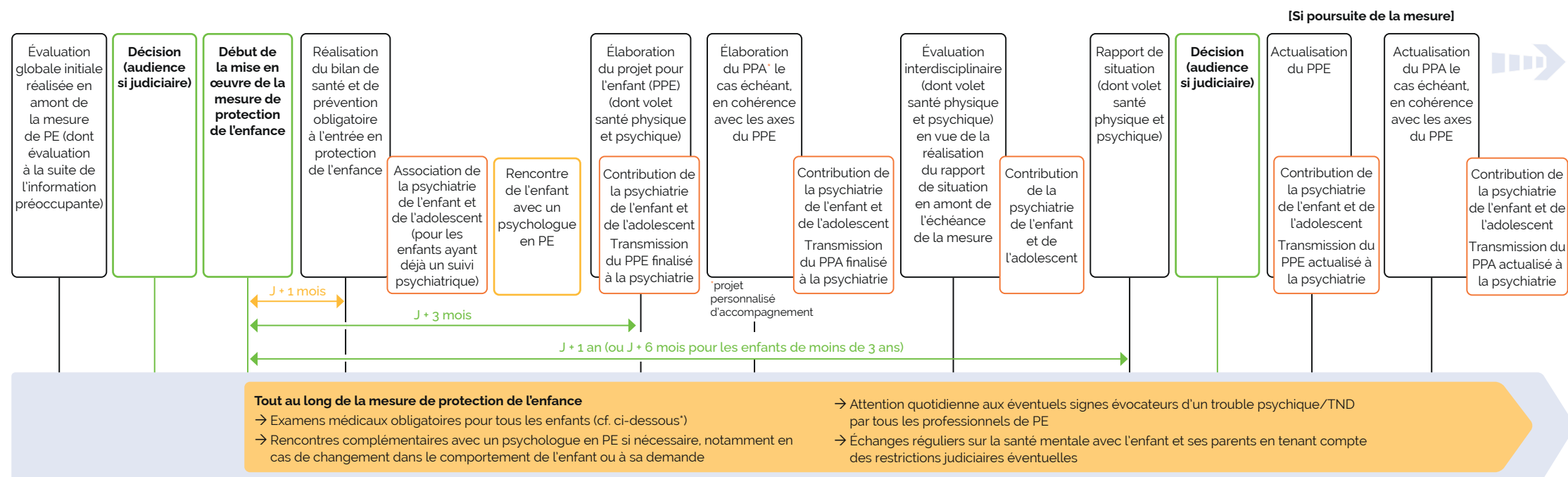
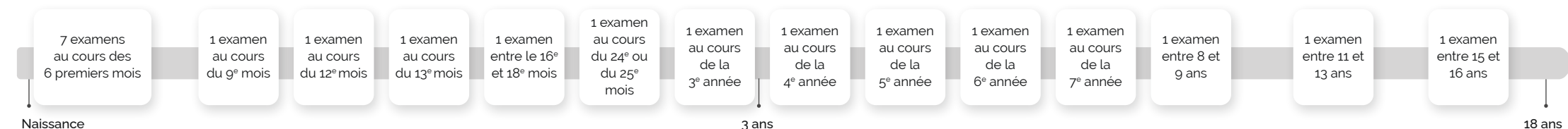


# Repérage des besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et association de la psychiatrie au cours du parcours de l'enfant ayant une mesure de protection de l'enfance

– synthèse –



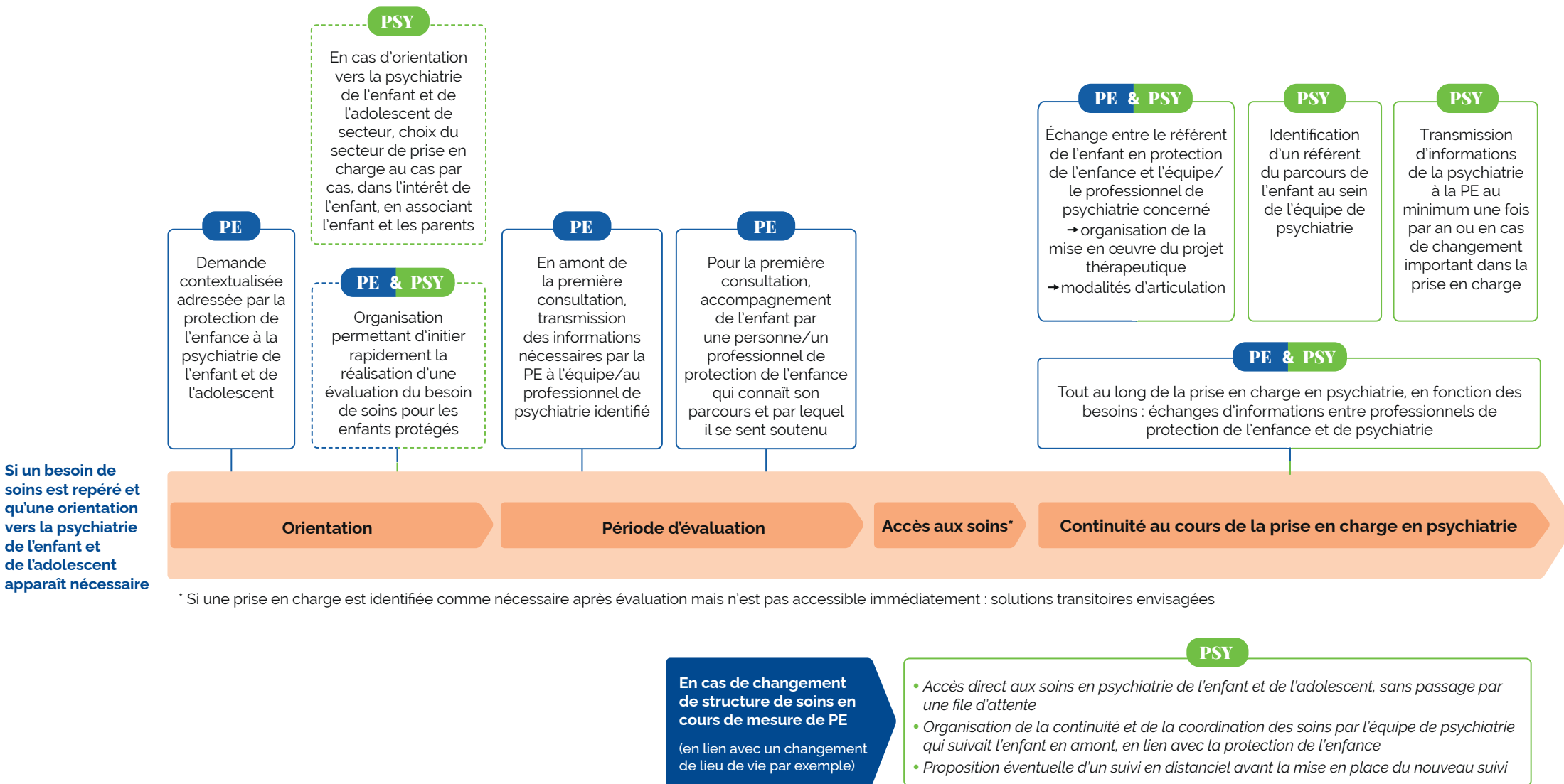
\*Examens médicaux obligatoires pour l'ensemble des enfants (cf. articles L. 2132-2 et R. 2132-1 du CSP, et arrêté du 14 novembre 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant)



Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques « **Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** »

# Orientation, accès et continuité des soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les enfants ayant une mesure de protection de l'enfance

– synthèse –



→ Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques « **Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** »

# Recours aux urgences pour un enfant ayant une mesure de protection de l'enfance présentant des symptômes évocateurs d'un trouble psychique/TND

## – synthèse –

### Cadre général

PE & PSY

**Co-construction d'un protocole de réponses graduées aux situations de crise**, à l'échelon du département (ou du projet territorial de santé mentale (PTSM) s'il est infra-départemental)

### Prévention

PE & PSY

**Organisation permettant à la protection de l'enfance (PE) de solliciter la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent autour de situations individuelles pour repérer :**

- des circonstances contextuelles qui ont tendance à entraîner une crise
- des signes avant-coureurs d'une crise
- des stratégies d'apaisement

### Pour les enfants ayant une mesure d'accueil

### Organisation du recours aux urgences par la PE

PE

**Accompagnement de l'enfant par un professionnel de la PE** du départ jusqu'à la sortie des urgences

**Transmission du document de liaison d'urgence** au médecin prenant en charge l'enfant dans le service des urgences (rempli et mis à jour pour chaque enfant en dehors de l'urgence)



#### Point de vigilance :

- au plus vite, information des parents du recours aux urgences
- évaluation des modalités de leur association

Dans le contexte d'un recours aux urgences pour un trouble psychique/TND :

- la **proposition de mettre en place une hospitalisation ou des soins ambulatoires relève, après évaluation pluriprofessionnelle, d'un médecin**
- elle est explicitée à l'enfant (selon son âge et son degré de maturité), aux parents et aux professionnels accompagnant l'enfant en PE

### Coordination entre professionnels et préparation de la sortie des urgences

(lorsqu'une hospitalisation n'est pas jugée nécessaire)

#### Organisation conjointe de la suite des soins et de l'accompagnement

PE & PSY

Équipe des urgences

Équipe de pédiatrie

*le cas échéant*

- orientation de l'enfant vers des modalités de soins adaptées
- avant la sortie des urgences, confirmation de la programmation d'une consultation psychiatrique en ambulatoire ou relais avec les professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui suivront l'enfant en ambulatoire pour qu'une consultation soit rapidement programmée

#### Équipe des urgences

Information sur la **conduite à tenir en cas d'aggravation ou de nouvelle crise**

Inclusion de ces éléments au **courrier/courriel de sortie**

#### Mise en place éventuelle d'un accueil transitoire en PE

PE

Implique une organisation du conseil départemental et des organismes gérant des structures habilitées en protection de l'enfance pour disposer en permanence de places permettant d'accueillir de façon transitoire un enfant placé lorsqu'un retour immédiat sur son lieu de vie habituel n'apparaît pas pertinent

Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques



**Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

# Hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : continuité dans et avec les lieux d'accueil en protection de l'enfance

## – synthèse –

### Préadmission/début d'hospitalisation

PSY

Estimation d'une **durée d'hospitalisation** par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

**Transmission d'une date prévisionnelle de sortie** (réévaluable en fonction de l'évolution clinique) :

- aux professionnels de protection de l'enfance
- à l'enfant, selon son âge et son degré de maturité
- à ses parents

### Pendant l'hospitalisation

PE & PSY

Contacts réguliers des professionnels de protection de l'enfance avec l'enfant : **prise de nouvelles et visites**  
↳ Notamment dans le cadre d'une mesure d'accueil

Possibilité pour l'enfant d'un **maintien des liens avec ses proches** et de **sorties temporaires**

↳ Si son état clinique le permet et en tenant compte des restrictions judiciaires éventuelles

**Aspects logistiques organisés par la protection de l'enfance**

### Sortie d'hospitalisation

PE & PSY

**Programmation de la poursuite des soins psychiatriques** en ambulatoire et/ou à temps partiel

**Transmission du calendrier des rendez-vous** aux professionnels de protection de l'enfance et aux parents

Proposition, si nécessaire, d'un **soutien aux professionnels accompagnant l'enfant en protection de l'enfance**  
↳ Créer les conditions d'un retour sur le lieu de vie qui soit le plus serein possible

**Modalités de soutien et de guidance** pouvant être mises en place à destination **des parents**

Accompagnement de l'enfant dans la **poursuite ou la reprise de sa scolarité**

### De la préadmission à la sortie d'hospitalisation

- Autant que possible, recueil de l'adhésion aux soins de l'enfant concerné et de ses parents, et explications en cas de recours à des soins se faisant sans son consentement
- Assurance pour l'enfant d'avoir une place au sein d'un lieu d'accueil et de la conserver
- Éviter autant que possible qu'un changement de lieu d'accueil concorde avec un temps d'hospitalisation
- Échanges entre le référent de l'enfant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les professionnels de protection de l'enfance

Ces principes s'appliquent également aux hospitalisations en services de pédiatrie pour des motifs psychiatriques

Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques  
Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

# Co-construction d'un cadre collaboratif global entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et acculturation réciproque

– synthèse –

## Formalisation d'objectifs partagés et de modalités de coordination

À l'échelon de chaque région et de chaque département

**Intégration de la question de la coordination protection de l'enfance/psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans les documents de référence dédiés à la définition des politiques publiques régionales et départementales**

- Dans le champ sanitaire : projet régional de santé (PRS)
- Dans le champ de la protection de l'enfance : schémas départementaux « enfance famille » des conseils départementaux (CD) et projets territoriaux de la PJJ

À l'échelon de chaque PTSM

**Intégration de la question de la coordination protection de l'enfance/psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au projet territorial de santé mentale (PTSM) et association de représentants de la protection de l'enfance pour :**

- réaliser un diagnostic partagé des problématiques, des ressources disponibles et des besoins sur le territoire
- identifier conjointement des actions permettant de répondre aux besoins identifiés

À l'échelon de chaque département et de chaque DT PJJ

**Signature de conventions entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

- Entre le CD et les structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concernées
- Entre la DT PJJ et les structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concernées
- Et éventuellement entre les acteurs gérant une ou des structures autorisées au titre de l'ASE et/ou de la PJJ et les structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concernées

Contenu :

- Objectifs opérationnels de la coordination
- Rôles et engagements de chacun et modalités de coordination

**Diffusion des modalités de coordination prévues par les conventions auprès de l'ensemble des structures et professionnels des deux champs pour intégration dans leurs documents de référence et dans leurs pratiques**

## Situations individuelles complexes

À l'échelon départemental, voire infra

**Mise en place d'un espace pérenne pluripartenarial de décision dédié** au traitement des situations individuelles complexes

- S'il n'existe pas déjà
- À l'initiative du CD
- En articulation avec les dispositifs de coordination existants

## Interconnaissance et acculturation réciproque

À l'échelon départemental

→ Réalisation d'un **état des lieux** des espaces de rencontre existants entre professionnels des deux champs, hors traitement des situations individuelles (par l'ODPE, en lien avec la gouvernance du PTSM)

→ **Mise en place d'espaces de rencontre en fonction des manques identifiés**

→ Développement de **périodes d'immersion réciproques** entre les deux champs

## Formation continue

**Mise en place d'un comité pédagogique co-porté et pérenne** (par l'ODPE, en lien avec la gouvernance du PTSM)

- Recensement des formations existantes
- Identification des besoins de formation
- Définition d'un programme pluriannuel de formations
- Identification des possibilités de mutualisation de formations entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

**Systématisation d'une formation dans l'année de la prise de poste pour tous les professionnels**

- En protection de l'enfance : sur les enjeux spécifiques à prendre en compte sur le plan de la santé mentale pour les enfants accompagnés
- En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : sur la protection de l'enfance

## Formation initiale

- Enseignement en protection de l'enfance/santé mentale dans le cadre de la formation initiale des différentes professions concernées
- Enseignements communs et/ou stages d'immersion