RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Le 31/07/2023

Note relative à la prise en charge médico- psychologique des mineurs non accompagnés (MNA)

Cette note d'instruction est une version actualisée de la note d'instruction à destination des offreurs de soins concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés, publiée par l'ARS d'Ile-de-France en juillet 2019[1]. Résultat d'un travail collaboratif elle est accompagnée d'un « Guide d'information et de recommandations des bonnes pratiques pour l'orientation et l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA) vers les soins en santé mentale ».

Cette note s'adresse aux établissements de soins et services de santé, parmi lesquels, notamment :

- Les services hospitaliers ;
- Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ;
- Les services d'accueil urgence (SAU) ;
- Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) ;
- Les centres et maisons de santé ;
- Les centres médico-sociaux ;
- Les centres de vaccination ;
- Les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ;
- Les centres médico-psychologiques (CMP) ;
- Les centres médico-psychologiques enfants et adolescents (CMPEA) ;

[1] Note d'instruction de l'ARS Ile de France en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés étrangers, du 15 juillet 2019.

- Les maisons des adolescents (MDA) ;
- Les maisons des femmes ;
- Le centre d'orientation et d'accueil (CPOA) ;
- La consultation d'accompagnement psychiatrique et social pour migrants en Île-de-France (CAPSYS) ;
- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), les Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Consultations jeunes consommateurs (CJC) ;
- Les Centres médicaux associatifs…

Cette note s'adresse également à toute personne qui, du fait de ses fonctions professionnelles ou associatives est amenée à orienter vers les soins un mineur non accompagné. Il peut s'agir des professionnels de santé, du social, de l'éducation, de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), de l'associatif ainsi que des bénévoles.

Cette note, et le guide qui l'accompagne, vise à apporter un certain nombre de recommandations afin d'améliorer le repérage, l'orientation et la prise en charge des besoins médico-psychologiques des mineurs non accompagnés (MNA).

Mineurs non accompagnés

Selon la définition du Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (UNHCR), "un enfant non accompagné est une personne âgée de moins de 18 ans […] qui est séparée de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, du fait de la loi ou de la coutume, la responsabilité de le faire".

> ➢ *Cf. « Guide d'information et de recommandations des bonnes pratiques pour l'orientation et l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA) vers les soins en santé mentale » ARS IDF juin 2023, « MNA : des multiples réalités derrière cette définition » pages 5-9.*

Pour accéder à une protection en France, un MNA doit entamer une procédure en reconnaissance de minorité, qui comporte plusieurs étapes. (Cf. Annexe 1). A chacune de ces étapes, le statut et les conditions de vie du MNA peuvent varier.

1. **Le MNA primo-arrivant**, n'ayant eu aucun contact avec les services départementaux de protection de l'enfance ;

Important : un mineur non accompagné relève de la protection de l'enfance. Tout adulte, professionnel ou bénévole, qui est en contact avec un MNA primo-arrivant doit signaler sa présence à la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes du département dans lequel il se trouve, par le biais d'une information préoccupante, et l'orienter

vers le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du département afin que les démarches nécessaires à sa prise en charge par l'ASE puissent être enclenchées.

Informer la Cellule départementale de Recueil d'une information préoccupante
La procédure et les coordonnées des cellules départementales de recueil des informations préoccupantes de chaque département d'Ile-de-France (Cf. annexe 2)

2. **<u>Le MNA en cours d'évaluation par le service d'aide sociale à l'enfance d'un département</u>**. En principe, il bénéficie d'une mise à l'abri d'urgence, au titre de l'accueil provisoire d'urgence (APU), mais ce n'est pas toujours le cas. Il peut donc être en situation de rue. Dans ce cas, il convient de signaler sa situation de rue au Parquet, par le biais d'un signalement. Il convient également de l'orienter vers un avocat. A ce stade, son statut est encore indéterminé et il bénéficie de la présomption de minorité.

3. **<u>Le MNA évalué défavorablement par le service d'aide sociale à l'enfance d'un département</u>**. Il ne bénéficie plus de l'accueil provisoire d'urgence et se trouve en situation de rue ou d'hébergement solidaire. A ce stade, les MNA peuvent contester la décision du département en saisissant le juge des enfants puis, si nécessaire la Cour d'appel, pour obtenir une protection. Ils sont alors en procédure auprès de l'autorité judiciaire (tribunal pour enfants ou Cour d'appel). **Ils doivent être considérés comme mineurs jusqu'à la décision finale de l'autorité judiciaire.**

   Si le MNA fait l'objet de poursuite pénale, la mesure judiciaire et l'accompagnement par les services de la PJJ subsistent.

   <u>Le MNA dont la minorité et l'isolement n'ont pas été reconnus par la Cour d'appel</u>. L'autorité de la chose jugée implique la prise en charge du jeune comme une personne majeure. Si le MNA fait l'objet de poursuite pénale, la mesure judiciaire et l'accompagnement par les services de la PJJ subsistent.

4. **<u>Le MNA reconnu comme tel, soit à l'issue de l'évaluation départementale, soit de la procédure judiciaire</u>**. Le MNA est alors placé sous la protection de l'aide sociale à l'enfance. Il bénéficie d'un référent qui n'endosse cependant pas le rôle de représentant légal.

L'ensemble des profils ci-dessus évoqués sont concernés par cette note. Les MNA suivis par les services de la Protection judiciaire de la jeunesse, dans un cadre pénal, ne font pas exception. Ces derniers peuvent correspondre à chacun des profils décrits ci-dessus.

1. L'enregistrement de l'identité du mineur non accompagné

Quand une personne mineure se présente dans une structure de soins, son identité sera enregistrée à partir des éléments déclarés, quelle que soit l'étape de la procédure en reconnaissance de minorité où il se trouve.

Dans le cadre de l'identitovigilance, il est souhaitable que le mineur puisse présenter les documents d'identité qu'il a en sa possession pour confirmer ses déclarations. Toutefois, si le jeune est dans l'impossibilité de présenter des documents mentionnant l'identité, l'enregistrement sera effectué à partir des seuls éléments déclarés[2].

Lorsqu'un mineur est dans l'impossibilité de présenter des documents d'identité, il est recommandé au service qui le reçoit d'émettre une note sociale. Cette note a pour objectif d'expliquer la situation sociale du jeune. Elle énumère les informations déclaratives relatives à son identité, ses conditions de vie (lieu de vie, ressources financières…), son parcours institutionnel (étape de la procédure en reconnaissance de minorité).

2. Approche du personnel médico-psychologique face aux questions administratives

Tant que la procédure en reconnaissance de minorité est en cours, le doute doit bénéficier à celui qui se déclare mineur. Par conséquent, il convient toujours de considérer comme tel le patient qui se déclare mineur, et ce même si ce dernier présente une décision de non-reconnaissance de son statut de mineur non accompagné prononcée par le Président du Conseil départemental (notification de refus d'admission à l'ASE). Cependant la notification de refus d'admission à l'ASE peut être utilisée, par les travailleurs sociaux qui accompagnent le jeune, pour lui donner accès aux dispositifs de droit commun réservés aux adultes proposant une réponse aux besoins urgents (hébergement, repas, vestiaires, information et soutien juridique...).

Document de refus de prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance
D'après la circulaire du 25 janvier 2016[3] « Le document indiquant qu'une prise en charge au titre de la protection de l'enfance a été refusée doit permettre à l'intéressé de pouvoir accéder à l'ensemble des droits reconnus aux personnes majeures : hébergement d'urgence, ouverture de droits à l'aide médicale d'état, dépôt d'une demande d'asile ou de titre de séjour dans le cadre fixé par le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ».

[2]Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

[3] http://www.justice.gouv.fr/publication/mna/circ_intermin20160125.pdf

Cette approche permet de dissocier la prise en charge médico-psychologique des questions administratives et judiciaires. Le personnel médical, social et éducatif n'est pas habilité à déterminer la véracité de l'âge et de l'isolement allégués. Cela est une fonction qui revient aux autorités administratives et judiciaires. Tout doute concernant l'âge déclaré peut porter préjudice à la personne se déclarant mineure et isolée, tant dans le cadre des démarches administratives et juridiques que dans le cadre de la prise en charge médico-psychologique.

La remise en cause de l'âge allégué impacte psychiquement les jeunes et complique la création d'un lien de confiance entre le MNA et le professionnel du médico-social. Lorsqu'elle se matérialise par le refus d'enregistrer la date de naissance déclarée, elle crée une incohérence dans le dossier médical du patient (risque de doublons...).

3. Le consentement aux soins du mineur non accompagné

Interprétariat professionnel et médiation en santé
Il est nécessaire de prêter une attention particulière à la bonne compréhension du jeune patient concernant sa prise en charge. Certains MNA sont allophones. D'autres maitrisent peu le français, et ce même lorsqu'ils sont originaires de pays où le français est l'une des langues officielles. Dans leur grande majorité, ils méconnaissent le système de santé français. Cela entraîne pour eux des difficultés à formuler des demandes d'aides spécifiques et à comprendre le vocabulaire médico-psychologique. C'est pourquoi le recours à l'interprétariat professionnel[4] et/ou à la médiation en santé est indispensable.
➢ **Les établissements de santé et offreurs de soins doivent informer leurs équipes de la possibilité de recourir à l'interprétariat professionnel et définir un protocole clair et conforme au référentiel établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le faire.**

Pour les soignants, l'absence d'autorité parentale ne doit pas constituer un obstacle aux soins.

En cas d'urgence, quelle que soit la situation du mineur, le médecin doit donner les soins nécessaires[5] (Cf. annexe 2 et 3).

Hors soins urgents, il existe des dérogations à l'obligation de recueil du consentement des représentants légaux qui permettent aux soignants d'intervenir :

1. **Dispense d'obtention du consentement des titulaires de l'autorité parentale lorsque des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou**

[4] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

[5] Article R 4127-42 du Code de la santé publique : "En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible".

d'intervention s'imposent pour sauvegarder la santé d'une personne mineure[6] . Dans ce cas de figure, le soignant doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur et peut demander à ce dernier de venir accompagné d'une personne majeure de son choix (mais ce n'est pas une condition obligatoire).

Les dispositions tendant à ce que le mineur désigne une personne majeure de son choix (sans que cela soit une condition obligatoire), lorsqu'il consent seul aux soins, ont vocation à aider ce dernier dans la compréhension des informations transmises et à donner son consentement de manière éclairée. Elles présentent également l'intérêt de ne pas laisser le mineur seul dans ses démarches auprès d'adultes. En revanche, cet adulte accompagnant n'ayant pas l'exercice de l'autorité parentale, il n'a aucun droit, ni devoir envers le mineur et n'a donc pas à prendre de décision à sa place.

Le mineur non accompagné peut demander que la personne accompagnante soit présente pendant l'entretien médical. Pour autant, l'équipe soignante peut demander à cette dernière de sortir au moment de l'entretien ou de l'examen, pour permettre au patient de pouvoir s'exprimer librement mais aussi pour se prémunir des phénomènes d'emprise et/ou en cas de suspicion d'une situation de traite des êtres humains.

Si le mineur se présente seul, ce n'est pas un obstacle à l'accès aux soins. Il peut être reçu seul ou également désigner un accompagnateur adulte au sein de l'équipe du service concerné, notamment en cas d'actes invasifs ou de délivrance de médicaments. Il est utile dans ce cas d'en informer l'administrateur de garde.

2. **Dispense d'obtention du consentement des titulaires de l'autorité parentale lorsque le mineur bénéficie à titre personnel d'une protection universelle maladie** [7]**.** Dans ce cas de figure, le soignant doit prendre attache avec le service social de sa structure pour confirmer le rattachement du mineur à la couverture maladie universelle à titre personnel.

Certains MNA, qui bénéficient ou ont bénéficié d'une mesure de protection auprès de l'Aide sociale à l'enfance, peuvent être détenteurs de la protection universelle maladie PUMa CSS. Cette couverture est ouverte le temps de la prise en charge ASE et maintenue jusqu'à la fin

[6] Article **L 1111-5 du Code de la santé publique** : « Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

[7] Article **L 1111-5 du Code de la santé publique : «** Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis ».

des droits. Dans ce cas-là, le mineur dispose d'une autonomie décisionnelle. Seul son consentement est requis.

3. **Dispense d'obtention du consentement des titulaires de l'autorité parentale lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci**[8] **.** Dans ce cas de figure, le soignant doit saisir le Parquet afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent sans le consentement des parents et/ou des tuteurs légaux. Dans ce signalement, il faut expliciter les raisons sociales (ex. l'isolement du patient) et les risques sanitaires encourus si les soins ne sont pas apportés.

Saisir le ministère public (Parquet) : signalement au Procureur
Signalement au Parquet (Cf. annexe 4).

4. La prise en charge au sein de la structure de soins

Dans le respect des mesures d'identitovigilance, de la détermination des mesures appropriées de consentement aux soins et de la sortie de l'établissement, les personnels de santé organisent une proposition de prise en charge médico-sociale.

Organisation de la prise en charge médicale
Repères juridiques pour l'organisation de la prise en charge d'un MNA (Cf. annexe 2)

i. Prise en charge médicale

[8] Article **R1112-35 du Code de la santé publique** : « En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ».

Article **L. 1111-4 du code de la santé publique** : « […]Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables».

Pour toute question relative au recueil du consentement du patient et de ses représentants légaux, voir section 3 “Le consentement aux soins du mineur” (Cf. annexe 2).

Pour toute question relative au premier bilan de santé, se référer à l’avis émis par le Haut conseil de la santé publique, en novembre 2019[9].

Concernant la transmission d’informations médicales relevant du secret professionnel :

- Pour les patients correspondants aux profils n°1 (primo-arrivants), n°2 (en cours d’évaluation par le département), n° 3 (en procédure auprès de l’autorité judiciaire) et n° 5 (reconnus mineurs et pris en charge par l’ASE) : afin de garantir la continuité des soins, le médecin de l’établissement de santé échange des informations relatives à la prise en charge du patient MNA avec le médecin référent de l’ASE.

Important : si le patient au profil n°3 ne bénéficie pas d’une prise en charge provisoire de l’ASE, il ne bénéficie pas non plus de l’accompagnement d’un référent éducatif de l’ASE qui coordonne son parcours de soin. Il peut néanmoins faire l’objet d’une mesure judiciaire dans le cadre de la justice pénale des mineurs. En ce cas, un service de milieu ouvert de la PJJ est en charge de son suivi. En l’absence de tout suivi ASE/PJJ, il revient donc d’informer le patient des modalités de sa prise en charge et de ses suites. L’interprétariat professionnel et la médiation en santé doivent être utilisés pour s’assurer de la bonne compréhension du patient.

- Pour les patients correspondant aux profils n° 4 (non reconnus mineurs à l’issue de la procédure judiciaire) : il revient d’informer le patient lui-même et le service de milieu ouvert de la PJJ s’il fait l’objet d’une mesure judiciaire.

Dans tous les cas de figure et comme pour tout patient, une synthèse des éléments du dossier médical ainsi que les documents médicaux nécessaires à son suivi ultérieur devront être transmis au jeune. Pour prévenir le risque de perte de documents le patient peut être invité à les prendre en photo avec son téléphone s’il en a un.

Dans tous les cas de figure, puisqu’il s’agit de patients en situation de précarité, le soignant oriente le patient vers le service social rattaché à son service afin que le besoin d’accompagnement social puisse être évalué et mis en œuvre, si nécessaire.

Points d’attention :

- Les examens médicaux pour orienter les décisions de reconnaissance de la minorité ne sont réalisés que dans des Unités Médico-Légales et sur réquisition judiciaire.
- Une vigilance doit être mise en place par la structure de soins qui accueille un MNA afin qu’aucune donnée soumise au secret professionnel ne soit communiquée à du personnel non soignant, hors réquisition judiciaire.

[9] Haut Conseil en Santé Publique, Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés, 7 novembre 2019.

ii. Prise en charge psychiatrique[10]

Cas de figure n° 1 : patients confiés à l'ASE ou à la PJJ

Point d'attention :

- Cette section concerne les patients aux profils n°1 (primo-arrivants), n°2 (en cours d'évaluation par le département), n°3 (en procédure auprès de l'autorité judiciaire et qui bénéficient d'une mesure de placement provisoire) et n° 5 (reconnus mineurs et pris en charge par l'ASE).
- En absence de suivi par l'ASE et/ou la PJJ, les règles énoncées ci-dessous ne s'appliquent pas. Dans ce cas, l'appréciation de leur situation relève de celle des « patients sans domiciliation stable » (voir ci-dessous).

Le secteur en charge du suivi est défini après discussion collégiale, en fonction de la situation du mineur. Les éléments à prendre en compte sont le lieu de résidence actuel, celui où le mineur a ses habitudes de vie et retournera après la mesure de placement, et la facilité de déplacement vers le lieu de soins pour les personnes qui auront la charge d'accompagner le mineur. Il s'agit de privilégier la solution qui permet la meilleure continuité des soins et qui respecte l'intérêt supérieur de l'enfant. S'il est en capacité de se prononcer, il pourra également faire part de sa volonté.

Si un suivi préexiste : Lorsque le mineur a bénéficié dans le passé d'un suivi dans un secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Ile de France, cette équipe assure la continuité du suivi. Si le lieu de placement du mineur est trop éloigné, un accord peut être passé pour une prise en charge transitoire par le secteur du lieu de placement / hébergement via une délégation de soins. A la fin de la mesure de placement, les soins sont repris par le secteur d'origine, sans période de latence. Une bonne communication des informations relatives à la fin du placement, entre le secteur assurant la prise en charge « transitoire » et le secteur d'origine, est nécessaire pour organiser la continuité des soins.

En l'absence de suivi préexistant : Le lieu de placement s'entend comme structure d'hébergement collectif ou famille d'accueil.

- Si le mineur est hébergé de façon stable (ex : type d'hébergement prévu pour des placements de longue durée, absence de date fixée pour quitter le lieu d'hébergement), depuis plus de trois mois, le suivi est assuré par le secteur du lieu de placement.
- Si le mineur est hébergé dans un lieu de placement provisoire, le suivi est assuré par le secteur le plus à même de garantir la continuité des soins à l'issue de l'hébergement provisoire. Dès que le lieu d'hébergement du mineur est stabilisé, les modalités d'identification du secteur décrites supra sont mises en œuvre. Dans tous les cas, le

[10] Pour plus de détails, se référer à la note relative à la sectorisation des soins psychiatriques en Ile de France, ARS, 03/07/ 2023

médecin référent de l'ASE et/ou de la PJJ est associé à la décision de prise en charge du mineur.

Ces règles s'appliquent également aux mineurs ne résidant pas habituellement en Ile de France et aux mineurs non accompagnés, sauf dans la situation où ils ne bénéficieraient pas de lieu d'hébergement. (Cf. Cas de figure N°2)

Cas de figure n° 2 : MNA (profil n°1 et profil n°3) et sans domiciliation stable

L'article L. 3222-4 du CSP prévoit que le directeur général de l'ARS organise avec les établissements de secteur les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.

Ces personnes « au domicile indéterminé » sont prises en charge de manière la plus adaptée à leur situation et dans le respect de l'intérêt du patient.

Par principe, l'absence d'adresse stable ne peut être opposée à une personne pour lui refuser l'exercice d'un droit ou d'un service essentiel garanti par la loi (article L. 264-3 du Code d'action sociale et des familles). Ainsi, le secteur dans lequel est adressé le patient dit « sans domicile stable » doit le recevoir et lui proposer une prise en charge adaptée à son état clinique, comme pour tout patient.

Lorsque le patient se présente spontanément dans un lieu proposant des soins psychiatriques, sa situation est examinée par le psychiatre. Tenant compte du degré d'urgence, il procède par élimination des critères subsidiaires, afin de déterminer l'orientation du patient vers son secteur de référence :

1. **Reprise par le secteur** : s'il existe un suivi en cours ou interrompu depuis moins de trois ans, le secteur qui a assuré le plus récemment sa prise en charge sera le secteur d'adressage du patient;
2. **Demande expresse du patient** : si le patient a la capacité de formuler une demande éclairée d'adressage, celle-ci doit être suivie autant que possible conformément à la procédure indiquée (cf. supra);
3. **Localisation de la structure de vie** : si le patient réside dans une structure de vie, même précaire et quel que soit son statut (hors structure sanitaire), sa localisation peut permettre de définir l'orientation de la prise en charge vers le secteur concerné. Différents critères non cumulatifs permettent de déterminer si la structure de vie où réside le patient permet de déterminer son secteur de prise en charge :
    - La durée d'hébergement, supérieure à trois mois, de la personne dans la structure ;
    - L'engagement de reprise de la personne au sein de la structure ;
    - La pérennité de la structure.

    Toute liste antérieure, relative à des adresses réputées non sectorisantes, est caduque.

4. **Domiciliation administrative au centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CCIAS):** si le patient est domicilié au CCAS ou au CCIAS, cette adresse sert de lieu de sectorisation du patient. Cette domiciliation est à différencier de celle effectuée auprès d'une association ayant un agrément de domiciliation, qui ne reflète pas nécessairement les habitudes de vie de la personne.
5. **Lieu de contact** : à défaut d'identification possible par les critères précédents, le lieu où a été formulée la demande de prise en charge psychiatrique est utilisé comme adresse de sectorisation. Il correspond souvent au lieu d'intervention des équipes de secours. En dernier recours, la localisation du service d'accueil des urgences (SAU) sert de lieu de contact uniquement lorsqu'aucun des critères précédents n'a pu être appliqué.

Par spécificité, pour Paris ainsi que pour les zones aéroportuaires Orly-Roissy-Charles De Gaulle, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) se charge de l'orientation et de l'examen clinique le cas échéant. Il apprécie l'équité de la charge pour déterminer le secteur de rattachement du patient, en concertation avec l'Infirmerie Psychiatrique près de la Préfecture de Police (IPPP).

Le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)
<u>En première intention : l'avis du CPOA</u> Le CPOA du Groupement hospitalier universitaire Paris-Psychiatrie-Neurosciences (GHU PPN) est missionné par l'ARS Ile-de-France pour identifier le lieu de prise en charge d'un patient, en cas de désaccord entre établissements sur l'interprétation de la présente note. Il est garant, en première intention, du respect et de la bonne application des principes posés par la présente note dont le champ s'étend à tous les patients relevant d'une prise en charge en Ile-de-France. La saisine du CPOA permet d'aider les professionnels à identifier le secteur compétent en cas de difficulté au regard des principes énoncés dans la présente note. Elle n'a pas pour objectif d'appuyer les établissements dans la recherche de solution d'aval concernant des situations individuelles. <u>En seconde intention : la saisine de l'ARS IDF</u> Si malgré la saisine du CPOA, des difficultés persistent et sont de nature à induire un préjudice dans l'accès aux soins du patient, l'ARS peut être saisie en seconde intention par le CPOA. En dernier recours, dans le cas d'un refus d'admettre un patient sur le secteur déterminé comme étant le sien, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'ARS, en vertu de l'article R. 1112-12 du Code de la santé publique.

iii. Prise en charge sociale

D'une manière générale, pendant le temps de la prise en charge, le travailleur social rattaché au service de soins où la personne mineure consulte doit vérifier la mise en place d'un parcours au titre de l'ASE, et le cas échéant d'une prise en charge sociale.

Pour ce faire, le travailleur social prend attache avec l'aide sociale à l'enfance du département dans lequel se trouve le service de soin[11].

Pour les patients correspondants au profil n°1 (primo-arrivants), le travailleur social signale sa présence au Conseil Départemental par le biais d'une information préoccupante (cf. annexe 3)

Pour les patients correspondants au profil n°2 (en cours d'évaluation par le département) :

- Si le patient est orienté par le service de mise à l'abri de l'Aide Sociale à l'Enfance (il bénéficie donc d'un hébergement provisoire ASE), le travailleur social se met en lien avec les travailleurs socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance afin de partager les informations nécessaires à la coordination des soins et à la continuité du parcours sanitaire, social ou médico-social. Il s'assure également qu'une démarche pour ouvrir les droits à une protection maladie est réalisée ou en cours et, le cas échéant, procède lui-même à l'ouverture des droits. La transmission d'information doit être faite sous réserve de l'accord du patient et ne peut en aucun cas porter sur des éléments soumis au secret médical.
- Si le patient n'est pas orienté par le service de mise à l'abri de l'ASE et déclare vivre à la rue ou en hébergement informel, le travailleur social signale le patient au Parquet (cf. annexe 3) afin d'obtenir un placement provisoire. Cette démarche permet d'obtenir la mise à l'abri effective du patient par l'Aide sociale à l'enfance, et par conséquent de préparer la sortie d'hospitalisation ou la poursuite des soins en ambulatoire, en évitant une remise à la rue.

Pour les patients correspondant au profil n° 3 (en procédure auprès de l'autorité judiciaire) :

- Si le patient bénéficie d'une prise en charge provisoire auprès de l'ASE (à la suite d'une ordonnance de placement provisoire prise par le juge), le travailleur social se met en lien avec les travailleurs socio-éducatifs de l'Aide Sociale à l'Enfance afin de partager les informations nécessaires à la coordination des soins et à la continuité du parcours sanitaire, social ou médico-social. Il s'assure également qu'une démarche pour ouvrir les droits à une protection maladie est réalisée ou en cours et, le cas échéant, procède lui-même à l'ouverture des droits. La transmission d'information doit être faite sous

[11] La loi de modernisation du système de santé, modifiant l'article L 1110-4 du Code de la santé publique, élargi le champ des professionnels concernés par le secret professionnel et pose le cadre du partage des informations à caractère secret. Le texte précise qu'un "professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social (…)".

réserve de l'accord du patient et ne peut en aucun cas porter sur des éléments soumis au secret médical.

- Si le patient ne bénéficie pas d'une prise en charge provisoire auprès de l'ASE, le travailleur social signale le patient au Parquet (cf. annexe 3) afin d'obtenir un placement provisoire. Cette démarche permet de préparer la sortie d'hospitalisation ou la poursuite des soins en ambulatoire, en évitant une remise à la rue. Le travailleur social s'attache également à obtenir une domiciliation administrative et l'ouverture des droits à l'Aide Médicale d'Etat.

Pour les patients correspondant au profil n° 4 (non reconnus mineurs à l'issue de la procédure judiciaire) : il s'agit de considérer le patient comme une personne majeure en situation de précarité. A moins d'un suivi par les services de la PJJ, le travailleur social s'attache à lui obtenir une domiciliation administrative, l'ouverture des droits à l'Aide Médicale d'Etat et prépare la fin de la prise en charge en orientant le patient vers les structures sociales ou médico-sociales offrant un hébergement, un accompagnement social et un accompagnement médical, le cas échéant.

Pour les patients correspondant au profil n° 5 (reconnus mineurs et pris en charge par l'ASE): le travailleur social se met en lien avec les travailleurs socio-éducatifs de l'aide sociale à l'enfance afin de partager les informations nécessaires à la coordination des soins et à la continuité du parcours sanitaire, social ou médico-social. Il s'assure également qu'une démarche pour ouvrir les droits à la protection maladie universelle (PUMa) est réalisée ou en cours et, le cas échéant, procède lui-même à l'ouverture des droits. La transmission d'information doit être faite sous réserve de l'accord du patient et ne peut en aucun cas porter sur des éléments soumis au secret médical.

Points d'attention :

- Dans tous les cas de figure, la discussion autour de la véracité de l'âge allégué ne rentre pas dans le périmètre des soins et de la prise en charge sociale à organiser.
- Le fait d'être hospitalisé dans un service d'adulte ne présume pas de la majorité.
- Le service social de l'établissement de santé peut remettre au patient en situation de précarité un guide d'information tel que WATIZAT[12] ou SOLIGUIDE[13] qui comporte des informations relatives aux associations et services solidaires (aide alimentaire, douches, distribution de vêtements, accompagnement social...).

[12] https://watizat.org
[13] http://soliguide.fr/fr

5. La sortie d'hospitalisation ou la fin de la prise en charge

La sortie d'hospitalisation ou la fin de la prise en charge sont des moments clés au cours desquels le risque de rupture de soins est important. Il revient de préparer la fin de la prise en charge en amont (voir section 4 et ci-dessous).

Pour les patients correspondants au profil n°1 (primo-arrivants), n°2 (en cours d'évaluation par le département ou n° 5 (reconnu mineur et pris en charge par l'ASE) : un professionnel de l'établissement de santé prend attache avec les travailleurs sociaux de l'ASE en charge de son accompagnement et de son hébergement pour organiser la sortie : ces derniers peuvent venir le chercher ou autoriser la sortie du patient seul.

Pour les patients correspondants au profil n°3 (en procédure auprès de l'autorité judiciaire) :

- Si le patient bénéficie d'une prise en charge provisoire auprès de l'ASE (suite à une ordonnance de placement provisoire prise par le juge), un professionnel de l'établissement de santé prend attache avec les travailleurs sociaux de l'ASE en charge de son accompagnement et de son hébergement pour organiser la sortie : ces derniers peuvent venir le chercher ou autoriser la sortie du patient seul. Si le jeune sort sans autorisation, il doit être considéré en fugue : le personnel de l'établissement de santé applique les consignes de signalements requis.

Si le patient ne bénéficie pas d'une prise en charge provisoire auprès de l'ASE, et il est sortant cliniquement, il est recommandé de le signaler au Parquet afin de provoquer les mesures d'assistance éducative. En cas de non mise en place de celles-ci, il est recommandé/souhaitable que les "aidants" qui ont adressé le jeune soient informés – avec l'accord du jeune - de la sortie de ce dernier et qu'il leur soit proposé de venir le chercher. Si le jeune sort contre avis médical, il doit être considéré en fugue : le personnel de l'établissement de santé applique les consignes de signalements requis. Lors d'une prise en charge en soins, tout mineur sans accompagnement doit faire l'objet d'un signalement au Parquet.

Pour les patients correspondants au profil n° 4 (non reconnus mineurs à l'issue de la procédure judiciaire) : il revient de considérer le patient comme une personne majeure en situation de précarité.

Points d'attention :

- Pour la transmission d'information médicales (CR d'hospitalisation /dossier médical...) (Cf. Section 4).

La délivrance des médicaments

L'accès aux traitements est un obstacle majeur pour les patients MNA, qui se voient opposer des refus de délivrance du fait de leur minorité ou de l'absence de droits ouverts à une protection maladie.
Il revient de porter une attention particulière à cet aspect afin de garantir la bonne poursuite du projet thérapeutique.

En sortie d'hospitalisation : lorsque la prise en charge hospitalière prend fin mais que le patient doit poursuivre un traitement médicamenteux, s'il n'a pas de couverture sociale, il est primordial de l'orienter vers la pharmacie hospitalière, notamment en délivrant le document adéquat et en l'accompagnant physiquement vers ce service. Le recours à l'interprétariat professionnel et à la médiation en santé doit être utilisé pour expliquer la posologie dans une langue comprise par le patient.
Si la pharmacie n'est pas accessible, il convient d'orienter le patient vers une PASS.
Hors cadre hospitalier : Aucun texte n'interdit à un pharmacien d'officine en ville de délivrer des médicaments nécessitant une ordonnance à un mineur[14].

Points d'attention : il revient d'être vigilant au risque de mésusage lié à la prescription de certaines spécialités médicamenteuses (notamment la prescription prolongée d'antalgiques majeures, psychotropes, anti-infectieux). Pour limiter les risques, il est préférable dans certains cas d'étaler la délivrance des médicaments dans le temps.

6. La protection de la santé pour les MNA

Les mineurs non accompagnés (MNA), un public à la santé dégradée :

Les mineurs non accompagnés (MNA) constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires, du fait des conditions de vie précaires.

La santé des MNA peut être particulièrement dégradée en raison de plusieurs facteurs, présents à la fois dans les pays d'origine, de transit et de destination.

- Cf. « *Guide d'information et de recommandations des bonnes pratiques pour l'orientation et l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA) vers les soins en santé mentale » ARS IDF juin 2023, « Adolescence et migration : une double vulnérabilité ? » page 10- 12.*

Les facteurs de vulnérabilités sont multiples :

- Prévalences de certaines pathologies en raison de la provenance de pays à forte endémie ;
- Conditions de vie dans le pays d'origine, qui sont souvent les causes du départ (..) ;
- L'impact de la migration sur l'enfant et l'adolescent ;
- Conditions de vie en France : précarité, isolement, multiples obstacles pour accéder aux soins (absence de protection maladie, allophonie, méconnaissance du système de soin…)

[14] Cf. Note de l'ARS du 15 juillet 2019.

Parcours de soins et rendez-vous santé migrant primo-arrivant :

Le public des mineurs non accompagnés est concerné par le rendez-vous santé migrant[15] primo-arrivant. Ce dernier peut prendre la forme d'un parcours entre différentes structures de santé (PASS, CPEF, centre de vaccination, CLAT, CeGGID...). Certains patients peuvent organiser par eux-mêmes tout ou partie de ce parcours, avec les informations délivrées par les professionnels de santé. Pour bénéficier au patient, un tel parcours de santé doit respecter plusieurs principes : une information claire, loyale, appropriée, un consentement libre et éclairé, l'accès aux résultats, la préservation de la possibilité de non-facturation des actes, l'évitement de répétition des examens. Ainsi, la plus grande articulation des soins est à rechercher.

Prise en charge des MNA victimes ou suspectés d'être sous l'emprise d'un réseau de traite :

Différentes typologies de réseaux de traite existent : proxénétisme, prostitution forcée, trafics de drogue, de travail illégal, notamment domestique, etc. Les modes de maintien sous emprise peuvent être multiples. Dans ces situations il est important de faire une Information Préoccupante (IP) (cf. annexe 3) auprès de la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département concerné ET un signalement au procureur de la république (cf. annexe 4). En cas de danger grave et imminent contacter le 17 qui fera le lien avec les services de justice.

Prise en charge des jeunes filles :

Pour les jeunes filles mineures non accompagnées il est important de les informer et/ou orienter vers les dispositifs / services spécialisés en santé sexuelle et reproductive, espaces santé jeunes, planning familial et centre de santé sexuelle, les CeGIDD, les Maisons des Femmes (pour les femmes ayant été victimes de violences), la PASS pédiatrique de Necker et les PMI pour les jeunes MNA enceintes.

Prise en charge des violences :

- Si un MNA est reconnu mineur : il ou elle dépend de l'ASE. Dans ce cas il peut bénéficier d'une prise ne charge dans une Unité d'Accompagnement Pédiatrique Enfant en Danger (UAPED) via le circuit suivant : Urgences >> Orientation vers les urgences pédiatriques ou gynécologiques (selon proximité) >> Plainte sur place possible
- Si un MNA est non reconnu mineur (même en phase d'appel) il ou elle peut bénéficier de l'ensemble de dispositifs de santé de droit commun via le circuit suivant: Urgences/ Urgences gynécologiques >> dépôt de plainte à l'hôpital ou au commissariat >> UMJ sur réquisition ou prélèvement pour recueil de la plainte par un professionnel de santé de l'Hôpital.

[15] Cf. « Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés », Haut Conseil de la Santé Publique, 7 novembre 2019.

- L'agence régionale de santé d'Ile de France accompagne en IDF 10 dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences souvent appelés Maisons des femmes (cf. tableau). Le circuit est alors le suivant : urgences >> orientation vers la Maison des femmes s'il y'en a une qui organise le dépôt de plainte sur place (selon convention) et les prélèvements. L'organisation reste variable d'un site à un autre selon les conventions signées et la localisation des UMJ.
- ***Point de vigilance :***
  Il est recommandé de privilégier le dépôt de plainte au sein de la structure hospitalière afin de garantir que la procédure pourra effectivement être suivie par le ou la MNA victime de violence. Le dépôt de plainte au commissariat s'avère dans la majorité des cas être un motif de renoncement de la part de jeunes qui craignent faire l'objet d'une arrestation du fait d'un statut administratif indéterminé.

<u>Prise en charge des MNA consommateurs de produits toxiques :</u>

Certains MNA peuvent être consommateurs de drogues.

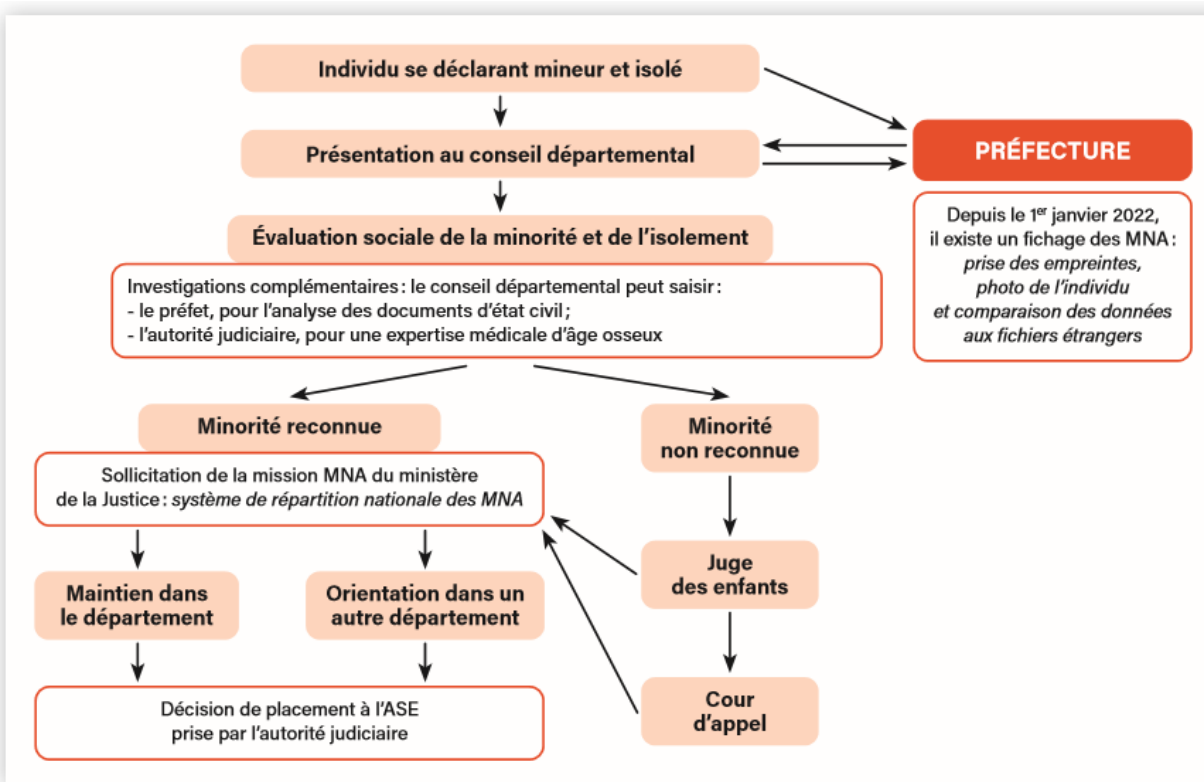
- *Cf. « Guide d'information et de recommandations des bonnes pratiques pour l'orientation et l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA) vers les soins en santé mentale » ARS IDF juin 2023, « Adolescence et consommation de produits toxiques » pages : 13-15.*

Si la consommation est connue ou soupçonnée par les intervenants, il est important d'en faire état lors de l'orientation vers les soins car les effets psychiques des produits peuvent être confondus avec des troubles psychotiques. Quand ils sont aussi suivis par la PJJ ou l'ASE, il est important d'envisager un accompagnement pluridisciplinaire.

Outre les services d'urgence, les accompagnements à visée de réduction des risques (type CAARUD) mais également spécifiques aux personnes en errance et en grande précarité (type EMPP) représentent des dispositifs de soins de premiers recours pour les MNA les plus éloignés du système de santé et de l'accompagnement éducatif.

ANNEXES

Annexe n°1 - Schéma parcours MNA



Les jeunes se déclarant mineurs et privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille bénéficient de la présomption de minorité jusqu'à ce qu'une décision de justice ayant autorité de chose jugée soit rendue. Cependant les structures de soins et d'accompagnement pour adulte peuvent rencontrer les situations suivantes :

Les jeunes sont primo-arrivants et ne se sont pas présentés auprès des services départementaux de l'enfance en danger :

- En dehors des situations de soins urgents, il convient de les orienter vers les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), en les accompagnant si besoin pour s'assurer de la bonne orientation et de la prise en charge par ces services ;

L'évaluation de la minorité est en cours auprès des services de l'aide sociale à l'enfance :

- Il incombe aux autorités du département de mettre en place un accueil d'urgence adapté comprenant la réalisation d'un bilan de santé ;
- Pour les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention permettant de sauvegarder la santé, le mineur peut se faire accompagner d'une personne de son choix, non détentrice de l'autorité parentale.

Les personnes sont ou ont été admises à l'aide sociale à l'enfance (ASE) :

- Si les personnes sont âgées de 16 ans au moins et sont détentrices d'une couverture maladie protection maladie universelle (PUMA) et d'une complémentaire santé

solidaire (CSS), elles disposent d'une autonomie décisionnelle, seul leur consentement est requis ;

Les personnes font l'objet d'un refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance (ASE) :

- Elles doivent être informées des droits reconnus aux personnes majeures notamment en matière d'hébergement, d'aide médicale, de protection contre la traite des êtres humains, d'asile ou de séjour. Les dispositifs pour adultes peuvent les accueillir ou les accompagner sur présentation de la notification de refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance ;
- Elles doivent être informées des démarches effectuées par les services de l'ASE, notamment concernant leur santé : résultat du bilan, demande d'AME...
- Elles peuvent bénéficier des services de droit commun proposant une réponse aux besoins urgents (repas, vestiaires, information juridique...) ;
- Il est néanmoins recommandé que pour les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention permettant de sauvegarder la santé, la personne se fasse accompagner d'une personne de son choix ;
- Le principe de présomption de minorité demeure et les personnes peuvent saisir le juge des enfants pour une nouvelle demande de protection. Les dispositifs pour adultes peuvent les accompagner en ce sens ;
- Elles peuvent saisir tribunal administratif en référé pour demander des mesures provisoires dans l'attente de la décision du juge pour enfants ;
- Elles peuvent saisir le comité des droits de l'enfant des Nations unies qui peut ordonner la mise en place de mesures provisoires

Les personnes n'ont pas été reconnues mineures par le juge des enfants :

- L'autorité de la chose jugée implique de reconnaître la personne majeure et de l'accompagner en tant que telle.

Annexe n°2 – Repères juridiques pour l'Organisation de la prise en charge d'un MNA

Délégation de l'autorité parentale:
L'autorité parentale peut être déléguée par un JAF de façon provisoire à un tiers ou à un organisme spécialisé (ex. ASE) en cas de désintérêt manifeste ou d'impossibilité de l'exercer (art. 376 à 377-3 du code civil).

Soin au mineur et secret professionnel:
L'article L;111-5 du CSP, prévoit deux hypothèses dans lesquelles le mineur dispose du droit – en accord avec le médecin – de ne pas révéler aux titulaires der l'autorité parentale certains traitements ou certaines interventions concernant sa santé:

- Situations dont le traitement et/ou l'intervention apparaissent indispensables pour sauvegarder la santé du mineur. Le médecin doit convaincre le mineur de se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.
- Les mineurs « dont les liens de famille sont rompus » et que bénéficient à titre personnel d'une couverture médicale, à partir de 16 ans, seul leur consentement est requis.

Garder le secret (hors urgence) en particulier sur les cas suivants:
Prescription, délivrance ou administration de contraceptifs 'art.L;5134-1 du CSP), demande d'IVG et actes médicaux et soins liés (art.L2212-7 alinéa 1er du CSP), dépistage du VIH et de toute autre MST (art. L.3121-2 du CSP), accouchement (art.326 du CC).

Le consentement du mineur:
La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé, a introduit l'alinéa 7 de l'article L.111-4 du Code de la Santé Publique, qui dispose que « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

Soins pénalement ordonnés:
Comme pour les majeurs, les soins pénalement ordonnés supposent le consentement du patient. S'il s'y oppose, le sursis peut être révoqué et il peut être placé en détention.

Ce n'est pas une urgence	C'est une urgence	C'est un soin imposé
C'est un acte usuel (prescription ou acte de soin qui n'exposent pas le mineur à un danger particulier)	La santé ou l'intégrité du mineur risquent d'être compromises par l'impossibilité de recueillir le consentement du représentant légal.	Le Préfet – dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte – peut décider d'une hospitalisation à l'égard d'une personne « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Article L. 1111-5 du CSP: « Par dérogation à l'article 371-1 du Code civil, le médecin ou la sagefemme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure… »	Le mineur doit être considéré comme en danger et doit faire l'objet d'un signalement. Le JE dans le cadre d'une hospitalisation pour assistance éducative peut confier l'enfant en danger à un service ou à un établissement sanitaire ou d 'éducation, ordinaire ou spécialisé (art. 375.3 du CC). Réalisation du soin peut se réaliser via une délégation d'autorité parentale par le JAF, saisi par le Parquet suite à un signalement. Art.376 à 377-3 du CC.	Un seul certificat médical doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du mineur (art. L3213-1 CPS).
C'est un acte non usuel (acte médical considéré comme lourd, dont les effets peuvent engager le devenir du mineur et ayant une probabilité non négligeable de survenir). - SI PAS URGENT: sans accord parental pas de réalisation du soin (art. R1112-35 alinéa 3 du CSP) - SI URGENT: réalisation du soin via une délégation d'autorité parentale par le JAF, saisi par le Parquet suite à un signalement. Art.376 à 377-3 du CC.	Pour obtenir l'autorisation de soins, il revient de signaler le patient au Parquet, qui se rapprochera du juge aux affaires familiales afin d'obtenir une délégation d'autorité parentale (art. 376 à 377-3 du CC).	

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Elle est possible à l'égard d'un mineur mais demeure en principe exceptionnelle. Elle s'intègre dans le cadre plus large d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Sont susceptibles de faire l'objet de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, « les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sureté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Cette admission est prononcée par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié. Dans le cadre du dispositif d'urgence, il existe des critères supplémentaires qui sont requis pour prendre des mesures provisoires :
- Le comportement de la personne révèle des troubles manifestes,
- En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes.

Au plan administratif, aucune discrimination ne doit exister en raison de la nationalité de l'enfant. L'admission des mineurs ressortissants d'un État membre de l'Union Européenne est assurée de la même manière que celle des mineurs français. Le mineur étranger doit pouvoir avoir accès aux soins, même non urgents, sans condition de durée de séjour. Les mineurs isolés étrangers qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont affiliés à la sécurité sociale et bénéficient de la CMU. En cas d'admission d'un mineur étranger isolé, l'établissement doit signaler sa situation au Conseil départemental qui appréciera la situation : âge réel du mineur, situation d'isolement et/ou danger du mineur. Il n'y a pas de prise en charge automatique par le conseil départemental.

En cas d'urgence l'article R.4127-42 du code de la santé publique dispose qu'en cas d'urgence (pronostic vital ou intégrité physiques engagés), même si les parents ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur soient prévenues. Si elles ne peuvent pas être jointes (voir même en cas de refus), l'intervention chirurgicale doit être réalisée. La décision d'opérer doit être constatée par écrit. Le directeur de garde doit être informé. Le médecin mentionnera dans le dossier médical la nécessité des soins, l'impossibilité de joindre les titulaires de l'autorité parentale ou leur accord. Cette mention doit être signée par le médecin et si possible co-signée par un représentant de l'établissement de santé. En cas de refus, le directeur de garde peut saisir le procureur de la République et lui demander de prendre les mesures permettant de faire pratiquer d'autorité les soins. Le juge des enfants saisi par le procureur pourra selon les cas confier le mineur à l'Aide Sociale à l'Enfance, ordonner un placement provisoire ou la mise en œuvre d'un traitement. Il pourra autoriser directement le médecin par écrit à prodiguer directement les soins.

En pratique, l'expérience montre qu'au-delà de leurs conseils, les procureurs de la République, s'appuyant sur la notion d'urgence, renvoient généralement aux praticiens la décision de procéder sans délai aux actes médicaux jugés nécessaires. Dans tous les cas, l'établissement de santé doit conserver dans le dossier les copies des documents par lesquels il a saisi le ministère public et le compte rendu des éventuelles conversations téléphoniques.

Pour l'admission générale Code de santé publique Article L 1111-4, L 1111-5, L 2212-7 Article R 112-34, R 1112-36, R 4127-43 Pour l'admission psychiatrique Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 Code de la santé publique : Articles L 3211-1, L 3211-10, L 3213-1, L 3213-9 Pour l'admission d'un mineur étranger Code de la santé publique Articles L 1110-3, L 111-5 Circulaire du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs) Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise ne charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation.

Annexe n°3 - L'information préoccupante -

L'INFORMATION PREOCCUPANTE[16]

- Qu'est-ce qu'une information préoccupante ?

L'information préoccupante (IP) est un outil qui permet à chacun, et aux médecins en particulier, d'intervenir opportunément et efficacement dans le cadre de la protection de l'enfance.

- A quoi sert une information préoccupante ?

Une information préoccupante a pour objectif d'alerter le Président du Conseil départemental d'une situation jugée « préoccupante » c'est-à-dire comportant des craintes concernant la santé (physique ou psychique), la sécurité, la moralité, l'isolement d'un mineur.

En fonction des faits exposés, le Président du Conseil départemental évalue la situation de danger du mineur et engage, le cas échéant, une procédure de mise à l'abri. Elle permet une intervention rapide auprès du mineur présumé en danger.

- Dans quels cas peut-on faire une information préoccupante ?

Une information préoccupante peut être faite pour un mineur en danger ou risque de l'être.

L'information préoccupante renvoie au danger au sens de l'article 375 du code civil, c'est-à-dire, dans les cas où la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

Les mineurs non accompagnés, du fait de leur isolement et leur précarité extrême (absence de ressources financières, errance et vie à la rue, vulnérabilité induite par leur minorité...), peuvent par conséquent faire l'objet d'une information préoccupante.

- Comment faire une information préoccupante ?

Le soignant porte à la connaissance du département ses appréhensions par le biais d'un écrit qui décrit objectivement la situation d'un mineur en danger ou en risque de danger. Le soignant atteste de la situation de danger à laquelle est exposé le patient en détaillant les informations sociales et médicales.

- A qui adresser une information préoccupante ?

L'information préoccupante doit être transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du département dans lequel est pris en charge le jeune.

[16] https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781

Le soignant doit prendre contact par téléphone avec la CRIP de son département pour avis du médecin de la cellule puis adresser un courrier (et non un certificat) au médecin de la cellule sous pli confidentiel.

Coordonnées Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) des départements d'Ile-de-France :

A noter, *si vous êtes témoins d'un enfant en danger, il est dans votre devoir de le signaler. Il existe deux numéros d'urgences pour signaler un enfant en danger :*

- ***119*** *: ce numéro gratuit est tenu par le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED). Il s'agit du numéro national d'accueil téléphonique de l'Enfance en danger : il est gratuit et ouvert toute l'année, 24h/24h.*
  - ***Le numéro de la CRIP du département dans lequel vous vous trouvez :***
    - Paris (75) **:** tél. : 01.53.46.86.81 / fax : 01.53.46.86.30 / courriel : crip75@paris.fr
    - Seine-et-Marne (77) **:** tél. : 01.64.14.77.44 / courriel : crip77@departement77.fr
    - Yvelines (78) **:** tél. : 01.39.07.74.30 / courriel : ccip@yvelines.fr.
    - Essonne (91) **:** tél. : 01.60.91.27.68/ courriel : crip@cd-essonne.fr
    - Hauts-de-Seine (92) **:** tél. : 08.00.00.92.92 / courriel : crip92@ hautsde-seine.fr
    - Seine-Saint-Denis (93) **:** tél. : 01.43.93.10.35 / courriel : crip@seinesaintdenis.fr
    - Val-de-Marne (94) **:** tél. : 08.11.90.02.00 / courriel : dpej-crip@valdemarne.fr / formulaire de contact : https://www.valdemarne.fr/a-votre-service/enfance/famille/signalement-dun-enfant-en-danger
    - Val-d'Oise (95) **:** tél. : 01 34 25 76 62 / courriel : cdip95@valdoise.fr

Annexe n°4 - Signalement au Parquet -

LE SIGNALEMENT

- Qu'est-ce qu'un signalement ?

Le « signalement » est un terme juridique. Il consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur ou un majeur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, n'est pas en mesure de se protéger. Les médecins, tous les autres professionnels de santé et les professionnels socio-éducatifs peuvent faire un signalement aux autorités compétentes.

Le signalement n'est pas un certificat médical. Il s'agit d'un écrit par lequel le Procureur de la République est saisi de la situation individuelle d'un mineur non accompagné en situation de vulnérabilité.

- A quoi sert un signalement ?

L'objectif principal de ce signalement est **la protection du MNA**. Il permet d'alerter le Procureur d'une situation de danger grave et immédiate : vie à la rue, besoin de soins nécessitant une autorisation parentale. Dès la réception du signalement, et s'il l'estime fondé, le Procureur prend les mesures nécessaires à la protection du jeune (autorisation de soins, ordonnance de placement provisoire…).

- Dans quel cas peut-on signaler un mineur non accompagné ?

Il faut signaler un MNA au Procureur lorsque l'on constate sur un mineur des sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique, qui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature aient pu être commises.

Liste non exhaustive des cas de dangers graves pouvant faire l'objet d'un signalement :

- Être âgé de moins de 15 ans ;
- Être isolé et dépourvu de protection ;
- Déclarer avoir été/ être exposé à des situations d'exploitation ou à des faits de traite d'êtres humains (travail forcé, prostitution) ;
- Être dans un état psychique dégradé qui nécessite une hospitalisation en psychiatrie et/ou constat d'une dégradation massive de l'état psychique ;
- Présenter une pathologie grave nécessitant la mise en place d'une prise en charge médicale adaptée ;
- Avoir un état de santé incompatible avec les conditions de vie à la rue
- Avoir subi une agression sexuelle et/ ou physique.

Peu importe si la mise en danger résulte d'un fait passé ou actuel, il faut justifier qu'au moment de sa prise en charge, le jeune est estimé en danger. L'urgence du signalement dépend du danger révolu ou en cours : il doit être transmis sous 48h en cas de danger immédiat.

- Comment faire un signalement ?

Le personnel soignant et/ou l'assistant de service social doit signaler le jeune au Procureur dès qu'il estime que les faits dont ils ont été témoin, ou qui leur ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité.

L'écrit doit décrire objectivement la situation du mineur (sociale et/ou médicale) afin de faire état de la nécessité de placer, en urgence, le jeune sous une mesure de protection administrative ou judiciaire.

- A qui adresser le signalement ?

Il est transmis par email au Procureur compétent, c'est à dire au procureur du Tribunal Pour Enfants duquel dépend le jeune. En tant que structure de santé, vous disposez à l'interne des coordonnées du Procureur compétent.

Annexe n°5 – Dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences

ANNEE D'ATTRIBUTION MIG	ETABLISSEMENTS	DPTS	NOM DU PROJET
2020	Centre Hospitalier de Saint-Denis	93	Maison des femmes de Saint-Denis
2020	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris APHP (3 sites: Bichat, Hôtel-Dieu, Pitié-Salpêtrière)	75	Projet de structures spécialisées dans la prise en charge globale des femmes victimes de violences à l'APHP
2021	Centre hospitalier de Plaisir "Calypso"	78	Maison des femmes Calypso
2021	Centre Hospitalier Sud Seine et Marne - site de Fontainebleau (CHSSM)	77	AVEC ELLES Sud 77
2021	Centre Hospitalier de Meaux – Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)	77	Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences
2022	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) HOPITAL DE BICETRE	94	Maison des femmes de l'hôpital Bicêtre
2022	GROUPE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL LE RAINCY MONTFERMEIL (GHT GPNE)	93	Dispositif de prise en charge des femmes victimes de violences du GHT GPNE
2022	GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE (Longjumeau)	91	Création d'une Maison des femmes Olympe
2022	CASH DE NANTERRE	92	Un parcours de santé spécifique aux femmes victimes de violence dans le Nord des Hauts-de-Seine
2023	Centre Hospitalier de GONESSE	95	Création d'une structure pluridisciplinaire de prise en charge des violences conjugales