

Paris, le

24 JUL. 2017

Décision du Défenseur des droits n°2017-235

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n°2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

Vu la Convention des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ;

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

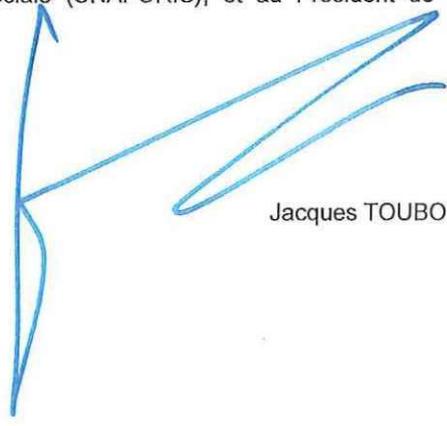
Vu la loi n°2016-97 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant ;

Vu la décision du Défenseur des droits n°MDE-2015-103 relative au projet pour l'enfant ;

Après consultation du collège compétent en matière de défense et promotion des droits de l'enfant ;

Faisant suite à la publication des résultats de l'étude du Défenseur des droits sur « l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (ASE/PJJ) : accès aux soins et sens du soin » ;

Décide d'adresser les recommandations générales énoncées ci-après au ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, aux Présidents des Conseils départementaux, à la Directrice de la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), aux Directeurs territoriaux de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ), au Directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), à la Directrice générale de l'Ecole nationale de la Protection judiciaire de la Jeunesse (ENPJJ), aux Présidents des Conseils nationaux de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes, au Président de l'Association des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS), au Président du Centre national de formation de la fonction publique territoriale (CNFPT), au Président de l'Union nationale des acteurs de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS), et au Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine.



Jacques TOUBON

Recommandations

Alerté par plusieurs associations de difficultés relatives à l'accès aux soins des enfants relevant de la protection de l'enfance, en 2014, le Défenseur des droits a financé, une étude en partenariat avec le Fonds de financement de la CMU (Fonds CMU)¹ sur « *l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (ASE/PJJ) : accès aux soins et sens du soin* »².

L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE) dispose 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* ». Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. S'agissant des enfants relevant du dispositif de protection de l'enfance, cette définition implique une prise en compte de l'ensemble de leurs besoins fondamentaux comme partie intégrante des objectifs de l'accompagnement éducatif. Les présentes recommandations ont été élaborées en référence à cette approche globale de la santé.

L'étude réalisée par le Défenseur des droits et le Fonds CMU sur la santé des enfants confiés au titre de la protection de l'enfance aux services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou aux services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) visait plusieurs objectifs : appréhender la dynamique des acteurs en matière d'accès aux droits liés à la santé des enfants confiés (gestion des droits à l'Assurance maladie, pratiques professionnelles en faveur du suivi médical et du parcours de santé, ...) et mieux connaître les représentations relatives à la santé des enfants confiés des professionnels concernés.

Elle a fait apparaître les difficultés suivantes :

- l'insuffisance des actions de prévention ainsi que du suivi de la santé des enfants confiés ;
- l'absence de réelle coordination entre les multiples acteurs intervenant sur la santé des enfants qui peut se traduire par des risques de rupture du parcours de santé ;
- une approche de la santé axée principalement sur le suivi médical sans une réelle prise en compte du « prendre soin » comme un enjeu de l'accompagnement éducatif ;
- le risque de rupture des droits à l'Assurance maladie lors des changements de statuts de l'enfant ;
- l'absence de recours aux outils existants permettant le suivi de la santé ;
- le refus de certains professionnels de santé de prendre en charge des enfants confiés dans le cadre de la protection de l'enfance couverts par la Puma ;
- le manque d'appréhension des problématiques médicales spécifiques des enfants relevant de la protection de l'enfance par les professionnels de santé et les équipes éducatives ;
- l'isolement des assistants familiaux sur ces problématiques.

¹ Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

² Publiée en juin 2016, l'étude a été réalisée par le laboratoire de recherche EFIS de l'Université Paris Ouest Nanterre : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

Certaines difficultés avaient déjà été soulignées dans des travaux antérieurs du Défenseur des droits. Le rapport « *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* », a souligné le morcellement du parcours de soins et des prises en charge³. Les avis du Défenseur des droits sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé ont notamment relevé la nécessité de mettre en place une politique de santé globale en faveur des enfants⁴. La décision relative au projet pour l'enfant (PPE) avait mis en lumière une faible mise en œuvre de l'outil sur le terrain, au préjudice d'une évaluation globale et partagée de la situation et des besoins de l'enfant, notamment dans le domaine de la santé⁵.

Depuis que l'Institution a fait état de ses préoccupations, plusieurs avancées ont été constatées. Le Défenseur des droits salue la création en 2016, par la loi de modernisation de notre système de santé, d'un volet spécifique sur la santé des enfants dans la stratégie nationale de santé (SNS)⁶. S'agissant de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant⁷, l'Institution a relevé avec satisfaction les mesures prises en faveur d'un meilleur suivi de la santé des enfants confiés dans le cadre de la protection de l'enfance : création d'un médecin référent « protection de l'enfance », introduction d'un volet santé dans le PPE. Enfin, le rapport publié récemment dans le cadre de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance contient de nombreuses propositions visant à améliorer la prise en compte de la santé des enfants concernés au service de leur développement et de leur bien-être. Il préconise notamment une vision partagée des besoins fondamentaux de l'enfant, universels, spécifiques et particuliers, au moyen de l'établissement d'un référentiel national d'évaluation⁸. Le Défenseur des droits espère que le référentiel national sera élaboré dans les plus brefs délais⁹.

Le Défenseur des droits souligne la nécessité de garantir une mise en œuvre concrète des dispositions de la loi du 14 mars 2016. Il décide ainsi de formuler des recommandations générales organisées selon les 5 axes suivants : garantir la prise en compte de la santé des enfants au stade de l'évaluation de leur situation et de leur admission en protection de l'enfance (titre I) ; améliorer la prise en compte de la santé dans le cadre du parcours de l'enfant durant son placement (titre II) ; accompagner les enfants lors d'un changement de statut (titre III) ; favoriser la coordination des acteurs concernés par la santé de l'enfant pris en charge au titre de la protection de l'enfance (titre IV) ; mettre en œuvre des formations des professionnels à la santé des enfants confiés (titre V).

³ « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant

⁴ Avis du Défenseur des droits n°15-02 et n°15-12.

⁵ [Décision du Défenseur des droits n°MDE-2015-103](#)

⁶ Article 1^{er} de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁷ Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

⁸ On notera à ce sujet le référentiel élaboré par le Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité du Rhône-Alpes (CREAI Rhône-Alpes), en partenariat avec l'ONPE, utilisé à titre expérimental dans 35 départements qui prévoit une démarche participative des parents et de l'enfant.

⁹ Rapport remis par le Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS à Laurence ROSSIGNOL, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes – Février 2017

I. Garantir la prise en compte de la santé des enfants au stade de l'évaluation de leur situation et de leur admission en protection de l'enfance

La santé est insuffisamment prise en compte durant les différentes phases du parcours de l'enfant relevant de la protection de l'enfance. Parmi les difficultés relevées dans l'étude précitée, certaines apparaissent au stade de l'évaluation de l'information préoccupante, et lors de l'entrée dans le dispositif de la protection de l'enfance.

a. Lors de l'évaluation de l'information préoccupante

Le compte rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits à Alain GREVOT sur l'histoire de Marina avait pointé un certain nombre de faiblesses tenant à l'organisation et à la composition des cellules départementales de recueil des informations préoccupantes (CRIP)¹⁰. Il confirmait le constat établi par l'ONED, aujourd'hui ONPE, d'une grande hétérogénéité dans la composition des CRIP avec une faible représentation des personnels médicaux et paramédicaux¹¹. Le rapport du Défenseur des droits « *handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* » a souligné le manque de recueil de données chiffrées relatives à la santé et au handicap lors de l'entrée dans le dispositif ainsi que l'absence généralisée des acteurs relevant du champ du soin au sein des CRIP. Sur ces questions, des avancées ont été apportées par la loi du 14 mars 2016, l'article L.226-3 du CASF disposant désormais que l'évaluation de la situation d'un mineur est réalisée par une équipe pluridisciplinaire dont la composition et le fonctionnement est défini par décret¹². L'évaluation doit permettre d'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins, des droits fondamentaux et de l'état de santé de l'enfant ainsi que des autres mineurs présents dans la famille. La composition de la cellule comprend au moins deux professionnels exerçant dans l'un des domaines suivants : action socio-éducative ou action sociale, santé et psychologie, avec la présence d'experts ou de services spécialisés sollicités en cas de problématique spécifique d'ordre médical ou médico-social. Ces mesures devraient viser à encourager une appréciation globale de la santé de l'enfant afin d'évaluer les besoins spécifiques en cas de pathologies chroniques ou de handicap.

b. Lors de l'entrée dans le dispositif de la protection de l'enfance

Une disparité des pratiques professionnelles est constatée lors de l'entrée de l'enfant dans le dispositif et plus particulièrement à l'occasion des différentes étapes de l'admission (entretien, ...). Ces disparités ne permettent pas de garantir le recueil systématique d'informations sur les antécédents relatifs à la santé tels que des troubles du développement, une souffrance psychologique ou un handicap qui nécessiteraient une prise en charge spécifique dès le début de la mesure. Les besoins renforcés en matière de santé et les incidences sur l'état de santé des situations vécues par l'enfant précédemment à son entrée en protection de l'enfance ne sont pas toujours considérés.

Par ailleurs, l'étude précitée a relevé l'absence d'informations délivrées à ce stade aux enfants ainsi qu'aux parents sur les droits liés à la santé tels que le droit à la protection de la santé, au respect du secret médical de la personne mineure, sur le carnet de santé ou sur l'obligation

¹⁰ Remis en juin 2014

¹¹ 7^{ème} rapport annuel de l'ONED remis au Gouvernement et au Parlement, mars 2012, p : 13.

¹² Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels

de déclaration d'un médecin traitant¹³. Enfin, les services ne délivrent pas toujours une information sur l'impact du placement sur l'exercice de l'autorité parentale en matière de suivi médical de l'enfant (distinction acte usuel/non-usuel, ...). Pourtant, la délivrance de telles informations favoriserait la mise en œuvre d'une « alliance thérapeutique » entre la famille et les professionnels et permettrait de faciliter l'implication de l'enfant ainsi que celle des parents dans les décisions concernant sa santé.

Le Défenseur des droits recommande :

- Aux Présidents des Conseils départementaux et Directeurs territoriaux des PJJ :
 - de garantir la prise en compte du droit fondamental à la santé de l'enfant dès son entrée dans le dispositif afin de proposer une prise en charge adaptée à ses besoins ;
- Aux Présidents des Conseils départementaux :
 - au stade de l'évaluation de la situation de l'enfant, d'organiser la pluridisciplinarité des CRIP en systématisant le recours à des professionnels du soin en tant que partie prenante ou en sollicitant des spécialistes externes ;
 - au stade de l'admission, de s'assurer que les services en charge de l'enfant disposent d'un historique des soins dispensés à l'enfant avant son entrée dans le dispositif ;
 - de réaliser les bilans de santé nécessaires ;
 - de procéder lors de l'admission, à une information à l'enfant et aux parents sur les droits liés à la santé, les modalités de suivi de la santé de l'enfant dans les différents outils tels que le projet pour l'enfant (PPE) et le livret d'accueil. La participation active de l'enfant et des parents au suivi médical pourrait être ainsi facilitée, de même que l'exercice de la mesure de protection de l'enfance ;
 - de s'attacher à repérer dès l'admission dans le dispositif les difficultés éventuelles, pouvant révéler un handicap, une pathologie chronique ou un problème de santé nécessitant un traitement afin de garantir une prise en charge spécifique des besoins de santé et/ou liés au handicap. Il s'agira aussi de développer les coopérations entre les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les services de l'ASE en vue de garantir la continuité des démarches engagées.

II. Améliorer la prise en compte de la santé de l'enfant durant son placement

Le suivi de la santé est essentiel en ce qu'il concourt à la qualité de vie et au bien-être de chaque enfant et il l'est encore plus pour l'enfant confié en protection de l'enfance. La réponse aux besoins de santé de l'enfant doit constituer une des préoccupations de la mesure éducative tout au long de son parcours. Toutefois, ce suivi se heurte à des difficultés dans

¹³ L'article 76 de la loi de modernisation de notre système de santé a créé une obligation de déclaration d'un médecin traitant pour les moins de 16 ans afin de favoriser la coordination des soins.

l'accès aux soins en raison d'une offre médicale insuffisante, de services de santé saturés, etc.

D'autres difficultés ont été relevées dans le cadre de l'étude citée ci-avant.

Des outils et supports existent pour le recueil des informations sur la santé de l'enfant (carnet de santé, projet pour l'enfant, recueil d'information sur la santé, ...) spécifiques ou non au dispositif de la protection de l'enfance. Cependant, ils ne sont pas toujours utilisés, confrontant les soignants et les professionnels de la protection de l'enfance à une perte d'information durant le parcours de l'enfant. Les acteurs doivent faire face à une faiblesse des connaissances disponibles sur la santé et à des difficultés pour recueillir des informations médicales concernant l'enfant.

Les professionnels doivent, en particulier, faire avec des carnets de santé vides, perdus sans pouvoir retracer l'anamnèse du parcours de santé de l'enfant.

S'agissant des bilans de santé¹⁴, il a été constaté l'absence d'une politique cohérente : 44% des départements mettent en œuvre de tels bilans au cours du placement de l'enfant et seuls 28% en réalisent systématiquement. Selon les institutions, ils ne sont pas toujours réalisés dans les mêmes lieux : les unités d'hébergements de la PJJ s'adressent le plus souvent à un centre de santé CPAM (75%), celles de l'ASE privilégient les services départementaux tels que les PMI (70%).

Créé par la loi du 5 mars 2007, le projet pour l'enfant (PPE) constitue un élément central permettant d'apprécier les besoins fondamentaux de l'enfant et de sécuriser son parcours au sein des services de l'ASE sur la base de l'évaluation de sa situation¹⁵. Il précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, de ses parents et de son environnement. Toutefois, des travaux montrent le recours partiel à l'outil par les professionnels de la protection de l'enfance. En 2014, une enquête du Défenseur des droits a montré que le PPE, restait encore peu utilisé¹⁶. L'étude sur la santé des enfants confiés relève que 69% des services ASE auraient finalisé l'outil. Enfin, le rapport de l'ONPE sur l'outil confirme également la mobilisation partielle des départements¹⁷. La loi du 14 mars 2016 marque une avancée, en prévoyant désormais une évaluation médicale et psychologique de la personne mineure afin de détecter les besoins de soins qui devront être intégrés au document¹⁸, y compris en matière de handicap¹⁹.

Le recueil d'information sur la santé (RIS), outil relevant de la PJJ qui contient des informations sur la santé de la personne mineure (couverture sociale, médecin traitant, carnet de santé, besoins de santé spécifiques, ...), reste également peu renseigné.

Par ailleurs, Il est relevé que les projets d'établissements ou de services incluent insuffisamment la dimension de la santé et de la promotion de la santé²⁰. Or, la définition d'un tel volet dans le cadre des projets d'établissements présenterait l'avantage de favoriser le

¹⁴ Le bilan de santé est un examen médical préventif et périodique qui peut être assuré par les caisses primaires d'Assurance maladie ou ayant passé convention avec les caisses ou les PMI qui effectuent des bilans de santé en grande majorité des enfants âgés de 3-4 ans, en école maternelle, en vue de dépister d'éventuels troubles.

¹⁵ Article L.223-3-1 du CASF

¹⁶ Enquête du Défenseur des droits sur le PPE qui s'est traduite par l'envoi d'un questionnaire du Défenseur des droits aux Conseils départementaux : 73 d'entre eux ont répondu. Lancée en 2014, les pratiques des Conseils départementaux ont évolué depuis cette date.

¹⁷ « Le PPE : état des lieux, enjeux organisationnels et pratiques », rapport d'étude de l'ONPE, juillet 2016

¹⁸ Article 21 de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

¹⁹ Décret n°2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixant le contenu du PPE

²⁰ Les projets d'établissement ou de services sont définis dans le cadre de l'article L. 311-8 du CASF.

développement d'une approche partagée de la santé chez les professionnels exerçant dans les structures qui relèvent pour leur grande majorité du champs socio-éducatif. De plus, il s'agirait d'appréhender la santé comme un moyen pour accéder « au bien-être » destiné à aider l'enfant à considérer la notion de « prendre soin de soi ».

On peut, à cet égard, évoquer utilement les lignes directrices relatives à l'élaboration du règlement de fonctionnement des établissements collectifs de placement judiciaire du 4 mai 2015 qui précisent les règles et les bonnes pratiques en matière de droit à la santé pour les enfants confiés à la PJJ²¹.

Sur les pratiques professionnelles, l'étude du Défenseur des droits relève un manque d'articulation entre le sanitaire et l'éducatif chez les travailleurs sociaux. Le plus souvent cantonnée à la maladie et/ou au handicap, la santé est considérée comme une affaire de professionnels dédiés. Les professionnels de la protection de l'enfance se saisissent peu de cette question, estimant qu'elle relève des seuls professionnels de santé.

S'agissant des assistants familiaux, ces derniers sont parfois gênés lorsqu'il s'agit de collaborer avec les parents autour de la santé de l'enfant et rencontrent des difficultés sans forcément trouver de réponses adaptées auprès des services départementaux de l'ASE.

Si le rôle d'appui et d'accompagnement des professionnels de la protection de l'enfance dans le suivi de la santé de l'enfant est déterminant, une place active doit être réservée aux parents lorsque cela est possible. Les temps d'échanges sur la santé et le bien-être de l'enfant constituent autant d'opportunités en termes de travail éducatif avec l'enfant et ses parents.

Par ailleurs, l'étude précitée montre l'existence de refus de soins illégaux opposés à des enfants en raison de leur statut de bénéficiaires de la protection universelle maladie « Puma » (anciennement CMU)²² : 66% des services ASE et 59% pour la PJJ font part de la réticence de certains professionnels à prendre en charge des mineurs couverts par la Puma²³. Les assistants familiaux sont ainsi parfois obligés d'avancer les frais pour faire face aux dépassements d'honoraires, ce qui les oblige ensuite à faire des demandes aux services pour le remboursement des frais. Le Défenseur des droits rappelle régulièrement que les dépassements d'honoraires et les refus de tiers payant sont interdits à l'égard des patients bénéficiaires de la Puma et que de telles situations sont assimilées à des refus de soins illégaux²⁴.

²¹ Note du 4 mai 2015 n°JUSF1511218N

²² Prévues par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, la réforme a pour objectif d'assurer une continuité dans la prise en charge des frais de santé en évitant notamment les ruptures de droits lors d'un changement de situation (familiale, professionnelle, résidentielle, ...). La Puma remplace désormais la CMU.

²³ Selon la [circulaire 33/2008](#), il faut entendre par refus de soins le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir des personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires d'une prestation santé telle que la Puma.

²⁴ Voir le rapport du Défenseur des droits remis au Premier Ministre, « *les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME* », mars 2014

Le Défenseur des droits recommande :

- Aux Présidents des Conseils départementaux et aux Directeurs territoriaux de la PJJ :
 - de prévoir dans le cadre de protocoles impliquant les services de PMI ou les centres de santé CPAM la réalisation systématique d'un bilan de santé le plus précoce possible ;
 - de garantir une surveillance médicale régulière qui tienne compte des problématiques spécifiques des enfants confiés en protection de l'enfance ;
 - d'encourager la mise à jour des carnets de santé durant le placement de l'enfant pour disposer de l'histoire médicale et mettre en place un véritable parcours de soins ;
 - de veiller à ce que les directeurs des structures d'accueil définissent un volet santé dans le projet d'établissement ou de service en vue d'intégrer une approche commune des questions relatives à la santé par les professionnels exerçant dans la structure ;
 - d'attacher une attention particulière à l'implication des parents dans les questions concernant la santé de leur enfant lorsque cela est possible et de veiller au respect de l'autorité parentale, par leur information et le recueil de leur accord, dans le cadre des soins apportés à l'enfant en cours de mesure. Des temps d'échanges réguliers avec l'enfant et les parents pourraient être notamment consacrés à la mise à jour des éléments relatifs à la santé et au bien-être de l'enfant confié.

- Aux Présidents des Conseils départementaux de généraliser l'établissement ainsi que la mise à jour régulière du PPE. Le PPE devrait s'attacher à décliner les actions éducatives à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de santé de l'enfant dans le cadre d'une approche globale : santé, bien-être et prévention. Une attention particulière devrait être portée aux enfants porteurs de handicap ou bénéficiant de prises en charges spécifiques;

- Aux DTPJJ de systématiser le recours au RIS en rappelant les objectifs et enjeux de l'outil auprès des professionnels afin de formaliser les actions à engager dans le cadre de la démarche de la « PJJ promotrice de santé » ;

- Aux Présidents de l'ordre des médecins et de l'ordre des chirurgiens-dentistes de rappeler aux adhérents les obligations légales à l'égard des bénéficiaires d'une prestation sociale telle que la Puma et les dispositions spécifiques en matière d'affiliation des enfants confiés au dispositif de la protection de l'enfance pouvant bénéficier d'une couverture santé à titre autonome, en vue de lutter contre les situations de refus de soins illégaux.

III. Accompagner les enfants lors d'un changement de statut (majorité ou retour en famille)

Le temps de la sortie du dispositif de protection de l'enfance est souvent considéré comme une période critique et susceptible d'engendrer des ruptures de droits. Des travaux ont relevé une disparité des pratiques des départements quant à l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie.

Selon l'étude citée ci-avant, la question de la santé n'est pas épargnée par le manque de préparation au changement de statut : 16% des services ASE et 20% des DTPJJ déclarent ne pas préparer le passage à la majorité du point de vue de la santé. Cette absence de préparation peut se traduire par des ruptures de droits en matière d'Assurance maladie du fait d'un manque d'articulation entre les CPAM²⁵ et les services ASE, ces derniers n'informant pas toujours les CPAM du départ des jeunes. Pour les CPAM, la fin de placement représente une période critique dans la collaboration avec les services ASE. À la fin du placement, l'enfant est susceptible de perdre la couverture santé individuelle que le service ASE lui avait obtenue sans pour autant récupérer une couverture santé auprès de ses parents, soit parce que ces derniers ne se chargent pas de l'affiliation notamment en raison d'un manque d'information, soit parce que l'enfant devenu majeur ne connaît pas les procédures et ses droits. La question se pose aussi lors des renouvellements de mesures de protection : 9% des CPAM déclarent avoir des difficultés lors des renouvellements de l'affiliation, principalement en l'absence de procédure définie du côté des services de la protection de l'enfance. Le risque de carence de couverture santé est ainsi accru et pourrait se traduire par une rupture de la continuité des soins. Ces difficultés sont renforcées par la forte méconnaissance chez les professionnels des procédures légales en matière d'affiliation²⁶.

La mise en place d'un entretien de pré-majorité un an avant les 18 ans du jeune, instituée par la loi du 14 mars 2016, devrait contribuer à faire le point avec le jeune sur sa santé et l'informer sur ses droits liés à la santé, en vue notamment d'éviter des ruptures de prise en charge ou des situations de non-recours aux droits²⁷.

Ainsi, le Défenseur des droits recommande :

- Aux Présidents des Conseils départementaux et aux Directeurs territoriaux des PJJ :
 - de transmettre systématiquement une information aux CPAM lors du renouvellement de placement ou de la sortie du dispositif de l'enfant. A l'instar de certains départements, la mise en place d'une procédure qui permettrait à la CPAM d'interroger la base de données du Conseil départemental pour prendre connaissance d'éventuels changements de statut est à encourager ;
 - d'accompagner les périodes de changement de situation (retour en famille, passage à la majorité, ...) afin d'éviter des ruptures des droits liés à la santé. Dans le cadre de l'entretien de pré-majorité, les services devraient informer le jeune et/ou ses parents de leurs droits (MDPH, reconnaissance affection longue durée ...)
 - de veiller à prendre en compte les besoins spécifiques des enfants atteints de pathologies chroniques et/ou porteurs de handicap pour anticiper les changements de situation et garantir la continuité des réponses en termes de santé et d'accompagnement.

²⁵ Ainsi que les autres régimes obligatoires, à savoir MSA et RSI

²⁶ Voir la circulaire n°DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle

²⁷ L'article 15 prévoit l'organisation d'un entretien un an avant la majorité pour faire un bilan du parcours de l'enfant et envisager les conditions de son accompagnement vers l'autonomie en vue de construire une réponse globale adaptée aux besoins de l'enfant en matière éducative, sociale, de santé, de logement, ...

IV. Favoriser la coordination des acteurs concernés par la santé de l'enfant confié en protection de l'enfance

Evoquée dans de nombreux travaux, la politique décentralisée en matière de protection de l'enfance fait intervenir de nombreux acteurs ce qui, malgré leur grande implication²⁸, ne favorise pas toujours leur coordination. Comme le relève l'étude du Défenseur des droits, ce constat se traduit par une hétérogénéité des pratiques professionnelles et un cloisonnement entre les acteurs (ASE, justice, médico-social, santé, éducation nationale, ...). L'absence de politique commune définie en matière de santé des enfants en protection de l'enfance a été aussi relevé.

S'agissant des droits liés à la santé, les procédures en matière d'affiliation à l'Assurance maladie des enfants confiés ont fait l'objet d'une réelle simplification par les CPAM. Une procédure particulière s'applique ainsi aux enfants mineurs confiés aux services départementaux de l'ASE et à la PJJ afin de leur garantir à titre personnel un accès immédiat à la couverture maladie de base, désormais Puma²⁹. Toutefois, l'absence de partenariats formalisés entre les différents acteurs ne permet pas de disposer d'une politique d'affiliation clairement définie : les DTPJJ sont 35% à déclarer la signature d'une convention avec les CPAM et 24% pour les services ASE. Seules 8% des CPAM ont signé une convention avec des établissements ou services associatifs prenant en charge les enfants. En l'absence de formalisation de partenariats, on constate des politiques d'affiliation disparates lors de la mise en place d'une mesure : 88% des services ASE privilégient une affiliation automatique à titre autonome à la CMU contre 50% des unités éducatives d'hébergement de la PJJ.

De plus, l'étude a relevé un cloisonnement marqué entre les professionnels de santé et ceux de la protection de l'enfance. La création d'un médecin référent « protection de l'enfance », inscrite dans la loi du 14 mars 2016, est à saluer en ce qu'elle renforce l'attention portée à la santé des enfants protégés et vise à améliorer les articulations³⁰. Toutefois, il doit être souligné les difficultés liées à la pénurie de médecins et aux conditions d'exercice. Ainsi, la désignation de médecins référents « protection de l'enfance » pourrait se révéler à l'usage difficile à mettre en place. Par ailleurs, sont également à saluer les avancées relatives au plan de lutte contre les violences faites aux enfants³¹ qui prévoit la nomination de médecins référents hospitaliers ainsi que le développement d'une offre de formation initiale et continue pour les professionnels qui travaillent régulièrement au contact des enfants en matière de maltraitance. Le Défenseur des droits restera vigilant quant aux conditions de mise en œuvre de ces dispositions.

Une autre évolution doit être relevée, à savoir l'élaboration, dans chaque département, d'un protocole de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention menées en direction de l'enfant et de sa famille³². Placé sous la responsabilité du Président du Conseil départemental, le protocole devrait être l'occasion de favoriser la promotion d'actions de prévention autour de la santé et du handicap.

²⁸ Voir notamment les travaux de l'ONED, de la Défenseure des enfants, des rapports institutionnels tels que le rapport interministériel « *accueils provisoires et placement d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille* » de NAVES-CATHALA (juin 2000) ou le rapport d'information du Sénat par Mmes DINI et MEUNIER (juin 2014).

²⁹ Circulaire n°DSS/2A/99/701 relative à la mise en œuvre de la CMU du 17 décembre 1999

³⁰ Article 7 de la loi du 14 mars 2016 précitée

³¹ Premier plan interministériel de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants 2017-2019

³² Article 2 de la loi du 14 mars 2016 précitée

Le Défenseur des droits recommande :

- Aux Directeurs des CPAM de promouvoir l'établissement de partenariats formalisés avec les services de l'ASE et les DTPJJ afin d'harmoniser les pratiques en matière d'affiliation des enfants.
- Aux Présidents des Conseils départementaux et/ou aux Directeurs territoriaux des PJJ :
 - de formaliser la coopération avec les services de PMI dans la surveillance médicale des enfants confiés ;
 - de diffuser auprès des professionnels les annuaires relatifs aux ressources médicales et médico-sociales disponibles sur le territoire, en s'appuyant sur les ODPE ;
 - de garantir que les protocoles de mise en œuvre et de coordination des actions de prévention déclinent spécifiquement des orientations opérationnelles portant sur la santé des enfants. À ce titre, il est plus que souhaitable d'encourager une participation active des Agences régionales de santé (ARS) à leur élaboration ;
- Aux Présidents des Conseils départementaux de l'ordre des médecins de développer des partenariats et le travail en réseau pour une sensibilisation des professionnels libéraux à la prise en charge des enfants relevant de la protection de l'enfance.

V. Mettre en œuvre des formations sur la santé des enfants placés à destination des professionnels

La prise en compte de la santé des enfants confiés nécessite une connaissance partagée de la santé chez les professionnels de la protection de l'enfance. Elle implique également que soient dépassés les clivages entre institutions et cultures professionnelles.

La loi du 7 mars 2007 a créé une obligation de formation initiale et continue des professionnels de la protection de l'enfance dont les médecins, les personnels médicaux et paramédicaux ainsi que les travailleurs sociaux³³. Si un effort réel de formation théorique a été réalisé ces dernières années, il reste néanmoins insuffisant, s'agissant en particulier des formations interinstitutionnelles qui ont pourtant montré toute leur pertinence. Dans le cadre des études de médecine, à l'issue de la 1^{ère} année commune, les étudiants admis se préparent en 5 ans aux épreuves classantes. Sur les nombreux sujets étudiés durant les 5 années, répartis en plusieurs modules, un seul, inclus dans le thème « *maturation et vulnérabilité* », concerne la maltraitance. Par ailleurs, la formation est centrée sur le repérage de la maltraitance et n'aborde pas de manière plus globale la santé des enfants relevant de la protection de l'enfance³⁴. L'article 3 de la loi du 14 mars 2016 a confié aux ODPE une nouvelle mission en matière de formation initiale et continue, leur conférant aussi un rôle déterminant à jouer en la matière³⁵. Enfin, le premier plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants

³³ Article 25 de la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 reformant la protection de l'enfance. Cette obligation de formation est détaillée dans l'article D. 542-1 du code de l'éducation qui précise que la formation doit porter sur la sensibilisation au repérage des signaux d'alerte et la connaissance du fonctionnement des dispositifs départementaux.

³⁴ Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants, Sénat, juin 2013

³⁵ Ces derniers sont désormais chargés de réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département et d'élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation des professionnels de la protection de l'enfance. Cette nouvelle mission est à saluer.

prévoit des formations initiales et continues spécifiques à la détection et à la conduite à tenir face aux violences pour les professionnels en contact avec les enfants, dont les professionnels de santé (libéraux et hospitaliers).

Ces évolutions sont d'autant plus opportunes que l'étude du Défenseur des droits citée ci-avant a montré une mise à distance des questions de santé par les professionnels qui accompagnent les enfants confiés en protection de l'enfance. Les éducateurs tendent à considérer la santé comme un domaine technique qui appartient aux spécialistes. Il en résulte un manque de prise en compte de cette dimension dans les pratiques professionnelles, ce qui ne favorise pas l'articulation entre l'éducatif et le sanitaire.

S'agissant des assistants familiaux, ces derniers ne sont pas toujours bien préparés et formés pour faire face aux problématiques médicales de ces enfants ce qui renforce parfois un sentiment d'isolement. Les formations initiales et continues qui leurs sont dispensées devraient viser à renforcer leurs compétences concernant la santé des enfants et des adolescents.

Le Défenseur des droits recommande :

- Au Président du Centre national de formation de la fonction publique territoriale (CNFPT) de développer à destination des travailleurs sociaux des modules de formation continue dédiés à la promotion de la santé des enfants relevant de la protection de l'enfance³⁶ ;
- Au Président de l'Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS) et à la Directrice générale de l'École nationale de protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ) de prévoir des modules de formation relatifs à la promotion de la santé des enfants relevant de la protection de l'enfance afin de sensibiliser les professionnels concernés à ces questions ;
- Aux Présidents des Conseils départementaux d'attacher une attention particulière à l'accompagnement des assistants familiaux sur les problématiques médicales spécifiques des enfants accueillis dans le cadre des formations qui leur sont dispensées ;
- A la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation d'encourager l'introduction d'une obligation de formation générale sur la protection de l'enfance dans le cadre des facultés de médecine ;
- Au Président de la conférence des doyens de facultés de médecine d'appuyer l'introduction d'une obligation de formation générale sur la protection de l'enfance ;
- Aux Présidents des Conseils départementaux dans le cadre des ODPE de promouvoir les nouvelles pratiques prévues dans la loi du 16 mars 2016 à travers la formation initiale et continue notamment en matière de santé.

³⁶ Un partenariat entre le CNFPT et le Défenseur des droits prévoit la mise en œuvre de formations sur le thème des droits de l'enfant