

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 suggèrerait-il pas des modifications de son environnement à prendre en compte dans l'analyse de sa situation ?
- Les raisons du placement n'éclairent-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

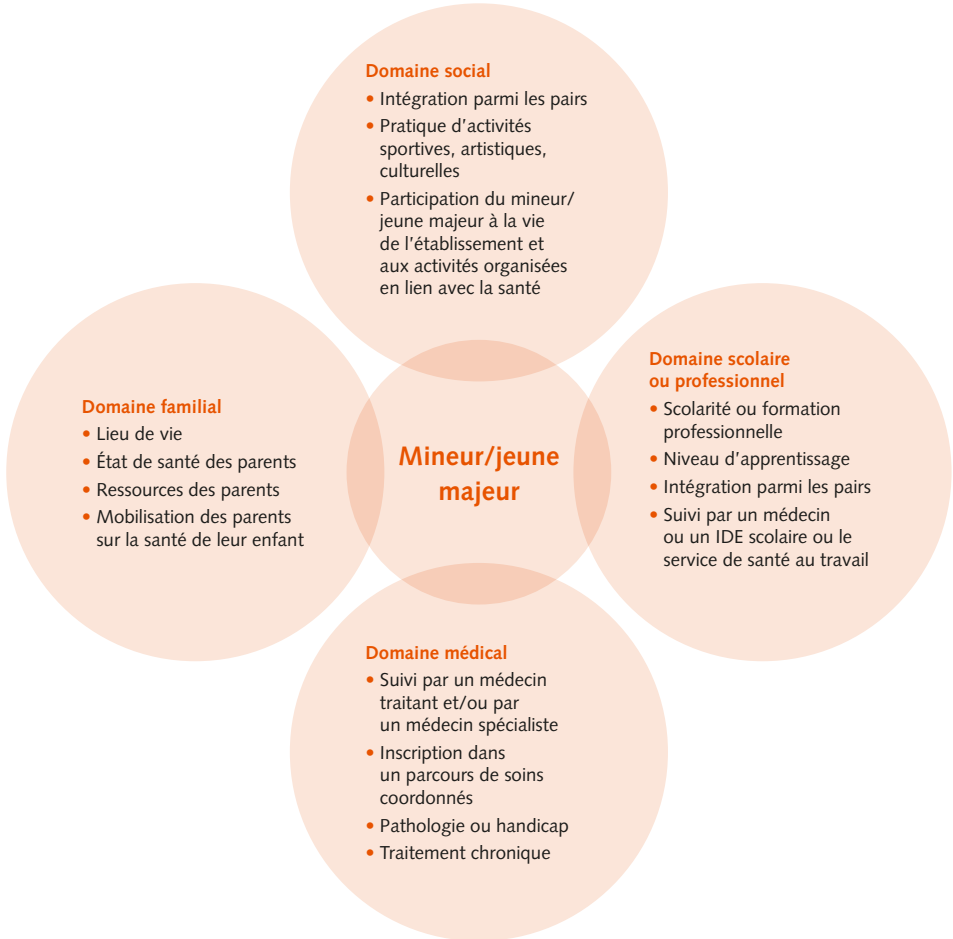
BONNES PRATIQUES À METTRE EN ŒUVRE PAR LES PROFESSIONNELS

- **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