service ou l'établissement, le juge sera saisi en cas de désaccord.

En conséquence, le juge pouvant modifier les mesures d'assistance éducative à tout moment, les établissements/services accueillant des mineurs/jeunes majeurs ont, *a minima*, l'obligation de transmettre annuellement au juge un rapport sur la situation de l'enfant ; le juge peut fixer une autre périodicité pour les mesures en milieu ouvert.

En dehors de cette obligation de rendre compte, le juge peut être saisi de tout désaccord entre l'établissement/service et les titulaires de l'autorité parentale, qu'il ait pour objet le refus de soins ou le droit de visite et d'hébergement.

Et, plus généralement, au titre précisément de la mission remplie par les établissements/services de la protection de l'enfance, au-delà de certaines obligations de signalement, toute situation de nature à compromettre (de manière significative) le bon déroulement de la mesure d'assistance éducative doit faire l'objet d'une information auprès du juge, afin qu'il en modifie éventuellement les modalités.

Fiche technique n° 2 : Guides, recommandations & outils thématiques

Directives européennes	<ul style="list-style-type: none"> • OMS, Bureau régional de l'Europe, comité régional de l'Europe, 64^e session. Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020, Copenhague, 15-18 septembre 2014, 23 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254226/64wd12f_InvestCAHstrategy_140440.pdf
Classifications des troubles et pathologies	<ul style="list-style-type: none"> • OMS. Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes 10^e révision (CIM 10), 2009. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr# • American Psychiatric Association. DSM IV – TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Juillet 2005. 1065 p. https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf • MISES, R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012, 5^e édition. Juillet 2012. 128 p. http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf
Souffrance psychique	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Souffrances Psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. <i>Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'Éducation nationale</i>. Octobre 2013. 33 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf • Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale. Souffrances ou troubles psychiques, rôle et place du travailleur social. Octobre 2005. 29 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé et des Sports, Admission d'un mineur dans un établissement de santé. <i>Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé</i>. Septembre 2009. 8 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante.pdf
Usage des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • POLLET, C., BERCHOT, F., Les médicaments psychotropes - Psychiatrie et Santé mentale. 4^e édition. Mai 2014. 55 p. http://www.psycom.org/Medicaments

Drogues, alcool et addictions	<ul style="list-style-type: none"> • OFDT, Drogues et addictions, données essentielles, 2013, 399 p. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf • Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Portail interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/accueil/ • Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative et le ministère des Sports, Prévention des conduites addictives et animation. Prise en compte de la prévention des conduites addictives dans les formations aux diplômés d'État des encadrants de l'animation. <i>Guide méthodologique à destination des organismes de formation</i>. Avril 2012. 47 p. http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/201205_jeunes_guide_prevention.pdf
Pratiques professionnelles et Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • HAMEL, E., BODET, E., MOQUET, MJ., Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé. INPES, Avril 2013. 117 p. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1450.pdf • ZOLLA, E., La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Guides santé social. 2013. 432 p. • UETMIS. Gestion du risque en santé mentale. GeRAR Gestion des risques axée sur le rétablissement.
Outils étrangers servant l'identification des besoins en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Department Of Health, Framework for the Assessment of Children in Need and their Families, <i>Guidance Notes and Glossary for: Referral and Initial Information Record, Initial Assessment Record and Core Assessment Record</i>, 2000. 16 p. http://www.crin.org/docs/Framework%20Guidance%20Notes%20and%20Glossary.pdf • Questionnaire Auquei. Pictured Child's Quality of Life Self Questionnaire • Guide d'évaluation des capacités parentales au CJM-IU. • Basé sur les grilles d'évaluation du groupe de recherche du Toronto Parenting Capacity assessment Project (Guide de Steinhauer 0-5 ans). • TROCME, N., HELIE, S., MACLAURIN B., et al. Matrice d'indicateurs de protection de la jeunesse. Centre de recherche sur l'enfance et la famille centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, Septembre 2009, 8 p. http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/NOM(French)Sept09.pdf

Annexe 4

MÉTHODE D'ÉLABORATION

Pour la production de cette recommandation, l'Anesm a retenu la méthode du consensus simple.

Cette recommandation a été élaborée sur la base :

- d'une analyse de la littérature portant sur la prise en compte de la santé physique et psychique des enfants dans les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance ;
- d'un appel à contribution adressé en mars 2013 à l'ensemble des établissements et services accompagnant les mineurs/jeunes majeurs en protection de l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- de visites sur sites permettant le recueil des pratiques professionnelles existantes, ainsi que le recueil d'avis de personnes accompagnées.

La production de la recommandation s'est appuyée sur un **groupe de travail**, composé de professionnels. Il s'est régulièrement réuni et a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité des points de vue.

Le projet de recommandation a été soumis à un **groupe de lecture**, dont les remarques ont été prises en compte dans la version finale.

Ainsi finalisé, le projet de recommandation a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une analyse juridique.

Conduite des travaux

Équipe projet de l'Anesm

- Catherine CLAVEAU MILANETTO, responsable projet du secteur protection de l'enfance.
- Louise PINARD, cheffe de projet.
- Sophie LE BRIS, cheffe du service pratiques professionnelles.
- Patricia MARIE, documentaliste.
- Nagette JOUSSE, assistante coordination de projets du service pratiques professionnelles.
- Aline Métais, responsable de projet évaluation interne.

Expert intervenant en appui à l'équipe projet de l'Anesm

- Catherine SELLENET, professeur d'université en sciences de l'éducation à l'Université de Nantes, psychologue clinicienne et docteur en sociologie.

Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication.

Analyse juridique

- Cabinet BGP Conseil, Rennes. Gérard PINNA, Philippe PEDROT, Marine JUTGE.

Référent du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm

- Jean-Marie SIMON, directeur du Service AEMO de Colmar, directeur de l'Association de directeurs, cadres de direction et certifiés de l'École des Hautes Études en Santé Publique (ADC/EHESP), président de la section enfance du COS.

Référents du Conseil scientifique de l'Anesm

- Marie-Paule MARTIN BLACHAIS, directrice du GIP « Enfance en danger ».

Validation et adoption de la recommandation

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm.

Participants

Visites effectuées au sein d'établissements et de services

- Pouponnière, Maison départementale enfance famille, Caen.
- Centre maternel, Maison départementale enfance famille, Caen.
- Centre parental, Maison départementale enfance famille, Caen.
- Établissement d'action psycho-éducative et sociale, Association Montjoie, Le Mans.
- Établissement éducatif, Association Montjoie, Le Mans.
- Maison d'enfants à caractère social, Association Montjoie, Le Mans.
- Maison des adolescents, Nantes.
- Service d'aide éducative en milieu ouvert, Association Jean Cotxet, La Courneuve.
- Service appartements, Association Jean Cotxet, Saint-Denis.
- Service réparation pénale, Association Jean Cotxet, Saint-Denis.

Rencontres ou entretiens téléphoniques avec des personnes ressources

- Nathalie CANRON, cheffe de service UDAF, Valence.
- Catherine COLOMBEL, cheffe de Service P.A.S.S.E-famille, UDAF, Paris.
- Florent COSSERON, médecin psychiatre, praticien hospitalier, coordonnateur des unités adolescents-jeunes adultes de l'Essonne-Clinea Orpea. Crosne.
- Danielle FORGEOT, infirmière de santé publique à la DPJJ, Paris.
- Nadège HEMMERLING, médecin coordonnateur, MDPH des Ardennes.
- Dominique LARDIERE, médecin de PMI, Conseil départemental Loire Atlantique, Nantes.
- Claudy WARIN, directeur adjoint, MDPH des Ardennes.

Groupe de travail

- Firmin AGBOGBA, responsable d'unité éducative, STEMOI, Dijon.
- Karine BAILLOT, moniteur éducateur, Foyer départemental de l'enfance, Auxerre.
- Olivier BERNARD, médecin chargé de mission Aide sociale à l'enfance, Direction PMI et Santé publique, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, Marseille.
- Guillaume CORON, cadre socio-éducatif, Établissement public départemental « Le Char-meyran », Eybens.
- Sandra GLUVACEVIC, conseiller technique de la Direction Enfance-Famille, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, Marseille.
- Carole GEAY, conseillère technique Santé, DPJJ Basse-Normandie, Caen.

- Hervé HEIMBURGER, cadre socio-éducatif principal, Maison d'enfants à caractère social de Luzancy.
- Laëtitia LAVIE, directrice d'établissement de placement éducatif et d'insertion, DTPJJ Basse-Normandie, Caen.
- Coline MARCHAND, chef de service éducatif SESSAD Enfant, Dispositif ITEP Marseille centre ville, Association Séréna, Marseille.
- Anne OUI, chargée de mission, Groupement d'intérêt public enfance en danger, Paris.
- Jean-Marie SIMON, directeur du Service AEMO, Colmar.
- Stéphane PICARD, éducateur spécialisé, Foyer départemental de l'enfance, Auxerre.

Groupe de lecture

- Marie-Dominique AIRAULT, directrice Service AEMO et AED, association Olga Spitzer, Paris.
- Mylène BARRAULT, formatrice/éducatrice, ENPJJ, Roubaix.
- Cécile BÉNÉZET DUTEIL, conseillère technique Enfance - Famille, URIOPSS PACA CORSE, Marseille.
- Paulette BENSADON, chargée de mission, DGCS, Paris.
- Natacha BERGÈS, psychologue clinicienne, Centre éducatif fermé - Association Oberholz - Groupe SOS, Saverne.
- Christine BONNEIL, responsable qualité et projet, IDEA, Perpignan.
- Isabelle BOURGEOUX, médecin directeur adjoint de PMI - Promotion de la santé, Conseil départemental de Haute-Savoie, Annecy.
- Guillaume BRONSARD, pédopsychiatre, directeur de Maison des adolescents, Marseille.
- Sandrine CLOAREC, psychologue clinicienne, Centre éducatif fermé, Épinay-sur-Seine.
- Christine CONSTANCY, directrice de service, Le Robert (Martinique).
- Françoise DELAY, directrice d'ITEP (retraîtée), Nancy.
- Alexandre FERNANDEZ, psychologue, Centre départemental de l'enfance et de la famille, Chamalières.
- Corinne FERNET-LUCAS, directrice du Service social de l'enfance de l'Essonne, association Olga Spitzer, Evry-Courcouronnes.
- Monique FOURQUET, médecin chargée de mission santé précarité (retraîtée), Conseil Départemental de l'Isère, Grenoble.
- Ophélie HUGUET, psychologue clinicienne, Sauvegarde 42, Saint-Étienne.
- Florian LAVOYER, conseiller technique, DPJJ Île-de-France/Outre-mer, Paris.
- Françoise MARCHAND BUTTIN, médecin de santé publique, DPJJ, Paris.
- David PIOLI, coordonnateur du pôle « Droit, psychologie et sociologie de la famille », UNAF, Paris.
- José QUILLET, directeur adjoint d'ITEP, association Olga Spitzer, Tigery.
- Jean-Rémi ROUSSEAU, directeur adjoint, Centre départemental de l'Enfance des Landes, Mont de Marsan.
- Nathalie ROUX, directrice de MECS, association Serana, Marseille.
- Christine SERANOT, éducatrice chef de Mecs, Guyane.

Annexe 5

L'AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

- La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habilitier les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, d'une part, l'Assemblée générale qui valide le programme de travail et le budget et d'autre part, de deux instances consultatives :

- le **Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités reconnues, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm ;
- le **Comité d'orientation stratégique**, composé de près de 70 représentants de l'État, d'élus, d'usagers, collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc., instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

Le champ de compétence

L'Anesm est compétente sur le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie...

Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.

Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS.

La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés. Ainsi, au 31 décembre 2014, 83 % des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015, se sont engagés dans cette démarche.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

La 4^e enquête nationale sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS (2012) réalisée par l'Anesm, met en exergue les chiffres suivants :

- 93 % des ESSMS sont alors engagés dans un processus d'évaluation ;
- le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne s'élève à 71 %, contre 26 % en 2007 à la création de l'Anesm. S'y ajoutent, 22 % de structures ayant engagé divers processus d'amélioration de la qualité ;
- 98 % de l'ensemble des établissements et services connaît au moins une recommandation de l'Agence et 61 % ont lu au moins 6 recommandations ;
- enfin, 65 % des établissements et services engagés dans la démarche d'évaluation interne ont directement utilisé les recommandations à cet effet (73 % des Ehpad).

Les recommandations de l'Anesm

📄 Quarante-deux recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :

Tous secteurs

- *Soutien des aidants non professionnels* (2014)
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* (2012)
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010)

- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (2010)
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (2009)
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* (2009)
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles* (2009)
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008)
- *Ouverture de l'établissement* (2008)
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008)
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008)
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (2008)
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008)
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles* (2008)

Personnes âgées

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011)
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009)

Personnes handicapées

- *Rôle et place des Camsp dans le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce* (2014)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement* (2014)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs* (2013)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté* (2013)

- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013)
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (2013)
- *Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (2012)
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad* (2011)
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* (2010)

Protection de l'enfance

- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou met tant en œuvre des mesures éducatives* (2015)
- *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles favorisant les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur* (2015)
- *Évaluation interne : Repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015)
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance* (2014)
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (2013)
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (2011)
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (2010)

Inclusion sociale

- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en CHRS* (2015)
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)* (2014)
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du Code de l'action sociale et des familles* (2012)
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010)
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008)

- Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Un **rapport d'étude** sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- Deux **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.

Conception graphique : Luciole
Impression Corlet Imprimeur, SA – 14110 Condé-sur-Noireau
Dépôt légal : Janvier 2016

ANESM

53 boulevard Ornano - Pleyad 3

93200 Saint-Denis

T 01 48 13 91 00

www.ansm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - Décembre 2015