

1/ FACILITER L'ORGANISATION DE PARCOURS ADAPTÉS AUX BESOINS DE SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

/// CONSTATS ET ENJEUX

Le développement de l'enfant à partir de l'âge de 2 mois jusqu'à l'entrée de l'âge adulte à 21 ans se caractérise par une succession de périodes charnières. Son suivi est morcelé car centré essentiellement autour des périodes dites de vulnérabilité (grossesse, naissance et petite enfance, l'adolescence). La santé se construisant en premier lieu au sein de relations familiales et sociales, les inégalités sociales et territoriales de santé se creusent dès les premières années de vie. Du point de vue de l'offre de santé, le parcours de l'enfant et de l'adolescent est également marqué par une évolution démographique médicale préoccupante, avec de fortes inégalités territoriales.

Les principaux constats identifiés en région concernent :

- Un besoin de renforcer les actions de prévention et de promotion en santé, au travers du développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, en particulier concernant l'alimentation, l'activité physique, l'éducation à la vie affective et sexuelle, la bientraitance, l'éveil culturel, les nouvelles technologies et leurs effets (utilisation des écrans, réseaux sociaux...), les conduites à risques... ;
- Un manque de coordination entre les acteurs du sanitaire et de l'éducation, notamment pour les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse) permettant de construire un projet commun de prise en charge de l'enfant ;
- Un recours en partie inadapté aux structures hospitalières notamment les services des urgences et les surspécialités ;
- Une structuration et une gradation insuffisante des trois filières identifiées comme prioritaires : les troubles du neuro-développement de l'enfant, la prise en charge du surpoids voire de l'obésité et la souffrance psychique ;
- Un manque global de communication et d'échanges ville-hôpital et/ou ville-ville : à titre d'exemple, le carnet de santé bien utilisé dans les toutes premières années, ne l'est plus autant au-delà de 3-4 ans. Or, son intérêt est reconnu par tous comme outil de suivi du développement de l'enfant, support de messages de prévention, outil de communication entre les familles et les professionnels de santé. Son intégration dans le dossier médical partagé serait souhaitable ;
- Un morcellement des données de santé chez l'enfant qui freine l'évaluation des besoins au plus près des territoires ;
- Une évolution démographique médicale préoccupante, tant en médecine générale, qu'en pédiatrie et pédopsychiatrie, avec de fortes inégalités territoriales, et des effectifs considérés comme critiques pour les médecins de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé scolaire.

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Afin d'améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent, il s'agit de faciliter l'organisation de parcours adaptés à leurs besoins de santé au travers de la mise en œuvre de **sept objectifs opérationnels** :

- La prévention et la promotion de la santé doivent être renforcées dès la petite enfance en accompagnant la parentalité **[Objectif 1]** ;
 - La suivi du développement des enfants doit être renforcé en proximité en amplifiant les interactions entre les acteurs du suivi préventif et ceux des soins, au travers notamment de l'examen médical obligatoire lors de la 6^e année de vie, le médecin traitant de l'enfant étant au centre de la prise en charge de proximité et du 1^{er} recours dans les filières **[sous objectif 1.3]**;
 - Le recours inadapté aux urgences doit être diminué par une meilleur organisation de la filière de soins mais aussi par des actions de formation à l'attention des professionnels de santé **[Objectif 2]** ;
- Les situations individuelles complexes doivent trouver une réponse notamment par une coordination pluri-professionnelle. Il s'agit ainsi d'apporter un appui aux professionnels de santé confrontés à ces situations. Les expérimentations en cours sont à poursuivre **[Objectif 3]** ;
- Les parcours de soins des trois filières prioritaires doivent être organisés de façon graduée en tenant compte des spécificités territoriales et en apportant de la lisibilité aux professionnels et aux familles. Cela concerne les enfants et adolescents présentant des troubles du neuro-développement **[Objectif 4]** un surpoids ou une obésité **[Objectif 5]** et des manifestations de souffrance psychique **[Objectif 6]** ;
- L'amélioration de la connaissance des besoins en santé des enfants doit s'appuyer sur un système d'informations des données de santé structuré et partagé avec les professionnels **[Objectif 7]**.

Les objectifs sont en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé, notamment concernant :

- L'accompagnement des parents dans la réduction des risques pour la santé de l'enfant ;
- L'amélioration du repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant (troubles du neuro développement, nutrition, troubles psychiques et troubles du comportement) ;
- Le développement dès le plus jeune âge de l'éducation pour la santé et des compétences psycho sociales
- Des actions de prévention contre les violences et les maltraitances sur les enfants ;
- L'amélioration de la santé des étudiants.

/// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Objectif 1 Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant et l'adolescent

En dépit des progrès scientifiques de ces quarante dernières années, on relève encore chez l'enfant et l'adolescent des difficultés liées en partie aux mutations familiales et sociales, aux évolutions générationnelles et à l'augmentation des situations de vulnérabilité et de pauvreté retentissant sur leur développement, leur bien-être et leur devenir à l'âge adulte. Seule une vision globale de la prise en charge de la santé de l'enfant, de la grossesse à l'âge adulte, devrait permettre d'activer une politique de prévention et de promotion de la santé, un accès à des soins coordonnés en cas d'accidents de la vie et, surtout, le respect des droits de l'enfant.

Le concept de parentalité et les modalités de son soutien et son accompagnement ont donné lieu à de nombreuses définitions, dont le concept dit « caméléon »¹² : « Ensemble des droits et des devoirs, des aménagements psychiques et des affects, des pratiques de soins et d'éducation, mises en œuvre pour un enfant par un ou des parents, indifféremment de la configuration familiale choisie ».

Un constat important réalisé lors de l'état des lieux concerne le besoin de renforcer les actions de prévention et de promotion en santé chez les enfants et adolescents qui doivent être engagées dès la petite enfance.

Sous obj. 1.1 Mettre en œuvre, dans les lieux de vie des enfants et des adolescents, un plan d'actions coordonnées visant leur bien-être et leur développement en y incluant le soutien à la parentalité

L'enfance constitue la période des apprentissages fondamentaux. L'acquisition des compétences psycho-sociales chez l'enfant et l'adolescent contribue au bien-être physique et psychique, à leur réussite éducative et à la prévention des comportements à risque. Pour développer ces compétences, il importe de conforter celles des parents afin de favoriser les pratiques éducatives positives. Les actions de promotion de la santé visant au développement de ces compétences sont d'autant plus efficaces qu'elles sont entreprises dès le plus jeune âge et qu'elles intègrent l'accompagnement à la parentalité et sont menées sur les différents lieux de vie des enfants. Les thématiques de santé prioritairement visées sont : l'hygiène de vie, l'alimentation et l'activité physique, la qualité du sommeil, l'éveil culturel chez les jeunes enfants, l'utilisation d'écran, la vie affective et sexuelle et l'éducation à la santé familiale.

Dans certains domaines, le rôle des fonctions parentales est en règle reconnu dans les réseaux de périnatalité et de soins dans les maladies chroniques. Il mériterait d'être renforcé dans certaines situations de handicap, la santé mentale, les soins palliatifs, les fins de vie. Il en est de même dans les soins palliatifs et dans certaines réflexions éthiques.

De nombreuses actions visant à renforcer les compétences psychosociales et impliquant de nombreuses institutions ont déjà été mises en place en région Grand Est comme les actions partenariales entre l'ARS et le Rectorat depuis 2012, la mise en place du parcours éducatif de santé depuis septembre 2016. Afin de rendre plus forte l'action publique par la mise en synergie des actions, il importe de mieux coordonner les actions menées par les différents partenaires institutionnels et de les rendre plus lisibles par une harmonisation des messages dans les différents lieux de vie des enfants :

- ▶ Mettre en place une coordination inter institutionnelle dans au moins 5 départements de la région ;
- ▶ Définir un cahier des charges commun ;

¹² Catherine Sellenet, La parentalité décryptée 2007

- ▶ Élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions coordonnées de promotion de la santé s'appuyant sur le développement des compétences psychosociales de l'enfant et de l'adolescent en intégrant la dimension d'accompagnement de la parentalité (sur des thématiques de santé telles que nutrition, hygiène de vie, qualité du sommeil, éveil culturel, utilisation des écrans, éducation à la santé familiale, vie affective et sexuelle), ;
- ▶ Mettre en place un guichet unique régional pour le financement des actions ;
- ▶ Conforter l'accès aux actions de promotion de santé auprès des jeunes accueillis dans des établissements médicosociaux ou pris en charge par l'ASE ou la PJJ, y compris es actions d'éducation à la vie affective et sexuelle

Sous obj. 1.2 Développer une politique volontariste de soutien à la parentalité

Si l'enfance et l'adolescence constituent des périodes de fragilité pour les familles confrontées aux mutations familiales et sociales, à l'augmentation des situations de vulnérabilité et de pauvreté, elles peuvent aussi constituer des périodes d'opportunité : une action menée précocement auprès de l'enfant et sa famille peut avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance dans leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme. Le concept de parentalité et les modalités de son soutien/ accompagnement ont pris de l'essor à partir des années 1990 en France. Depuis 2015, la mise en œuvre départementale des services aux familles contribue à rapprocher le pilotage local de la politique petite enfance et celle de la parentalité, et mieux coordonner les acteurs locaux nombreux.

Plusieurs actions visent à participer au soutien à la parentalité :

- ▶ Intégrer la dimension d'accompagnement de la parentalité dans le plan d'action de promotion de la santé défini en commun de façon pluri institutionnelle (cf. sous obj 1.1) : dans chaque projet/action le champ de l'accompagnement à la parentalité sera précisé
- ▶ Déployer le programme de parentalité positive sur 2 ou 3 territoires ;
- ▶ Soutenir le programme de recherche « Petite Enfance Recherche-action dans le Lunévillois » (PERL) ;
- ▶ Informer, répondre et orienter les parents et les co-responsables selon leurs besoins et ceux de leurs enfants ;
- ▶ Assurer la formation initiale et continue des interlocuteurs concernés.

Sous obj. 1.3 100% des enfants bénéficient de l'examen médical obligatoire lors de la 6^e année dans les territoires prioritaires définis en lien avec les rectorats

La politique de santé à l'école a pour objet de contribuer à la santé et au bien-être de tous les élèves. Or la réussite scolaire dépend aussi de l'état de santé de l'élève. Il importe donc que chaque élève puisse bénéficier de l'examen médical obligatoire au cours de la 6^e année. Organisé par l'Éducation nationale ou dispensé par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre), cet examen permet de mener des actions de dépistage dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

Or, le taux de réalisation de cet examen pour la région est très inégal .Ceci s'explique par une démographie défavorable de médecins de l'Éducation nationale, notamment dans les académies de Nancy-Metz et de Reims. Les actions à engager sont :

- ▶ Assurer une traçabilité de la réalisation du bilan de santé de la 6^e année, quel que soit le lieu de réalisation de ce bilan, afin d'identifier précisément les inégalités d'accès à cet examen ;
- ▶ Définir, en lien avec les rectorats, les territoires prioritaires pour lesquels un taux élevé d'enfants ne bénéficieraient pas de l'examen médical obligatoire de la 6^e année devant être réalisé soit par le médecin de l'Éducation nationale, soit par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre) ;
- ▶ Mettre en place dans les territoires prioritaires des organisations formalisées basées sur des partenariats avec des acteurs médicaux (médecins généralistes, pédiatres, PMI), là où la

médecine scolaire n'est pas en mesure d'assurer ces bilans.

Sous obj. 1.4 Garantir le succès de la politique vaccinale nationale

Depuis 2018, 11 vaccins obligatoires sont dorénavant obligatoires chez l'enfant avec l'ambition d'atteindre un taux de taux de couverture vaccinale de 95% pour l'ensemble de ces vaccins. Pour cela, il faut de :

- ▶ Engager des campagnes d'information sur l'importance de la vaccination, son innocuité, sa place essentielle dans la politique de prévention, les raisons ayant conduit le ministère de la Santé à proposer d'élargir le nombre de vaccins obligatoires ;
- ▶ Évaluer, par exemple à l'occasion du bilan de santé à 6 ans, la réalité de la couverture, par territoire ;
- ▶ Mener des actions spécifiques de sensibilisation dans les territoires ayant un taux de couverture vaccinale en deçà de 95%.

↻ *Objectif complémentaires à ce parcours : objectif « Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité » dans le chapitre « Mobiliser les outils de prévention du système de santé » (page 31)*

Objectif 2 Diminuer le recours inadapté des enfants et adolescents aux structures hospitalières (urgences et surspécialités)

Une part des consultations pour motif « urgences ressenties » qui pourrait être traitée directement en ville par les médecins traitants vient saturer les services des urgences et de spécialités pédiatriques, et cette tendance est amplifiée par des demandes de plus en plus pressantes des familles. Concernant l'accès aux spécialités hospitalières, les filières ne sont pas assez lisibles et structurées, ce qui a pour conséquence un recours pour une part non adapté à des consultations pédiatriques spécialisées, ou à des centres de référence.

Aussi, les actions à entreprendre sont :

- ▶ Adapter la formation initiale des médecins généralistes aux spécificités de l'enfant et de l'adolescent suivis en soins primaires ambulatoires, et celle des pédiatres, en intégrant davantage de stages ambulatoires en ville auprès de maîtres de stage formés ou en PMI ;
- ▶ Conforter la formation continue des médecins généralistes aux spécificités de l'enfant et de l'adolescent suivis en soins primaires ambulatoires, en l'adaptant aux besoins de ces médecins et aux situations cliniques rencontrées. Il est important que cette formation revête un caractère pratique ;
- ▶ Accompagner la diversification d'une offre de soins non programmés de premier recours lisible et adaptée aux besoins des territoires par l'implantation de maisons de santé pluri professionnelles, par des expérimentations d'organisation délivrant des soins non programmés ;
- ▶ Mettre en place, selon les besoins, des interventions avancées ou équipes mobiles auprès d'enfants ou d'adolescents ayant des difficultés avérées et durables, afin de prévenir des ruptures de parcours, avec notamment expérimentations de mise en place d'équipes mobiles comme prévu dans le nouveau cahier des charges des maisons des adolescents ;
- ▶ Prévoir des interventions avancées de professionnels compétents en neuro développement et de professionnels compétents en santé mentale ;

- ▶ Expérimenter des projets de santé spécifiques aux besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent, au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou autres modalités d'exercices coordonnés.

🔗 *En lien avec l'offre sanitaire (page 215)*

Objectif 3 Permettre aux enfants et adolescents, identifiés comme relevant d'une situation complexe, de bénéficier d'une coordination pluri professionnelle dans un dispositif spécifique

La santé de l'enfant ne dépend pas seulement de la performance du système de soins. Elle résulte aussi de différents facteurs : grande prématurité de l'enfant, non investissement des compétences parentales, difficultés maternelles, addictions, fragilité psychologique, détresse sociale... Face à ces situations complexes, le professionnel de santé ne peut à lui seul apporter les réponses adaptées. Des expérimentations de prise en charge coordonnées ont été mises en œuvre et suivies par des comités composés d'institutionnels et professionnels (conseil départemental, caisse d'allocations familiales, communautés de communes, direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, pédopsychiatrie, médecins généralistes, Assurance maladie, Éducation nationale...). Ces dispositifs expérimentaux doivent être poursuivis pour étudier à terme leur transférabilité. Des actions plus spécifiques aux situations de maltraitance sont à renforcer :

- ▶ Soutenir l'expérimentation « Réunions de coordination autour de situations d'enfants de 0 à 6 ans » (RCSE) dans le Toulousain en Lorraine ;
- ▶ Soutenir l'expérimentation « Fil Pro Ado » déployée en Meuse ;
- ▶ Mettre en place au sein de chaque hôpital disposant d'un service d'urgence (et/ ou service de pédiatrie) :
 - Un médecin volontaire « référent sur les violences faites aux enfants », formé au niveau national (cf. plan interministériel) ;
 - Un plan de formation à destination du personnel non médical ;
 - Un cadre régional ou départemental facilitant la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, auprès des professionnels de santé, en lien avec les conseils de l'Ordre des médecins et le médecin référent du conseil départemental, et à l'appui du futur guide national sur le repérage et la conduite à tenir.

Objectif 4 Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces

Cet objectif est commun avec celui retenu dans le cadre du parcours de santé de la personne en situation de handicap (objectif 1). Sa déclinaison opérationnelle sera élaborée et mise en œuvre avec les acteurs concernés par ces deux parcours.

🔗 *En lien avec l'objectif « Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les jeunes enfants présentant des troubles du neuro-développement : repérage, évaluation, prise en charge globale précoces » (page 122)*

Objectif 5 Mettre en œuvre un parcours coordonné pour les enfants et les adolescents présentant un surpoids ou une obésité

La région Grand Est présente une situation défavorable en matière d'obésité. Si la prévalence de l'obésité a rejoint le taux national de 3,5%, celle de la surcharge pondérale des enfants en grande section maternelle est au-dessus de ce taux d'environ 1 à 2 points (DREES 2013) et connaît une augmentation de 7 points (11,9% versus 18,9%) entre la grande section maternelle et le CM2.

La structuration de la filière de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant pourrait être pensée en 2 ou 3 niveaux. Elle nécessite des compléments de travaux avant de pouvoir définir les processus à mettre en place, notamment sur le territoire de Champagne-Ardenne. Le territoire alsacien connaît un maillage robuste en réseaux territoriaux de prise en charge de l'enfant et l'adolescent. Le centre spécialisé de l'obésité de Nancy qui peut s'appuyer sur quatre réseaux territoriaux lorrains fait partie en tant que tel de l'expérimentation du parcours OBEPEDIA concernant la prise en charge de l'obésité pédiatrique sévère¹³.

- ▶ Accompagner l'expérimentation OBEPEDIA dans la perspective de l'extension des compétences des centres spécialisés de l'obésité adultes à la prise en charge des enfants et des adolescents ;
- ▶ Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique adaptée en fonction des territoires ;
- ▶ Développer selon les besoins des activités d'éducation physique au sein des établissements accueillant des enfants en situation de handicap.

En lien avec l'Axe stratégique n°1 : Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé (page 11)

Objectif 6 Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement et assurer le relais à l'âge adulte

La souffrance psychique de l'enfant recouvre une somme d'entités nosologiques qui requièrent l'action conjointe et coordonnée d'acteurs issus des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Elle peut conduire à des troubles comportementaux nécessitant une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire. Selon les différentes enquêtes nationales et les critères diagnostiques, entre 10 et 20 % des jeunes rencontreraient des troubles psychiques ; le suicide constitue la 2^e cause de mortalité chez les jeunes entre 10 et 25 ans, après les accidents de la route.

L'anxiété et la dépression chez l'enfant restent des phénomènes encore trop souvent banalisés. Ceux-ci peuvent être associées ou non à des troubles du neuro développement. L'enfant qui présente une souffrance psychique, peut être amené à présenter des troubles des « conduites » dont la prévalence en population générale est plus élevée à l'adolescence (3-9%) que pendant l'enfance (2%). Toutefois toutes les souffrances psychiques associées ou non à des troubles du comportement ne justifient pas le recours à la psychiatrie mais il est fondamental qu'un avis de psychiatrie infantile-juvénile puisse être sollicité autant que de besoin à chaque étape du parcours de l'enfant/adolescent.

Pour répondre à l'objectif général ci-dessus, il convient

- D'améliorer la précocité du repérage, de faire émerger la parole grâce à des lieux identifiés et des personnes ressources, comme : les établissements scolaires (infirmière, médecin...), le médecin traitant, des lieux d'écoute conçus spécialement pour les jeunes, gratuits et confidentiels (les points accueil écoute jeunes (PAEJ), les maisons des adolescents, les bureaux d'aide psychologique universitaires, les relais étudiants / lycéens),
- D'améliorer les évaluations et prises en charge précoces dès le jeune âge pour limiter les conséquences sociales, familiales, scolaires et psychiques des troubles,

¹³ Instruction n° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)

- De privilégier un travail partenarial d'accompagnement et de prise en charge, en tenant compte de la pluralité des professionnels au contact des enfants et des adolescents.

Il convient également d'offrir des conditions d'accueil et de soins adaptés, temps plein et ambulatoires, et de prévenir les risques de rupture de parcours des enfants et adolescents (échec du maintien dans les familles ou en institution, échec scolaire voire interruption de scolarité, conduite addictive, passage à l'acte suicidaire...) ainsi que les conséquences familiales. Les professionnels au contact des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), soulignent un manque d'articulation entre le sanitaire et l'éducatif conduisant à une dichotomie entre le parcours de soin et le parcours éducatif, et la nécessité de renforcer leurs alliances.

Par ailleurs, il est nécessaire de disposer d'outils de gestion de crise tels que :

- Des lits d'hospitalisation de crise et unité d'hospitalisation temps plein adaptée,
- Des ressources mobiles constituées par les équipes de secteur psychiatrique infanto juvénile qui peuvent être organisées dans le cadre de la psychiatrie de liaison ou d'équipes mobiles mixtes (psychiatrie adulte et psychiatrie infanto juvénile).

Enfin, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte présente un risque particulier de rupture pour les patients suivis en psychiatrie si le relais entre les professionnels de santé ou équipes soignantes de psychiatrie de l'enfant et de psychiatrie générale adulte n'est pas anticipé ou motivé. Cela implique de formaliser les modalités de passage de relais entre les acteurs de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les acteurs de la psychiatrie de l'adulte mais également avec les professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres et psychologues) à l'aide de structures ou d'outils à expérimenter et à évaluer.

Les objectifs opérationnels relevant de la prévention, du repérage et de la prise en charge de premier recours (médecins libéraux, psychologues, maison des adolescents, ...) sont traités dans le parcours de santé de l'enfant et l'adolescent, en lien avec le parcours santé mentale :

- ▶ Privilégier une approche globale en promotion de santé, dès le jeune âge, basée sur le développement des compétences psychosociales agissant comme déterminants de santé pour prévenir des problèmes de santé mentale ;
- ▶ Assurer l'accès de jeunes entre 11 et 21 ans à des consultations de psychologues financées dans le cadre de l'expérimentation Ecoute'Emoi du Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, sur les 4 territoires désignés ;
- ▶ Mettre en place, selon les besoins, des interventions avancées de professionnels compétents en santé mentale (à titre d'exemples : infirmier, psychologue, pédopsychiatre) ou équipes mobiles en psychiatrie, auprès d'enfants ayant des difficultés avérées et durables, afin de prévenir des ruptures de parcours : dans les maisons de santé pluri-professionnelles, les lieux d'accueil d'enfants placés (ASE, PJJ), les maisons des adolescents... ;
- ▶ Mettre en place, selon les besoins, des interventions avancées de professionnels des maisons des adolescents dans des territoires éloignés du siège de la maison départementale ;
- ▶ Mettre en place un plan de formation à destination des éducateurs ASE / PJJ pour un travail partenarial autour de l'accompagnement du jeune en difficulté (convention entre la psychiatrie et l'ASE / PJJ).

↻ *Les objectifs opérationnels relevant du recours aux soins spécialisés, la gestion de la crise ou de l'acutisation des troubles et la prévention des ruptures de parcours sont traités dans le parcours en santé mentale, notamment l'objectif 6. Sa déclinaison opérationnelle sera réalisée avec l'ensemble des partenaires et acteurs concernés par ces deux parcours.*

- Mettre en place un dispositif de repérage des enfants et adolescents nécessitant une poursuite du suivi à l'âge adulte et formaliser le passage de relai via une consultation et une fiche de liaison ;
- Créer des équipes mixtes (psychiatrie adulte et psychiatrie infanto juvénile) ;
- Adapter l'offre en identifiant des unités de soins pour les 16-25 ans ;
- Organiser le recours à un avis spécialisé auprès des services sociaux (Aide sociale à l'enfance...), médico-sociaux voire sanitaires (pédiatrie en établissement général) : réunion de synthèse, équipes mobiles, temps de formation, téléconsultation, protocoles partagés... ;

- Formaliser un projet coordonné de soins et d'accompagnement, partagé entre tous les acteurs des différents champs de la prise en charge afin d'éviter les allers et retours de patients jusqu'au point de rupture ;
- Identifier dans chaque projet territorial de santé mentale des lits d'hospitalisation de crise.

Objectif 7 Mettre en œuvre une communication des données agrégées de santé des enfants et des adolescents, auprès des professionnels de santé, en rendant ces données accessibles et lisibles pour aider à porter des projets territoriaux

Les données de santé de l'enfant sont nombreuses et morcelées. Pour permettre aux acteurs de s'appuyer sur des données fiables en vue de l'élaboration de projets territoriaux, une meilleure connaissance et diffusion de données de santé de l'enfant est nécessaire prioritairement concernant :

- ▶ Les données de santé issues des certificats de santé 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois et de l'examen lors de la 6^e année ;
- ▶ Les résultats de l'enquête régionalisée HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tous les 4 ans.

🔗 Objectifs complémentaires au parcours enfants-adolescents

- Réduire les risques auditifs chez les jeunes liés à l'écoute de la musique amplifiée (page 23)
- Réaliser un support de sensibilisation / information des praticiens intervenant auprès des enfants afin de réduire les délais de diagnostic de cancers de l'enfant (page 80)
- Les trois centres de référence en oncopédiatrie structurent le suivi à long terme des enfants traités pour cancer à proximité de leur domicile en lien notamment avec le médecin traitant (page 81)
- Améliorer l'accès aux soins palliatifs pédiatriques par le conventionnement entre les équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques et les acteurs de la néonatalogie et de l'enfance (page 167)
- Permettre un accès à une prise en charge ambulatoire pour les enfants en soins de suite et de réadaptation dans chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence (page 143)