



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

GUIDE DE BONNES PRATIQUES

PREMIÈRE ÉVALUATION DES BESOINS EN SANTÉ

au cours de la période d'accueil provisoire d'urgence

des personnes se déclarant comme mineures
et privées de la Protection de leur famille

SOMMAIRE

• Quelles sont les recommandations relatives à la première évaluation des besoins en santé à réaliser chez les personnes se présentant comme mineures et non accompagnées ?.....	5
• Quand a lieu l’entretien de première évaluation des besoins en santé ?	8
• Où a lieu l’entretien de première évaluation des besoins en santé ?.....	8
• Comment se déroule l’entretien de première évaluation des besoins en santé ?.....	8
• Quelle organisation pour les jeunes qui nécessitent une prise en charge sanitaire immédiate ?.....	9
• Comment garantir le consentement aux soins pendant la période d’évaluation de la minorité et de l’isolement ? A quel moment l’accompagnement par un professionnel est-il nécessaire ?.....	11
• Quelles informations peuvent être partagées avec l’équipe en charge de l’évaluation sociale ?	13
• Comment organiser la continuité de la prise en charge sanitaire ?	14
• Quelle prise en charge financière pour l’évaluation des premiers besoins en santé et les prises en charge sanitaires ?	14
ANNEXES	17
Annexe 1 – Article R. 4311-5 du code de la santé publique : Rôle propre de l’infirmier.....	17
Annexe 2 – Services pouvant recevoir gratuitement les personnes sans couverture maladie.....	19
Annexe 3 - Textes relatifs au consentement aux soins des mineurs, aux dérogations, et aux devoirs des médecins face à l’enfance en danger	20
Annexe 4 – Modèle d’attestation relative à une demande d’aide médicale de l’Etat pour une personne se déclarant mineure non accompagnée et ne disposant pas de pièce d’identité – Document à transmettre aux CPAM.....	23
Annexe 5 – Priorisation de l’instruction de la demande d’AME pour une personne se déclarant mineure et non accompagnée - modèle à destination des professionnels de santé à transmettre aux CPAM	24
Annexe 6 – Quelques ressources et liens utiles.....	25

REMERCIEMENTS

Le présent guide a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail pluripartenarial associant :

- Les agences régionales de santé d'Île de France et de Provence Alpes Côte d'Azur
- Les conseils départementaux de la Gironde, de la Mayenne, de Paris, du Pas de Calais et la Métropole de Lyon
- La direction générale de la cohésion sociale
- La direction générale de l'offre de soins
- La direction générale de la santé
- La direction de la sécurité sociale
- La Mission mineurs non accompagnés et le pôle santé de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
- Monsieur Rémi LAPORTE, pédiatre, coordinateur régional des PASS, AP-HM

Il a été soumis à un groupe de relecture composé de :

- L'association nationale des médecins référents en protection de l'enfance
- La CNAPE, fédération des associations de protection de l'enfant
- Le Comede
- La Croix-Rouge
- La Maison des ados de Strasbourg
- Médecins du monde
- Médecins sans frontières
- L'UNIOPSS, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Les directions générales de la cohésion sociale, de la santé, de l'offre de soins ainsi que la direction de la sécurité sociale remercient l'ensemble de ces acteurs pour leur implication.

AVANT-PROPOS

L'article 40 de la loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants insère dans le code de l'action sociale et des familles au sein du chapitre dédié au service de l'aide sociale à l'enfance un nouvel article L.221-2-4 relatif à l'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se présentant comme mineurs non accompagnés.

En application de cette disposition, le président du conseil départemental doit mettre en place un accueil provisoire d'urgence et évaluer la situation de la personne qui se présente comme mineure et non accompagnée, après lui avoir permis de bénéficier d'un temps de répit. Cette évaluation prend notamment en compte ses déclarations sur son identité, son âge, sa famille d'origine, sa nationalité et son état d'isolement.

La mise à l'abri et l'évaluation sociale sont réalisées soit par les services du conseil départemental soit par des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés à cet effet en application de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles.

Pendant la période d'accueil provisoire d'urgence, dont la durée réglementaire est fixée par l'article R.221-11 du CASF, et concomitamment à l'évaluation de la minorité et de l'isolement de la personne, **une première évaluation de ses besoins en santé est également réalisée. Il s'agit d'une démarche bien distincte de l'évaluation de la minorité et de l'isolement**, dont la finalité est d'orienter la personne le plus précocement possible en vue d'une prise en charge adaptée, le cas échéant, à ses besoins en santé.

Conformément à l'article R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles, la réalisation de cette première évaluation des premiers besoins en santé est un critère de la participation financière forfaitaire de l'Etat aux dépenses engagées par le conseil départemental au titre de cette phase de mise à l'abri et d'évaluation. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a par ailleurs émis un avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés ([avis du 7 novembre 2019](#))¹.

Aussi, en complément du guide de bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement des personnes se déclarant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille², ce document indique comment mettre en pratique des recommandations du HCSP en ce qui concerne l'évaluation des besoins en santé **durant la période d'accueil provisoire d'urgence**.

Il s'adresse plus particulièrement aux professionnels de l'aide sociale à l'enfance - dont le médecin référent de la protection de l'enfance - et de la protection judiciaire de la jeunesse, aux professionnels de santé et aux professionnels mettant en œuvre les accueils de jour et mises à l'abri. Il s'adresse également aux services départementaux de l'aide sociale à l'enfance responsables de la mise en œuvre des procédures et accompagnements des personnes se présentant comme MNA et aux services chargés de l'évaluation de la minorité et de l'isolement.

¹ Avis du 7 novembre 2019 relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753>

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-de-bonnes-pratiques-en-matiere-d-evaluation-de-la-minorite-et-de-l>

Quelles sont les recommandations relatives à la première évaluation des besoins en santé à réaliser chez les personnes se présentant comme mineures et non accompagnées ?

Les personnes se déclarant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille présentent principalement des pathologies aisément curables pour la plupart, mais dont le diagnostic doit faire l'objet d'un bilan adapté. Toutefois, certaines pathologies nécessitent des prises en charge immédiates, y compris pour des maladies menaçant les besoins primaires, potentiellement contagieuses ou des troubles psychiques, et doivent être identifiées le plus rapidement possible pour ne pas retarder l'orientation vers les soins requis ni mettre en danger à court terme la personne ou son entourage.

Aussi, le HCSP recommande la réalisation d'un rendez-vous santé en plusieurs étapes et tenant compte de l'âge allégué par la personne :

- Dans les 48h après la mise à l'abri : la réalisation d'un premier entretien d'orientation en santé, qui peut être réalisé par un infirmier formé, avec pour objectifs :
 - o La recherche d'un problème de santé nécessitant un avis médical et/ou une prise en charge urgente sur les volets somatique et psychique (pour des raisons individuelles ou collectives) ;
 - o La recherche d'un antécédent médical pour lequel la rupture d'un traitement de fond exposerait à une décompensation aiguë ;
 - o La délivrance d'informations sur les suites, sur les ressources sanitaires qui tiennent compte de l'offre existante sur le territoire.
- Au moins trois jours après l'entretien d'orientation, une fois la personne stabilisée dans la sécurisation de ses besoins fondamentaux primaires et secondaires³ : un rendez-vous médical (entretien et examen clinique complet dont une évaluation de l'état psychologique), avec planification et initiation de la mise à jour vaccinale le cas échéant et une orientation pour la réalisation d'examen complémentaires de dépistage. Les objectifs de ce bilan comprennent :
 - o La confirmation de l'absence de pathologies avérées ;
 - o L'identification de besoins de suivi complémentaire : suivi médical avec un médecin, examen complémentaire ou avis spécialisé y compris en psychiatrie.

Les entretiens doivent être menés dans une langue comprise par la personne, en sollicitant au besoin un interprète professionnel.

L'avis du HCSP du 7 novembre 2019 relatif au bilan de santé chez les personnes se présentant comme mineures et non accompagnées détaille le bilan à organiser quelle que soit la situation administrative du jeune (accueil provisoire d'urgence, prise en charge par l'aide sociale à l'enfance, personne s'étant vue notifier un refus de prise en charge, etc.).

Bien que les délais de la procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement (une quinzaine de jours en moyenne) et que le caractère transitoire du lieu et des modalités de l'accueil provisoire d'urgence rendent difficilement réalisable l'ensemble du bilan proposé par le HCSP durant cette

³ Pyramide de Maslow

période, initier une démarche individuelle, diagnostique et préventive s'inscrit dans les orientations de prévention en santé.

A noter que certaines étapes du bilan recommandé par le HCSP s'inscrivent dans le cadre du droit commun, notamment lors de la prise en charge ultérieure par l'aide sociale à l'enfance (bilan obligatoire à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance).

Il convient d'être vigilant à la continuité de la prise en charge et à la bonne transmission des informations – notamment dans le cas où la personne est orientée vers un autre département pour sa prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance –, dans le respect des règles de confidentialité, aux différentes étapes de prise en charge du jeune.

À retenir

Durant la période d'évaluation de la minorité et de l'isolement il est recommandé de réaliser :

1. Un entretien d'évaluation des besoins en santé pouvant être conduit par un infirmier (ou un médecin le cas échéant) ;
2. complété par l'organisation d'un rendez-vous médical lorsque l'évaluation de la minorité et de l'isolement se prolonge au-delà du délai fixé par l'article R221-11 du CASF.

Enfin, il est rappelé que d'autres facteurs, notamment les conditions de vie, influent sur l'état de santé. Aussi, le HCSP recommande de veiller à mettre en place un mode de vie stable et un accompagnement social adapté, en particulier en limitant les transferts géographiques, et en s'assurant de l'adéquation de l'hébergement par rapport à la situation de la personne.

Qui peut réaliser l'entretien de première évaluation des besoins en santé?

L'organisation du bilan de santé des personnes se présentant comme MNA est sous la responsabilité du président du conseil départemental. Ce parcours doit être structuré en coopération ou sous la direction du médecin référent de la protection de l'enfance dans le cadre de ses missions.

L'entretien d'évaluation des besoins en santé peut être réalisé par un infirmier diplômé d'Etat.

Les éléments de cette première évaluation s'inscrivent en effet dans le cadre du rôle propre des infirmiers, défini à l'article R. 4311-5 du code de la santé publique (cf. annexe 1).

Il est nécessaire que le personnel infirmier travaille sous la responsabilité et en collaboration étroite avec un médecin de référence. Cette collaboration conditionne une capacité de réponse rapide (moins d'une semaine) aux questions restées en suspens après les entretiens réalisés par le personnel infirmier. Le médecin de référence, conformément aux recommandations du HCSP, a vocation à organiser le parcours de soins et valider le contenu de l'entretien infirmier (notamment dans le cadre d'un protocole de coopération pluri-professionnelle) et à déterminer, en lien avec l'infirmier, les suites à donner pour les situations complexes. Le médecin de référence pourra être un médecin agent vacataire ou salarié de la même structure d'appartenance que l'infirmier, ou d'une structure autre, ou un médecin libéral.

Dans ce dernier cas, il est **recommandé d'organiser une convention ad hoc précisant les objectifs et cadres d'intervention entre le médecin libéral et la structure de santé à laquelle l'infirmier est rattaché**. A défaut, il est recommandé de conventionner avec un centre municipal de santé s'il existe. Lorsque le service de l'aide sociale à l'enfance ou l'acteur en charge de l'accueil provisoire d'urgence dispose d'un médecin, l'infirmier peut travailler en étroite collaboration ou sous la responsabilité de celui-ci. Il peut s'agir également du médecin avec qui l'aide sociale à l'enfance est déjà en lien dans le cadre du suivi sanitaire des enfants confiés. Cette collaboration pourra en effet faciliter ultérieurement la désignation d'un médecin traitant pour la personne. D'autres structures peuvent également être sollicitées si besoin (cf. infra *Quelle organisation pour les jeunes qui nécessitent une prise en charge sanitaire immédiate ?*).

Le cas échéant, cet entretien peut également être réalisé par un médecin.

Formation :

Il est recommandé de faire assurer la première évaluation des besoins en santé par un professionnel de santé formé à la santé de l'enfant (ex : infirmier puériculteur), aux questions liées à la migration et l'interculturalité (ex : formation en médiation interculturelle, en médecine tropicale, médecine humanitaire, santé des migrants), au repérage ainsi qu'au dépistage des problématiques de santé mentale - incluant notamment le risque suicidaire, les états de rupture psychique, d'emprise, ou de stress psycho-traumatique - , et aux premiers secours en santé mentale , cf. infra et Annexe 6).

Statuts possibles :

Le professionnel de santé chargé de l'évaluation des besoins en santé doit être extérieur à l'équipe en charge de l'évaluation sociale. Il le précise au jeune dont il évalue les besoins. Par ailleurs, il lui rappelle le caractère confidentiel de l'entretien de santé et explique de la manière la plus compréhensible possible la distinction des équipes (locaux, matériel, identification individuelle...). Il peut ainsi s'agir :

- d'un agent ou d'un professionnel vacataire de l'aide sociale à l'enfance ou d'un salarié de l'acteur en charge de l'accueil provisoire d'urgence ;
- d'un personnel extérieur mobilisé dans le cadre d'une convention avec un professionnel de santé libéral ou un autre acteur de santé pour la mise à disposition d'un infirmier (centre municipal de santé, PASS, etc.). Ce dernier cas présente l'avantage d'avoir des médecins de référence internes à la structure partenaire, qui pourront valider les orientations et compléter le bilan si nécessaire. Un appui de l'ARS pour identifier un partenaire peut être sollicité.

À retenir

L'entretien de première évaluation des besoins en santé doit être réalisé par un professionnel de santé indépendant de l'équipe en charge de l'évaluation sociale.

Il est recommandé :

- que ce professionnel soit un infirmier diplômé d'Etat formé à la santé de l'enfant, aux questions liées à la migration et à l'interculturalité et au repérage des problématiques de santé mentale dont les stress d'origine psycho-traumatique ;
- que ce dernier (qu'il soit agent de l'ASE ou personnel extérieur) travaille en étroite collaboration avec un médecin de référence.

Quand a lieu l'entretien de première évaluation des besoins en santé ?

Le HCSP recommande d'organiser cet entretien dans les 48h après le premier contact, en amont des entretiens d'évaluation sociale afin d'identifier notamment si un problème de santé pourrait perturber le processus d'évaluation.

Où a lieu l'entretien de première évaluation des besoins en santé ?

Si l'environnement permet de respecter les conditions d'hygiène et de confidentialité requis, l'entretien peut être organisé sur le lieu de mise à l'abri du jeune.

Il peut également être organisé dans une structure de santé, notamment si le professionnel de santé y est rattaché (par exemple dans le cadre d'une convention avec un centre de santé). Cette alternative nécessite que la personne se déplace mais peut éventuellement présenter l'avantage d'orienter plus facilement le jeune si une prise en charge immédiate est indiquée.

Il est recommandé de ne pas réaliser cet entretien sur le site de l'évaluation sociale.

Comment se déroule l'entretien de première évaluation des besoins en santé ?

Le professionnel qui mène l'entretien de première évaluation des besoins en santé doit en présenter les objectifs ainsi que son déroulé.

Le HCSP recommande que cet entretien se déroule en plusieurs étapes :

1. Évaluer, en préalable de l'entretien, le besoin en interprétariat, et recourir si nécessaire à un interprète professionnel en santé, en présentiel ou par téléphone ;
2. En début d'entretien, le professionnel de santé précise au jeune qu'aucune information recueillie pendant un acte de soin ne pourra être communiquée sans son accord, notamment aux personnels impliqués dans son évaluation sociale ;
3. Le professionnel de santé procède à l'entretien et apprécie les principaux paramètres de l'état de santé du jeune, avec les objectifs suivants :
 - a. Rechercher un ou des problèmes de santé nécessitant un avis médical et/ou une prise en charge urgente :
 - soit pour raison individuelle : malnutrition sévère (IMC < -3 déviations standard (DS), œdèmes déclives), fièvre, altération des fonctions supérieures, douleurs non contrôlées par des antalgiques usuels (incluant les plaintes dentaires), détresse respiratoire, vomissements incoercibles, diarrhée avec intolérance alimentaire ou déshydratation clinique, saignement macroscopique, traumatisme récent avec une impotence fonctionnelle d'un membre, traumatisme perforant récent, infection cutanée, infection des tissus mous, manifestations de rupture psychique aiguë (délire, prostration, automutilations, ...), risque suicidaire (des idées suicidaires jusqu'à la crise suicidaire), l'état d'emprise (psychologique inter-individuelle ou chimique par des substances psychoactives ou causant un syndrome de manque, etc.).

- soit pour raison collective (présence de symptômes évocateurs d'une pathologie contagieuse)
 - b. Rechercher un antécédent médical pour lequel la rupture d'un traitement de fond exposerait à une décompensation aiguë
4. Délivrer les informations sur les droits et les ressources sanitaires de proximité dont dispose la personne.
 5. Consigner et remettre au jeune un document (livret/carnet de santé...) comprenant les informations-clés de l'entretien ainsi que les informations générales à connaître par le jeune (droits, ressources locales). Des précisions quant au contenu de ce livret/carnet sont formulées en annexe 6 du présent guide.

A retenir

Il est recommandé que l'entretien de première évaluation des besoins en santé :

- soit organisé en amont des entretiens d'évaluation sociale, idéalement dans les 48h après le premier contact ;
- soit réalisé dans un lieu permettant de respecter les besoins fondamentaux du jeune et la pratique de soins (hygiène, confidentialité et sécurité), et en présence d'un interprète si nécessaire ;
- se déroule selon un protocole visant à rechercher un ou des problèmes de santé qui nécessiteraient une prise en charge urgente et/ou la continuité d'un traitement de fond dont la rupture exposerait à une décompensation aiguë ;
- qu'à l'issue soit remis au jeune un document consignait les informations recueillies lors de l'entretien.

Quelle organisation pour les jeunes qui nécessitent une prise en charge sanitaire immédiate ?

Des soins légers peuvent être dispensés immédiatement par l'infirmier dès lors qu'ils entrent dans le cadre de ses compétences (cf. annexe 1) ou de protocoles de soins si l'infirmier fait partie d'une équipe.

Par ailleurs, à l'occasion de l'évaluation de ses premiers besoins en santé, la personne doit pouvoir bénéficier le cas échéant d'une orientation en vue d'une prise en charge.

Certaines situations peuvent, en effet, nécessiter l'intervention d'un médecin ou une orientation en urgence ou en semi urgence. Dans la majorité des cas, une hospitalisation n'est pas nécessaire, et la situation relève plutôt d'une consultation médicale ou psychologique et d'un traitement ambulatoires. Ces prises en charge peuvent être organisées dans des services pouvant recevoir le jeune gratuitement (voir en annexe 2 les services « gratuits »), ou auprès de professionnels ou de structures de santé « de ville », en particulier lorsqu'un partenariat *ad hoc* a été établi.

Afin de faciliter ces orientations, il convient en effet de constituer un réseau de partenaires susceptibles de prendre en charge le jeune dans les secteurs suivants :

1. Pour les prises en charge en médecine de ville :
 - a. Médecin de ville (médecin référent mentionné plus haut, médecin libéral, centre municipal de santé, etc.).
 - b. Pharmacie de proximité pour organiser la délivrance de médicaments.
2. Pour les prises en charge en santé mentale : Centre Médico Psychologique (CMP), Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), maison des adolescents, centres régionaux de psycho-traumatisme, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) si celle-ci a développé une prise en charge adaptée, éventuellement psychologue (dispositif MonPsy activable sur adressage médical) et psychiatre libéral. Il est toutefois rappelé que les EMPP et les maisons des adolescents n'ont pas vocation à suivre les personnes au long cours, et doivent organiser des relais de prise en charge vers le droit commun. Par ailleurs, les EMPP sont dans leur grande majorité à destination des publics adultes.
3. Pour les situations d'urgence (urgences somatiques, états délirants, risque suicidaire, syndrome de manque) : service d'accueil des urgences générales, pédiatriques (à noter que toute situation d'urgence vitale implique l'appel du 15 en premier lieu) ou psychiatriques (appel du numéro national de prévention du suicide 3114 pour une évaluation et prise en charge du risque suicidaire – de l'expression d'idées suicidaires jusqu'à la crise suicidaire).
4. Pour l'accès aux soins externes en centre hospitalier, en dehors des situations d'urgence ou d'hospitalisation, les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) peuvent être sollicitées.
5. Structures de prévention : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT) pour la tuberculose, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) pour le dépistage du VIH, des hépatites et des IST, centre de vaccination (CV) et centre de santé sexuelle.
6. Eventuellement d'autres structures en fonction des publics rencontrés, exemple : centre de protection maternelle et infantile (PMI) dans le cas où le département accueillerait un public de jeunes filles, Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) ou Consultations jeunes consommateurs (CJC) pour les publics présentant des addictions.

Ce réseau de partenaires est constitué par l'aide sociale à l'enfance ou l'association délégataire de la mise à l'abri en incluant les professionnels de santé en charge de la première évaluation des besoins en santé dans la démarche, avec le concours de l'ARS.

Conformément à la recommandation du HCSP, ces différents partenariats ont vocation à faire l'objet d'une formalisation dans le cadre de conventions.

Durant la phase d'accueil provisoire d'urgence, si le jeune doit bénéficier d'une prise en charge sanitaire, l'infirmier, avec le concours éventuel du médecin avec qui il collabore, fait office de professionnel de santé référent pour le jeune, coordonne son parcours et centralise les informations sanitaires le concernant. La continuité du parcours de santé doit être assurée, indépendamment des procédures administratives. Ainsi, l'accès à une couverture sociale doit être le plus précoce possible.

Comment s'organise le rendez-vous médical à l'issue de l'entretien de première évaluation des besoins de santé ?

Au moins trois jours après l'entretien d'évaluation des besoins en santé, une fois la personne stabilisée dans la sécurisation de ses besoins fondamentaux primaires et secondaires, il est recommandé de

compléter l'examen de première évaluation des besoins de santé par un rendez-vous médical (interrogatoire et examen clinique complet dont une évaluation de l'état psychologique en s'appuyant au besoin sur un professionnel de la santé mentale), ainsi que de planifier et/ou initier la mise à jour vaccinale, le cas échéant, et une orientation pour la réalisation d'examens complémentaires de dépistage.

Pour les personnes qui seront confirmées mineures et donc prises en charge par l'ASE à l'issue de la phase d'évaluation de la minorité et de l'isolement, le bilan de santé à l'entrée dans le dispositif ASE prévu à l'article L.223-1-1 du code de l'action sociale et des familles permettra de compléter l'entretien d'évaluation des besoins en santé et le rendez-vous médical s'il a eu lieu.

Lorsque l'évaluation se prolonge, il est recommandé d'orienter le jeune pour la réalisation de ces consultations et examens complémentaires dans les services du territoire pouvant le recevoir gratuitement (voir annexe 2).

Comment garantir le consentement aux soins pendant la période d'évaluation de la minorité et de l'isolement ? A quel moment l'accompagnement par un professionnel est-il nécessaire ?

L'annexe 3 précise les textes relatifs au consentement aux soins des mineurs et à leurs dérogations. Ainsi, afin de respecter ce cadre dans la pratique, la conduite à tenir pendant la phase d'évaluation peut être la suivante.

Dans tous les cas, le consentement de la personne qui se présente comme mineure et non accompagnée doit être systématiquement recherché si elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (L. 1111-4 du CSP). Le consentement libre et éclairé implique qu'une information adaptée ait été délivrée à la personne, en ayant recours, le cas échéant, à l'interprétariat en santé. En effet, dans les cas d'allophonie, la HAS considère que *« seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. »*⁴. La dispensation de l'information doit aussi intégrer le niveau de compréhension par la personne : de sa santé, du problème de santé, et de la teneur des soins (de leurs bénéfices et risques).

En dehors de certaines situations d'urgence et si la personne est dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, aucun soin ne doit être entrepris sans son consentement.

En cas d'orientation vers une consultation médicale ambulatoire (en médecine de ville ou en service hospitalier) à l'issue de l'entretien de première évaluation des besoins de santé : un accompagnement à la consultation par un adulte de son choix ou, le cas échéant, par un professionnel de l'aide sociale à l'enfance ou du service assurant la mise à l'abri, en qui le jeune a confiance, est préconisé.

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

En cas d'admission en établissement hospitalier : si une prise en charge en établissement hospitalier est nécessaire, elle est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance (article R. 1112-34 du CSP, article L. 3211-10 du CSP pour l'admission en soins psychiatriques – hospitalisation dite libre).

En cas d'urgence : le médecin délivre dans tous les cas les soins nécessaires au regard de l'état de santé de la personne, l'admission de la personne peut être prononcée par le directeur de l'établissement de santé.

L'admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) prévue par l'article L.3211-10 du CSP : pour que ce mode d'hospitalisation soit mis en place, il est nécessaire que les troubles mentaux présentés par le mineur nécessitent des soins et qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le ou les titulaires n'exercent aucune autorité dans ce cadre, le dispositif SDRE de droit commun s'applique sans aménagement spécifique (art. L3213-1 et suivants du CSP).

En dehors de l'urgence : si une intervention chirurgicale est nécessaire, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public pour demander l'ouverture d'une mesure d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent (« *il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence* » art R.1112-35 du CSP).

Lors de la sortie de l'établissement hospitalier, le service de protection de l'enfance qui assure l'accompagnement de la personne doit en être préalablement informé. Il doit également indiquer si la personne est autorisée à quitter l'établissement de santé et si elle sera accompagnée par un professionnel de l'aide sociale à l'enfance ou du service assurant la mise à l'abri (articles R.1112-57 et R.1112-64 du CSP reproduits en annexe).

Pour se procurer des médicaments, un accompagnement par un professionnel de l'ASE ou du service délégataire de la mise à l'abri est préconisé.

S'agissant de l'aide à la prise de médicaments, et par analogie avec l'article L.313-26 du code de l'action sociale et des familles, « *lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.*

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

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

A retenir

Lorsqu'un soin est nécessaire, celui-ci ne peut être entrepris sans le consentement libre et éclairé de la personne. En conséquence, il est essentiel de lui délivrer une information claire et adaptée, dans un langage qui lui est compréhensible et qui permet de vérifier la compréhension des informations.

Lorsque la personne est orientée vers des structures extérieures pour des soins ne pouvant être réalisés sur place par l'infirmier, il est fortement préconisé qu'elle soit accompagnée par un adulte de son choix, ou le cas échéant, un professionnel de l'aide sociale à l'enfance ou du service assurant sa mise à l'abri dans le respect du secret professionnel.

Quelles informations peuvent être partagées avec l'équipe en charge de l'évaluation sociale ?

L'évaluation des besoins en santé est une démarche bien distincte de l'évaluation de la minorité et de l'isolement. Afin que soit assuré le respect du secret professionnel, l'entretien de première évaluation des besoins en santé ne doit pas être confondu avec la procédure administrative ou socio-éducative. Il est recommandé que ces deux démarches puissent être distinguées matériellement grâce à des locaux séparés ainsi qu'un personnel et une hiérarchie distincts.

Il est rappelé que le jeune doit être informé qu'il peut s'opposer à un échange d'information entre professionnels de santé (article 1110-4 du CSP). En l'absence d'opposition du jeune, « *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 et social* » (article L.1110-4 II du CSP).

La première évaluation des besoins en santé peut identifier un ou des problèmes de santé qui pourraient perturber le processus d'évaluation, voire constituer des indications poussant à reporter l'évaluation sociale de la minorité et de l'isolement, pour de nombreuses raisons : parce qu'une prise en charge médicale urgente est par exemple nécessaire et empêchera la personne de se présenter à certains rendez-vous ou encore parce que certains symptômes, somatiques (fièvre, douleurs, etc.), psychiques (propos délirants, propos non cohérents, difficultés de repères dans le temps et l'espace, trous de mémoire, etc.), emprise de produits psychoactifs... risquent de biaiser les entretiens de l'évaluation sociale. Dans ce cas, le médecin de référence en informe le service en charge de l'évaluation sociale, sans en communiquer le motif.

Lors de l'évaluation des besoins en santé, le professionnel de santé peut identifier des éléments pouvant justifier une demande de protection internationale (notamment risque de subir la peine de mort, persécution ou crainte de persécution fondée sur la nationalité, la religion, les opinions politiques...). Dans ces situations, le professionnel de santé en informe le conseil départemental avec l'accord du jeune.

A retenir

L'entretien de première évaluation des besoins en santé doit être distinct (dans ses modalités de mise en œuvre, hiérarchiques, etc.) de la démarche d'évaluation de la minorité et de l'isolement.

En aucun cas les informations ou observations issues de l'entretien de première évaluation des besoins en santé ne pourront être utilisées pour contribuer directement ou indirectement à l'évaluation de la minorité et de l'isolement de la personne concernée. Le seul cas où des éléments médicaux issus de l'évaluation des besoins en santé peuvent être communiqués à destination des professionnels chargés de l'évaluation sociale est celui où le médecin formule un obstacle médical à sa réalisation, nécessitant de la retarder ou de la contre-indiquer.

Comment organiser la continuité de la prise en charge sanitaire ?

Le parcours administratif des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille implique plusieurs étapes relevant de la compétence de différents acteurs, et qui peuvent avoir lieu dans des départements différents.

Ainsi, la continuité de la prise en charge sanitaire initiée lors de l'étape d'évaluation de la minorité et de l'isolement doit faire l'objet d'une attention particulière. Plusieurs cas de figure sont à prendre en compte :

- pour les personnes reconnues mineures et confiées à l'aide sociale à l'enfance :
 - o Pour l'ensemble des jeunes : les informations sanitaires recueillies lors de l'étape d'évaluation doivent pouvoir être transmises au médecin qui accueillera le jeune pour réaliser les bilans d'entrée dans le dispositif, en lien avec le service de protection de l'enfance. Les informations ou leur copie doivent être mises à disposition du jeune. Ces informations sont transmises au médecin référent de la protection de l'enfance du service d'aide sociale à l'enfance.
 - o Pour les jeunes qui nécessitent une prise en charge sanitaire particulière :
 - Il convient d'informer la mission mineurs non accompagnés de la DPJJ du besoin d'une prise en charge sanitaire (organisation des soins prévus et niveau requis) afin qu'elle puisse orienter, le cas échéant, le jeune vers un département disposant de l'offre de soins adaptée à ses besoins. Si des soins sont engagés, l'intérêt de l'enfant doit justifier un maintien sur son lieu de prise en charge pour garantir une continuité des soins.
 - En cas de réorientation, le nouveau service de l'aide sociale à l'enfance de prise en charge du mineur devra également être informé si des rendez-vous médicaux sont à organiser rapidement.
- Pour les jeunes qui se voient notifier un refus de prise en charge à l'issue de l'évaluation de la minorité et de l'isolement : l'ensemble des informations sanitaires recueillies lors de l'étape d'évaluation leur sont remises et expliquées. Les rendez-vous médicaux déjà prévus pour la continuité des soins leur sont rappelés, en mentionnant leurs conditions de prise en charge financière, et doivent figurer dans un carnet de suivi.

Quelle prise en charge financière pour l'évaluation des premiers besoins en santé et les prises en charge sanitaires ?

Dans son avis, le HCSP recommande l'ouverture d'une couverture sociale précoce et la considère comme partie intégrante de l'évaluation des besoins de santé afin de garantir la prise en charge effective des soins et ainsi la continuité du parcours de soins.

Le bénéfice de l'aide médicale de l'Etat (AME):

Les personnes se déclarant MNA et dont la minorité et l'isolement familial sont en cours d'évaluation et qui n'ont pas fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire, peuvent bénéficier sans délai de l'aide médicale d'Etat (AME), si elles nécessitent des soins. Elles n'ont pas à remplir la condition de séjour ininterrompu et irrégulier de 3 mois, à la différence des étrangers majeurs en situation irrégulière (Circulaire DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 et Conseil d'Etat, 1ère et 6ème sous-sections réunies, décision du 7 juin 2006, 285576).

Pour rappel, l'AME permet une prise en charge à 100 % des frais de santé remboursables par l'assurance maladie (part obligatoire et ticket modérateur), sans avoir à avancer de frais.

La procédure de demande d'AME :

Les demandes d'AME pour les jeunes en cours d'évaluation doivent être déposées pour/par les personnes ayant besoin de soins et qui ne peuvent pas attendre le résultat de l'évaluation de la minorité et de l'isolement pour initier des démarches auprès de la caisse d'assurance maladie.

L'obligation de dépôt physique d'une première demande d'AME auprès de la caisse d'assurance maladie ne s'applique pas aux jeunes se déclarant MNA. Cette première demande peut donc être déposée ou envoyée à l'organisme local d'assurance maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement de ces personnes.

Afin de pouvoir bénéficier de l'AME, les personnes se déclarant MNA doivent fournir une adresse : il peut s'agir d'une attestation ou d'un certificat d'hébergement, y compris d'un tiers bénévole prenant en charge le jeune, et à défaut d'une attestation d'élection de domicile rédigée par un centre communal d'action sociale ou par un organisme agréé.

En l'absence de documents d'identité pour les jeunes, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent prendre en compte des attestations établies par les conseils départementaux ou par les associations, selon le modèle présenté en annexe 4.

Afin de prioriser l'instruction de la demande d'AME, il est indispensable qu'elle comporte un certificat médical précisant que la personne concernée se présente comme MNA ou une attestation établie par l'infirmier ayant réalisé la première évaluation des besoins de santé de la personne (annexe 5). Si le dossier de demande est complet, le délai d'instruction et d'attribution des droits peut alors être réduit à 10 jours, période minimale pour l'étude de la demande et la fabrication de la carte AME au nom du bénéficiaire.

Le dossier de demande d'AME comprend les documents suivants :

- Le formulaire de demande d'AME renseigné, accompagné d'une photographie d'identité du jeune s'il est âgé de plus de 16 ans ;
- Un justificatif d'identité (passeport, carte d'identité, extrait acte de naissance, livret de famille) ou, en l'absence de justificatif, une attestation établie par une association ou le conseil départemental (annexe 4) ;
- Le cas échéant, un certificat médical spécifiant que la personne concernée se présente comme MNA ou une attestation établie par l'infirmier ayant réalisé la première évaluation des besoins de santé (annexe 5), pour prioriser l'instruction du dossier.

L'admission à l'AME et la prise en charge des soins :

Lorsque l'AME est accordée, le bénéficiaire de l'aide reçoit une notification l'invitant à retirer sa carte AME auprès de la caisse à laquelle il a adressé sa demande. Cette carte est l'équivalent de la carte Vitale pour les personnes affiliées à l'assurance maladie.

Pour justifier de sa couverture santé et bénéficier de la dispense d'avance de frais, le jeune doit présenter cette carte pour chaque acte de prévention, de dépistage et de soins.

En cas d'urgence

Lorsque le jeune nécessite une hospitalisation, la prise en charge de ses soins par l'AME peut être effectuée de façon rétroactive.

Lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME peut prendre effet au jour d'entrée dans l'établissement ou de la date de soins.

Lorsque des soins externes sont nécessaires, la PASS de l'établissement hospitalier doit en être informée ou le patient doit lui être adressé.

L'AME après le résultat de l'évaluation de la minorité et de l'isolement :

Lorsque la minorité est établie, le droit à l'AME est clôturé dès l'ouverture des droits à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire demandée par les services de l'ASE. Pour l'attribution d'un numéro de sécurité sociale, l'ordonnance ou l'arrêté de placement (document authentifié, complet) doit être joint à la demande d'affiliation à la protection universelle maladie.

Si la minorité n'a pas été établie et que la personne nécessite encore des soins, il n'y aura pas de démarches supplémentaires à effectuer auprès de la caisse d'assurance maladie car le droit à l'AME reste ouvert durant une période d'un an à compter de la date de dépôt de la demande.

ANNEXES

Annexe 1 – Article R. 4311-5 du code de la santé publique : Rôle propre de l'infirmier

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1. Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
2. Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
3. Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
4. Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
5. Vérification de leur prise ;
6. Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
7. Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
8. Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
9. Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
10. Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
11. Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
12. Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
13. Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
14. Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
15. Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
16. Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
17. Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
18. Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
19. Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
20. Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
21. Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
22. Prévention et soins d'escarres ;
23. Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
24. Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
25. Toilette périnéale ;
26. Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

27. Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
28. Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
29. Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
30. Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
31. Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
32. Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
33. Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
34. Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
35. Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
36. Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
37. Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels
38. Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
39. Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes
 - a. Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b. Sang : glycémie, acétonémie ;
40. Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
41. Aide et soutien psychologique ;
42. Observation et surveillance des troubles du comportement.

Annexe 2 – Services pouvant recevoir gratuitement les personnes sans couverture maladie

- Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans : en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Pour la tuberculose : en centre de lutte antituberculeuse (CLAT). La proposition d'un bilan préventif aux populations éloignées des systèmes de prévention et de soins fait désormais partie des missions des CLAT, pour les personnes concernées par un dépistage de la tuberculose (Article. D. 3112-7. – I CSP)
- Pour le dépistage du VIH, hépatites et Infections Sexuellement Transmissibles : en Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)
- Pour la délivrance de moyens de contraception : en centre de santé sexuelle
- Pour les addictions : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Pour tous les soins, dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- Certains centres de vaccination

Annexe 3 - Textes relatifs au consentement aux soins des mineurs, aux dérogations, et aux devoirs des médecins face à l'enfance en danger

Textes applicables en termes de consentement aux soins :

1. Règle générale (articles L. 1111-4 du CSP et R. 4127-42 du CSP) : consentement aux soins par le titulaire de l'autorité parentale

2. Pour des actes de chirurgie (article R. 1112-35 du CSP) : père, mère ou tuteur légal doivent signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération, en l'absence de laquelle il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

3. Pour l'admission dans un établissement de santé

Article R. 1112-34 du CSP : *L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.*

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien. Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Article L. 3211-10 du CSP : *[...] la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.*

4. Pour la sortie d'hospitalisation

Article R. 1112-57 du CSP : *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du CSP ou d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles.*

Article R. 1112-64 du CSP *Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, les personnes mentionnées à l'article R. 1112-57 sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.*

5. Pour la délivrance de médicament : Aucun texte n'interdit à un pharmacien d'effectuer la délivrance de médicaments nécessitant une ordonnance à un mineur. Néanmoins, la prudence est de mise.

Les cas prévus de dérogations au consentement de l'autorité parentale

6. Pour les actes usuels⁵ (article 373-4 du code civil) : le consentement peut être donné par la personne à qui l'enfant a été confié et qui accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation

7. Pour les soins d'urgence

Article R. 4127-42 du CSP: En cas d'urgence, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Article R. 1112-13 du CSP : Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

8. Cas ou un mineur s'oppose à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale (articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP) et par analogie, au mineur en l'absence d'autorité parentale⁶ : 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. Dispositions analogue pour les infirmiers lorsqu'il s'agit de préserver la santé sexuelle.

9. Mineur titulaire de l'assurance maladie en son nom propre (articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP) : mêmes dispositions que pour le mineur s'opposant à la consultation de l'autorité parentale

10. Pour la prescription de contraceptifs (article L. 5134-1 du CSP) : Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

11. Pour l'IVG (article L. 2212-7 du CSP) : « *Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.*

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ».

⁵ Le CNOM donne l'analyse suivante : En matière médicale, une distinction plus affinée permet de dire

- qu'entrent sans doute dans la catégorie des actes « usuels », les soins obligatoires (vaccinations obligatoires), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes...), les soins habituels chez l'enfant (traitement des maladies infantiles ordinaires) ou chez tel enfant en particulier (poursuite d'un traitement ou soin d'une maladie récurrente, car « usuel » n'est pas synonyme de bénin) ;
- que ne peuvent être considérés comme des actes « usuels » : la décision de soumettre l'enfant à un traitement nécessitant une hospitalisation prolongée, le recours à un traitement lourd (y compris dans un domaine psychothérapeutique) ou comportant des effets secondaires importants, les interventions sous anesthésie générale, la résolution d'arrêter les soins ou de les réduire à un traitement de confort.

⁶ Instruction aux ARS du 8 juin 2018 DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143

Les devoirs des médecins face à l'enfance en danger :

12. Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage (article R. 4127-43 CSP)

13. Alerte de l'autorité administrative ou judiciaire : article R. 4127-44 du CSP : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »*

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

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

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

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

15. Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) : *Prévue par l'article L.3211-10 CSP, qui renvoie au chapitre III « Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » (Articles L3213-1 à L3213-11) du titre I (modalités de soins psychiatriques) du livre II de la troisième partie du CSP : le dispositif SDRE de droit commun s'applique donc, sans aménagement spécifique.*

**Annexe 4 – Modèle d’attestation relative à une demande d’aide
médicale de l’Etat pour une personne se déclarant mineure non
accompagnée et ne disposant pas de pièce d’identité – Document à
transmettre aux CPAM**

Logo de la structure

Je, soussigné(e) [Nom et prénom]
en qualité de [Profession]
atteste que [Nom et prénom du jeune]
déclarant être né(e) le [Date de naissance du jeune] à
..... [Ville et pays de naissance du jeune]
se présente comme mineur(e) non accompagné(e).

L'évaluation de la minorité et de l'isolement familial étant en cours, il/elle demande à pouvoir
bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, en tant que mineur. Ce statut le/la dispense de remplir la
condition de séjour irrégulier et ininterrompu de trois mois.

Fait à.....[Ville]

Le..... [Date de l'attestation]

Signature et cachet de la structure

Annexe 5 – Priorisation de l’instruction de la demande d’AME pour une personne se déclarant mineure et non accompagnée - modèle à destination des professionnels de santé à transmettre aux CPAM

Logo de la structure

Attestation relative à une demande d’aide médicale de l’Etat pour une personne se déclarant mineure et non accompagnée et permettant de prioriser l’instruction de la demande formulée

Je, soussigné(e) [Nom et prénom]
en qualité de [Profession]
atteste que [Nom et prénom du jeune] a fait
l’objet d’une évaluation de ses besoins de santé dont il ressort qu’une prise en charge médicale est
nécessaire.

Fait à.....[Ville]

Le..... [Date de l’attestation]

Signature et cachet de la structure

Annexe 6 – Quelques ressources et liens utiles

Exemples de formations à distance recommandées par le HCSP pour les infirmiers en charge de l'entretien d'orientation

- DU santé des migrants, UFR Santé, Médecine, Biologie Humaine (Université Paris 13) : <https://smbh.univ-paris13.fr/fr/formations/autres-formations/du-diu/item/191-diu-sant%C3%A9-des-migrants.html>
- Certificat de formation continue « Santé mentale, migration et culture : évaluer et soigner » proposé par le Centre pour la formation continue et à distance de l'Université de Genève <https://www.unige.ch/formcont/cours/cassmmc>
- -Formations à la médiation inter culturelle dispensée par AHUEFA Internationale France <https://ahuefa.org>

Exemples de formation pour renforcer le repérage en santé mentale

- Premiers secours en santé mentale - <https://pssmfrance.fr/>
- https://smf.serviceftp.eu/newsletter/2022_Fiche-formation-secouriste-PSSM_Jeunes.pdf
- Formations sentinelles en prévention du suicide (contacter l'ARS territorialement compétente)

Exemples de grilles d'entretien ou d'outils d'aide diagnostique

Addictologie : http://www.test-addicto.fr/tests_pdf/test-MINI.pdf

Santé mentale :

- Aide diagnostique et thérapeutique en psychiatrie destinée à l'accompagnement de la prise de décision des médecins généralistes pendant la consultation : <http://www.psychiaclic.fr/>
- MINI-Kid : <https://www.ici-enfant.be/s/MINIKid20.doc>

Exemples de livret de santé utilisés par les professionnels

Le livret de santé doit *a minima* comprendre :

- Une mention de son caractère individuel et comportant des informations médicales personnelles, de l'intérêt de le conserver, de le présenter aux professionnels de santé et de l'inintérêt (et la dangerosité) de l'échanger, le donner ou le vendre ;
- L'identité de la personne, sa situation au regard des droits à la protection sociale ;
- Les structures de santé impliquées dans la prise en charge et pouvant être contactées ;
- les antécédents personnels et familiaux ;
- Les examens complémentaires de dépistage réalisés (VIH, VHB, VHC, IST, tuberculose, diabète, schistosomiase, anguillulose ...) ;
- Les vaccinations réalisées et à prévoir conformément aux recommandations de l'HAS⁷ ;

⁷ Selon les recommandations de l'HAS pour :

- le calendrier des vaccinations en vigueur <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

- Les éléments relatifs à la santé bucco-dentaire ;
- Les consultations et les traitements le cas échéant ;
- Le suivi gynécologique et de grossesse le cas échéant ;
- Le suivi psychologique.

Il peut utilement comprendre une liste d'adresses et contacts locaux pour ses besoins de santé, un schéma du corps humain, une échelle de la douleur, des pictogrammes visant à décrire l'état dans lequel se trouve la personne ainsi qu'une carte des pays du monde.

A titre d'exemple, un modèle de passeport santé est accessible via les liens suivants:

- Document à renseigner directement par voie dématérialisée
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/passeport_sante_2022_vf-uk.pdf
- Document à imprimer
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/passeport_sante_2022_vf-uk_imp.pdf

- la recommandation de rattrapage vaccinal, 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2867210/fr/rattrapage-vaccinal-en-situation-de-statut-vaccinal-incomplet-inconnu-ou-incompletement-connu-en-population-generale-et-chez-les-migrants-primos-arrivants

