

# 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* »<sup>1</sup>. 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-ci<sup>2</sup>.

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'Ottawa<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.

<sup>3</sup> 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'Enfant<sup>4</sup> (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* »<sup>5</sup>.

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<sup>er</sup> 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* »<sup>6</sup>.

Le droit à la santé est ainsi un droit fondamental de toute personne<sup>7</sup> 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'adolescence<sup>8</sup> en danger ainsi que dans le décret du 7 janvier 1959<sup>9</sup> ; il peut ainsi

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

<sup>5</sup> 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* ».

<sup>6</sup> 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* ».

<sup>7</sup> Article L. 1110-1 du Code de la santé publique.

<sup>8</sup> Conf. document d'appui.

<sup>9</sup> 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<sup>e</sup> siècle)<sup>10</sup>, 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 CIDE<sup>11</sup> :

- 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)**<sup>12</sup> 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* »<sup>13</sup> ;
- 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.

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Articles 5, 7 et 18 alinéa 1 du Préambule de la CIDE.

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

<sup>13</sup> EYMENIER, M., VERDIER, P. *La réforme de la protection de l'enfance*. 2<sup>e</sup> 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 orientations<sup>14</sup> 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 handicapées<sup>15</sup> 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.* »<sup>16</sup>

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'international<sup>17</sup>, 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.

<sup>14</sup> Il s'agit du projet « PJJ promotrice de santé », daté de 2013. La note du 1<sup>er</sup> 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.

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

<sup>16</sup> Article L. 114 du CASF.

<sup>17</sup> 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 accueillis<sup>18</sup>. 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 »<sup>19</sup> 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 maltraitance<sup>20</sup>.

Concernant la santé des jeunes pris en charge à la PJJ, deux enquêtes ont été menées par l'Inserm en 1997 et 2004<sup>21</sup>. 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* »<sup>22</sup>.

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-juvénile<sup>23</sup>. 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

---

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> 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.

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

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> 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 filles<sup>24</sup>.

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 traumatiques<sup>25</sup>, troubles anxieux, troubles dépressifs mais aussi troubles globaux du développement<sup>26</sup>. Ces troubles sont parfois associés ou aggravés par des troubles de l'attachement<sup>27</sup>. 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 handicap<sup>28</sup>.

D'autres constats concernant les modalités d'accompagnement des mineurs/jeunes majeurs reviennent fréquemment dans les études, notamment<sup>29</sup> :

- 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.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 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)*.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> « 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.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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'attendant 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 parents<sup>30</sup>, 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-sociales<sup>31</sup> 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 bientraitance<sup>32</sup>; 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.

---

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> 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 ».

<sup>32</sup> « 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'enfance<sup>33</sup> 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 (...). »

---

<sup>33</sup> 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](http://www.anesm.sante.gouv.fr)).