



Rapport 2018
au Gouvernement et
à la Chambre des Députés



copyright by
ORK - Novembre 2018
Ombuds Comité fir d'Rechter vum Kand
2, rue Fort Wallis
L-2714 Luxembourg
Tel: 26123124 Fax: 26123125
contact@ork.lu www.ork.lu

Les rapports des années précédentes sont consultables
sur le site de l'ORK <http://ork.lu/index.php/fr/les-rapports-de-l-ork>
Vous pouvez commander une version papier auprès de l'ORK : contact@ork.lu .

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	1
INTRODUCTION.....	5
L'OMBUDS – COMITÉ FIR D'RECHTER VUM KAND	7
Les membres du Comité :	7
Les missions de l'ORK sont définies dans la loi du 25 juillet 2002:	7
Que veut dire Ombuds Comité pour les droits de l'enfant ?	7
Qui peut saisir l'Ombudsman pour les droits de l'enfant?	8
Comment saisit-on l'Ombudsman pour les droits de l'enfant?	8
LES RECOMMANDATIONS 2018.....	9
Santé mentale	9
La détermination de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant dans les décisions concernant les mineurs non-accompagnés	9
Mineurs non-accompagnés qui ne sont pas demandeurs de protection internationale – des enfants sans protection aucune?.....	11
Autorité parentale – un changement de paradigme annoncé	11
Protection des données et travail social.....	13
Le droit à l'autodétermination des enfants intersexes.....	13
Le congé pour raisons familiales.....	14
Examen de rattrapage de fin d'étude	14
Orientation scolaire des enfants à besoin spécifique et les délais de décision de la Commission nationale d'Inclusion.....	15
Mam Petzi op Besuch – Parents en prison	15
Médiateur scolaire	16
Apprivoiser les écrans et grandir: à chaque âge sa juste consommation d'écran.	17
Les droits de l'enfant et le monde du sport.....	18
Charte des droits de l'enfant dans le sport.....	20
LES AVIS DE L'ORK.....	26
Avis de l'Ombuds Comité fir d'Rechter vum Kand sur le Projet de loi 7238, portant modification de la loi modifiée du 29.08.2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration	26
Avis de l'Ombuds Comté fir d'Rechter vum Kand Projet de loi 7236 <i>Instituant un défenseur des droits de l'enfant</i>	29
LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES	38

Introduction	38
Définitions.....	39
Une approche large de la santé mentale.....	39
Handicap mental et santé mentale.....	42
Les textes internationaux.....	43
La Convention internationale relative aux droits de l'enfant	43
Le guide de 2005 de l'OMS	44
Les lignes directrices sur les soins de santé adaptés aux enfants du Conseil de l'Europe	45
OMS Plan d'Action pour la santé mentale 2013-2020.....	47
ADOCARE.....	48
Les stratégies nationales.....	52
Rapport de recommandations - Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg 2010.....	52
5e Conférence Nationale de Santé - Mondorf-les-Bains 19.05.2010 «Vers un Plan national Alcool»	54
Plan d'action national « Santé affective et sexuelle » 2013-2016.....	55
Plan national Prévention du suicide 2015-2019	55
Jugendpakt 2017- 2020 - Plan d'action national pour la jeunesse	58
Plan National Maladies Rares (PNMR) 2018-2022.....	58
Les axes stratégiques du plan:	59
Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes 2018.....	59
Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées.....	60
Plan cadre national "Gesond iessen, Méi bewegen" 2018-2025.....	61
Rapport du Groupe d'experts des CPTE (Centres psychothérapeutiques pour enfants) dans le Département Enfance et Jeunesse du MENJE du 1 ^{er} juin 2018.....	62
Santé mentale et troubles mentaux	64
Les jeunes spécialement vulnérables	66
Le concept de vulnérabilité.....	66
Définition de vulnérabilité	66
Les jeunes en situation d'handicap.....	66
Les jeunes relevant de la protection de l'enfance	68
Les jeunes en situation de précarité.....	69
Les jeunes migrants.....	69

Jeunes LGBTI (OK)	71
Les enfants confrontés à la maladie d'un proche	73
La prise en charge des maladies et troubles mentaux des enfants et des jeunes à l'aune des recommandations du rapport 2010.....	79
La prévention et la détection précoce des facteurs à risque et des troubles psychiques chez les enfants et les jeunes.....	80
Une prise en charge globale, coordonnée et interdisciplinaire.....	84
Une vraie participation des enfants et des familles dans la prise en charge.....	85
Intervention de proximité.....	85
Créer un cadre de référence pour les pratiques professionnelles	86
Rôle du référent thérapeutique.....	87
Développer des outils de collaboration.....	87
Conclusion et recommandations concernant la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles.....	91
Une démarche à compléter	91
La pédopsychiatrie	91
Stratégie dans l'environnement scolaire	92
Travail en réseau.....	93
Approche développementale	93
Participation des parents.....	94
Les transitions imposées par l'organisation de la prise en charge	94
Aperçu sur les troubles mentaux.....	96
Troubles affectifs	96
Trouble de l'attachement?	96
Troubles anxieux.....	96
Le trouble de conduite.....	96
Le syndrome Gilles de la Tourette (SGT).....	97
Le mutisme sélectif	97
La dépression	97
Troubles de comportement liés à une dépendance.....	98
Troubles de comportement alimentaires (TCA)	99
Les troubles psychotiques.....	100
Les troubles de personnalité limite ou borderline.....	101
Suicide et tentative de suicide	101
L'automutilation.....	102

RAPPORT 2018 MINEURS NON ACCOMPAGNÉS AU LUXEMBOURG : OBSERVATIONS ET TÉMOIGNAGES.....	104
Contexte.....	104
Introduction	105
Partie 1 - Les procédures de demande de protection internationale	106
La durée des procédures.....	107
Les entretiens des mineurs non accompagnés.....	108
Procédures de détermination de l'âge	109
L'intérêt supérieur de l'enfant	111
Regroupement familial	112
Partie 2 - Témoignages des jeunes	113
Les points positifs.....	113
Les difficultés	114
Conclusion : Suggestions et recommandations	118
Aux autorités publiques :	118
Aux foyers pour mineurs non accompagnés :.....	119
Aux écoles :	119
QUELQUES CHIFFRES-CLÉ SUR LE PLACEMENT DES MINEURS	122
LE RAPPORT D'ACTIVITÉS DE L'OMBUDSMAN FIR D'RECHTER VUM KAND	125
Les consultations et les saisines de particuliers.....	125
L'agenda de l'Ombudsman	127
L'ORK et ses réseaux internationaux	129
ANNEXES	130
1. ENYA 2018: Let's Talk Young, Let's Talk about MENTAL HEALTH.....	130
2. ENOC - Position Statement on "Child Mental Health in Europe.....	130
3. ENOC Statement on the Right to Education of Children on the Move.....	130
4. ENOC Position Statement on "Intercountry Adoption"	130
5. Convention Internationale des droits de l'enfant.....	130
6. Kinderrechtskonvention für Kinder.....	130
7. Loi de l'ORK	130

INTRODUCTION

Vous tenez en main le 16^e Rapport de l'Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand.

L'article 3.b. de la loi portant institution de l'ORK nous donne comme mission de rédiger chaque année un rapport annuel sur la situation des droits de l'enfant au Luxembourg et sur les activités du Comité et du bureau de l'Ombudsman pour les droits de l'enfant.

Le rapport est traditionnellement remis au Président de la Chambre des Députés et au Premier Ministre en date du 20 novembre pour rappeler la date du 20 novembre 1989 où la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant a été proclamé à New York.

Le même jour le rapport sera présenté lors d'une manifestation publique qui rassemble chaque année des professionnels du secteur socio-éducatif, scolaire, thérapeutique, de la santé et domaine de la justice.

Nous avons choisi cette année de faire un dossier sur la santé mentale des enfants et de jeunes. En début d'année il y eu un débat public dans la presse et dans les média sociaux autour des comportements violents d'enfants à l'école fondamentale et dans les maisons relais, face auxquels les enseignants et les éducateurs se sentent de plus en plus démunis et abandonnés par leur hiérarchie. La polémique tournait entre autre autour de la question, si c'est le nombre d'enfants présentant un trouble du comportement qui est en augmentation ou si c'est la réponse d'enfants à qui les adultes en demandent trop.

Nous rencontrons dans les saisines de particuliers des situations où les problèmes de santé mentale sont au cœur de la problématique, d'autres où ils sont plus à la marge de la situation familiale. Les enfants peuvent être en souffrance du fait de leurs propres troubles psychiques, pour d'autres la souffrance résulte de la présence d'un parent en souffrance psychique.

Plusieurs troubles de santé mentale importants, tels que la dépression, les troubles anxieux et les troubles de l'alimentation, commencent souvent pendant l'enfance et l'adolescence. La schizophrénie débute généralement à n'importe quel moment de l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte (jusqu'à l'âge de 30 ans). Certains troubles, tels que l'autisme, ne commencent que pendant l'enfance. Mais il faut évidemment aussi penser aux souffrances psychiques infligées aux enfants et aux jeunes du fait de la violence domestique dont ils sont témoins et victimes, du fait de harcèlement dont ils sont la cible, du fait de la pression qu'ils ressentent face à l'école ou du fait de toute autre cause extérieure.

Nous espérons par ce dossier pouvoir contribuer à améliorer la situation de santé mentale des jeunes. Dans les annexes vous trouverez deux documents traitant de la santé mentale des enfants émanant de l'Enoc¹. Les recommandations élaborées par un groupe de jeunes conseillers de l'ENOC venant de plusieurs pays d'Europe montrent bien que les jeunes ont une vision holistique des enjeux de la santé mentale.

A la suite de saisines de particuliers et pour avoir constaté que le monde sportif ne semble guère avoir pris connaissance des droits de l'enfant tels qu'ils sont consignés dans la Convention

¹ European Network of Ombudspersons for Children

Internationale de 1989, nous avons inclus dans ce rapport une recommandation concernant le monde sportif. Elle vise à lancer une réflexion à tous les niveaux des instances sportives concernant la participation des enfants, des jeunes et de leurs parents. Il s'agira aussi de développer des instruments pour assurer une meilleure protection des enfants et de jeunes contre les transgressions psychiques ou physiques de la part des encadrants et des parents.

Nous avons, pour préparer ce rapport, eu des échanges avec un certain nombre de professionnels, d'institutions et de services les plus divers. Qu'ils soient remerciés pour l'accueil qu'ils nous ont réservé. Et que ceux que nous avons oubliés ou omis de rencontrer, nous en excusent.

Bonne lecture

René Schlechter

Ombudsman fir d'Rechter vum kand

L'OMBUDS – COMITÉ FIR D'RECHTER VUM KAND

Un lieu de contact neutre pour faire connaître la convention relative aux droits de l'enfant au Luxembourg et veiller à ce qu'elle soit respectée.

Tous les enfants du monde ont les mêmes droits. Chacun devrait connaître ces droits afin qu'ils soient mieux respectés et afin que tout enfant soit écouté.

Les membres du Comité :

Président: René SCHLECHTER, Ombudsman fir d'Rechter vum Kand

Vice-Présidente: Andrée BIRNBAUM, master en Sciences Sociales, spécialité Famille, Directrice de Femmes en Détresse a.s.b.l.

Membres:

- Mick Entringer , Journaliste
- Claudine ERPELDING, avocat avoué
- Paula MARTINS, membre de la Confédération de la Communauté Portugaise à Luxembourg, membre de la União Desportiva Portuguesa de Wormeldange et présidente du comité de jumelage de Wormeldange-Mortagua
- Fernand SCHINTGEN, pédagogue social

Le bureau de l'Ombudsman fir d'Rechter vum Kand :

- Mme Françoise Gillen , conseiller de direction 1ere classe, juriste
- Mme Anh Bausch

Les missions de l'ORK sont définies dans la loi du 25 juillet 2002:

L'ORK doit

1. émettre son avis sur les projets de lois et règlements relatifs aux droits de l'enfant et proposer des amendements.
2. informer sur la situation de l'enfance et veiller à l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant.
3. présenter au Gouvernement et à la Chambre des Députés un rapport annuel sur ses activités et sur la situation des droits de l'enfant au Luxembourg.
4. promouvoir la libre expression des enfants et leur participation active aux questions qui les concernent.
5. examiner les situations dans lesquelles les droits de l'enfant ne sont pas respectés et faire des recommandations afin d'y remédier.
6. recevoir des informations, des plaintes et des réclamations transmises par les enfants et essayer de servir de médiateur et de donner des conseils afin d'assurer la meilleure protection possible des enfants.

Les membres de l'ORK peuvent accéder librement à des institutions privées et publiques engagées dans la prise en charge ambulatoire ou stationnaire d'enfants et y consulter les dossiers.

Que veut dire Ombuds Comité pour les droits de l'enfant ?

Ombudsman provient du suédois et signifie médiateur. L'Ombuds-Comité pour les droits de l'enfant fut institué par la loi du 25 juillet 2002. Les membres de l'ORK sont nommés par le Grand-Duc et

exercent leur mission en toute neutralité et indépendance. Leur mission consiste à veiller à l'application de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant signée le 20.11.1989 à New York et ratifiée au Luxembourg le 20 décembre 1993.

Qui peut saisir l'Ombudsman pour les droits de l'enfant?

- Tout enfant et adolescent âgé de moins de 18 ans dont les droits n'ont pas été respectés d'une quelconque manière. Ils peuvent s'exprimer librement et donner leur avis. Pour ce faire, ils ne sont pas obligés de rédiger une lettre, un message électronique ou un coup de téléphone suffisent.
- Les parents ou tuteurs légaux d'un enfant mineur dont les droits n'ont pas été respectés.
- Les associations et institutions qui prennent en charge des enfants et désirent signaler un abus contraire aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant et à notre législation nationale.
- L'Ombuds-Comité peut intervenir de sa propre initiative dans des situations dans lesquelles la Convention relative aux droits de l'enfant n'est pas appliquée correctement.

Comment saisit-on l'Ombudsman pour les droits de l'enfant?

Le président peut être contacté directement. Il reçoit sur rendez-vous. Il peut être contacté par écrit et toute intervention est gratuite. Le président et les membres du Comité sont liés par le secret professionnel. Il est important que les enfants sachent que personne ne saura ce qu'ils racontent au défenseur s'ils ne le désirent pas. Le président intervient également dans des cas d'urgence ponctuels; s'il le faut, il prend contact avec d'autres organisations et dans les cas graves, il peut faire intervenir la justice.

LES RECOMMANDATIONS 2018

Santé mentale

Les recommandations concernant le dossier thématique de la santé mentale sont regroupées à la fin du dossier à partir de la page 91

La détermination de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant dans les décisions concernant les mineurs non-accompagnés

En date du 7 juillet 2017, le Conseil du Gouvernement a décidé de créer un comité ayant pour mission d'évaluer de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant pour les mineurs non-accompagnés qui sont susceptibles d'être renvoyés vers leur pays d'origine. Le comité comprend actuellement comme membres : le parquet protection de la jeunesse, l'Office Luxembourgeois de l'Accueil et de l'Intégration(OLAI), l'Office National de l'Enfance (ONE)et la Direction de l'Immigration et l'administrateur adhoc du jeune. Les professionnels en charge de jeunes peuvent être entendus.

Le Ministère des Affaires étrangères (MAE) a conclu un accord avec l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)² pour pouvoir faire des recherches dans le pays d'origine de la famille des mineurs non accompagnés, afin de procéder à une **évaluation familiale** et pouvoir prendre en compte cet aspect pour déterminer s'il est dans l'intérêt de l'enfant de retourner dans son pays d'origine ou non. Ce processus d'évaluation a débuté en octobre 2017.

L'ORK tient à rappeler les principes³ qui selon le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies⁴ doivent être respectés dans la prise de décision d'un retour du jeune dans le pays d'origine.

Voici ce qu'en dit le Comité de Genève:

« 84. Le retour dans le pays d'origine n'est pas une option s'il présente «un risque raisonnable» de déboucher sur une violation des droits fondamentaux de l'enfant et, en particulier, si le principe de non -refoulement s'applique. Le retour dans le pays d'origine ne doit en principe être organisé que s'il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Pour déterminer si tel est le cas, il faut notamment se baser sur les critères suivants:

- *La situation en matière de sûreté, de sécurité et autre, notamment socioéconomique, attendant l'enfant à son retour, à déterminer au moyen d'une enquête sociale, si nécessaire, réalisée par des organisations du réseau social;*
- *Les possibilités de prise en charge de l'enfant considéré;*
- ***L'opinion exprimée par l'enfant dans l'exercice du droit qui lui est reconnu à l'article 12 et les opinions des personnes subvenant à ses besoins;***

² Fondée en 1951, l'OIM est la principale organisation intergouvernementale des Nations Unies dans le domaine de la migration et travaille en étroite collaboration avec les partenaires gouvernementaux, intergouvernementaux et non-gouvernementaux. Avec 172 Etats membres, 8 autres Etats ayant le statut d'observateur et des bureaux dans plus de 100 pays, l'OIM est dédiée à la promotion de la migration humaine et ordonnée pour le bénéfice de tous. Elle le fait en fournissant des services et des conseils aux gouvernements et aux migrants.

³ Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unis OBSERVATION GÉNÉRALE No 06 (2005) - Traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine

⁴ Les Observations Générales sont publiées sur le site de l'ORK <http://ork.lu/index.php/fr/droit-enfant-fr/comite-international-des-droits-de-l-enfant>

- *Le degré d'intégration de l'enfant dans le pays d'accueil et la durée de l'éloignement de son pays d'origine;*
- *Le droit de l'enfant de «préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales» (art. 8);*
- *La «nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique» (art. 20).*

85. En l'absence de possibilité de prise en charge par des proches parents ou des membres de la famille élargie, le retour d'un enfant dans son pays d'origine ne devrait en principe pas être organisé sans avoir au préalable mis en place un dispositif sûr et concret de prise en charge et défini les responsabilités en matière de garde à son retour dans le pays d'origine.

86. Le retour dans le pays d'origine peut être organisé, à titre exceptionnel, après avoir mis en regard avec soin l'intérêt supérieur de l'enfant et d'autres considérations – si lesdites considérations sont en rapport avec les droits et priment sur l'intérêt supérieur de l'enfant. Tel peut être le cas si un enfant représente un risque grave pour la sécurité de l'État ou de la société. Les arguments non liés aux droits, tels que ceux relatifs au contrôle général des migrations, ne peuvent l'emporter sur les considérations en rapport avec l'intérêt supérieur de l'enfant.

87. Dans tous les cas, les mesures de retour doivent être mises en œuvre dans la sûreté et d'une manière adaptée à l'enfant et tenant compte de son sexe.

88. Dans ce contexte, les pays d'origine doivent avoir à l'esprit les obligations leur incombant en vertu de l'article 10 de la Convention, en particulier l'obligation de respecter «le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays».

A la lumière de ces observations l'ORK considère que le Comité d'évaluation de l'intérêt supérieur doit entendre le jeune et doit se donner les moyens de vérifier par exemples les dires des parents qui lui sont transférés dans le rapport de l'OIM, si elles sont en contradiction avec les dires des jeunes. Les informations fournies par le OIM devraient obligatoirement être communiquées à l'Administrateur adhoc avant la réunion du comité.

Les enjeux sont expliqués plus en détail dans l'avis de l'ORK sur le projet de loi 7238 page 26 de ce rapport.

La décision du comité d'évaluation devra aussi faire l'objet d'un rapport qui est communiqué à l'administrateur adhoc et au jeune et qui montre, que le cas échéant, la décision administrative de renvoi est clairement justifiée et que la situation de l'enfant a été dûment évaluée.

Notant qu'à l'exception de l'administrateur adhoc, le Comité d'évaluation est uniquement composé de représentants d'administrations de l'Etat et d'instances judiciaires, l'ORK partage la position de la Commission Consultative des Droits de l'homme⁵ qu'il serait opportun d'associer l'ORK comme observateur aux travaux du comité.

Comme le règlement Grand-ducal au sujet de ce comité est en cours d'élaboration, l'ORK recommande à ses auteurs de se reporter sur les Observations Générales du Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies⁶ et les Principes Directeurs⁷ et le Manuel de Terrain du UNHCR⁸ concernant l'évaluation et la détermination de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant.

⁵ CCDH – Avis sur le projet de loi 7238, Avis 09/2018

⁶ OBSERVATION GÉNÉRALE No 06 (2005) - Traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine, et OBSERVATION GÉNÉRALE No 12 - (2009) Le droit de l'enfant d'être entendu

⁷ Principes directeurs du HCR relatifs à la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant, 2008

⁸ Manuel de terrain pour la mise en œuvre des principes directeurs du HCR relatifs à la DIS, 2011

Mineurs non-accompagnés qui ne sont pas demandeurs de protection internationale – des enfants sans protection aucune?

La Loi sur la protection de la Jeunesse n'est pas applicable à des jeunes en détresse en absence de parents ou représentant légaux initiaux. Un placement en vertu de cette loi dans un foyer adapté par le juge de la Jeunesse est uniquement possible si l'on peut retirer l'autorité parentale à quelqu'un. Si aucun représentant légal n'est présent, une aide en matière de santé mentale peut lui être refusée.

Ainsi, un jeune migrant sans tuteur et vivant dans un foyer pour migrants adultes n'a pas pu être hospitalisé en milieu fermé en raison de l'absence de consentement du représentant légal.

L'ORK recommande que la nouvelle loi sur la protection de la Jeunesse soit amendée de sorte à ce que chaque jeune en détresse puisse bénéficier des aides offertes au Luxembourg et que l'ONE ne puisse faire la différence entre jeune légal en détresse ou jeune en détresse.

Au cours de l'année, il y a eu deux cas d'enfants très jeunes abandonnés sur le territoire luxembourgeois: une fillette de 10 ans et un enfant de 4 ans. Dans les deux cas, il s'est avéré que le Luxembourg n'avait aucun instrument légal pour agir de façon adéquate face à une telle situation de très jeunes enfants non-accompagnés.⁹

Les mineurs non-accompagnés qui ne demandent pas de protection internationale n'ont pas de statut du tout et sont exclus de toute aide ou soutien. Ces jeunes qui viennent souvent des pays du Maghreb ou des pays d'Afrique subsaharienne sont souvent très mobiles et peu intéressés par une prise en charge.¹⁰ Mais en principe, du point de vue des droits de l'enfant, ce sont des enfants pour lesquels des mesures d'aide et de protection devaient être développées.

Autorité parentale – un changement de paradigme annoncé

A l'heure actuelle, les foyers et les familles d'accueil sont détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs, placés par mesure de garde provisoire ou par jugement du Tribunal de la Jeunesse, respectivement du Parquet. Ceci implique que le foyer ou la famille d'accueil peut garantir une prise en charge complète des mineurs et élaborer un projet de vie à court/ moyen terme adapté aux besoins des jeunes.

L'équipe éducative ou les parents d'accueil sont aujourd'hui autorisés d'intervenir sans être obligés d'en référer aux parents dans différents domaines qui concernent le jeune, de le représenter, de signer des documents etc.

- Volet administratif : ex. : faire un changement d'adresse, commander une carte sécu, faire une demande pour un passeport/ une carte d'identité, ouvrir un compte à la banque si le jeune commence un apprentissage...
- Volet médical : prise de rendez-vous chez un médecin et accompagnement chez un médecin/ à l'hôpital, donner des médicaments (aussi non prescrits comme p.ex antidouleur, sirop contre la toux...

⁹ Constat fait lors d'une réunion interministérielle où toutes les autorités publiques étaient représentées : Police, Parquet, Tribunal de la jeunesse, ONE, OLAI, CSEE, Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère des affaires étrangères – Direction de l'Immigration.

¹⁰ Les enfants roms sont dans le même cas.

- Volet psycho-social : prendre des rendez-vous auprès des services respectifs et accompagner les adolescents aux rendez-vous...
- Volet scolaire/ professionnel : écrire des excuses en cas d'absence (s'il y a un motif valable p.ex rendez-vous chez un médecin...), entretiens et rendez-vous avec les titulaires de classe/ SePas/direction, inscription dans un autre établissement scolaire si indiqué, signer les devoirs en classe, assister à la remise du bulletin, proposer un changement de régime scolaire...
- Règlement du droit de visite et d'hébergement auprès des / d'un des parent(s) ou de la famille élargie : décider, dans l'intérêt du mineur, des droits de visite et d'hébergement auprès des différents membres de la famille (ou connaissances)
- Volet loisirs : inscription dans un club, signer une autorisation pour participation à des activités (éventuellement aussi à l'étranger)...

Le projet de loi sur la protection de la jeunesse ne transfère plus automatiquement l'autorité parentale au foyer ou à la famille d'accueil en cas de mesure de placement.

Cela constitue un vrai et profond changement de paradigme : les professionnels des structures d'hébergement et les familles d'accueils ne pourront plus se substituer aux parents, mais devront développer de nouvelles modalités de collaboration.

L'ORK a toujours plaidé pour que les parents puissent garder leur autorité parentale. En effet, l'ORK considère qu'il ne convient pas, sauf motifs graves, d'exclure les parents de toute décision concernant leur enfant dans le cas d'un placement institutionnel judiciaire. Pour donner une base à cette collaboration on pourrait concevoir que l'autorité parentale puisse, si l'intérêt de l'enfant, l'exige, s'exercer de manière conjointe entre l'institution et les parents. On pourra aussi réfléchir à une définition plus spécifique de différents aspects symboliques et pratiques qui composent l'autorité parentale.

Les professionnels en charge des enfants placés en foyer ou en famille d'accueil ont beaucoup d'inquiétudes par rapport à ce changement de paradigme. Ils craignent de ne plus pouvoir assurer les choses « élémentaires » de la vie de tous les jours.

L'ORK recommande à tous les professionnels de la protection de la jeunesse, qu'ils soient du domaine judiciaire, du secteur socio-éducatif, médical ou thérapeutique d'entamer une réflexion et des discussions autour de ces questions. Il faudra changer de culture tout en mettant en place des démarches pratiques nouvelles dans les rapports entre professionnels et familles au niveau de la préparation de la mesure de placement, au moment du transfert de l'enfant et pour toute la durée du séjour.

Si le retrait de l'autorité parentale reste une option pour les cas où les parents mettent en danger leurs enfants où ils refusent de collaborer pour le bien-être de l'enfant, il faudra être vigilant pour ne pas aboutir à une pratique où le retrait de l'autorité parentale continuera de planer systématiquement au-dessus de la tête des parents comme une épée de Damoclès, ou pire, où le retrait resterait la norme, avec pour seule différence, qu'il serait prononcé de façon différée dans le temps après la décision du placement.

Protection des données et travail social

Depuis le 25 mai 2018, le règlement général sur la protection des données est directement applicable à tous les acteurs actifs sur le territoire de l'Union européenne. Les nouvelles règles consistent à donner aux citoyens plus de contrôle sur leurs données personnelles, à responsabiliser davantage les entreprises commerciales (prospection), tout en réduisant leurs charges déclaratives et à renforcer le rôle des autorités de protection des données tel que la CNPD. Le règlement s'applique à nous tous, donc également aux associations et institutions œuvrant dans le domaine social et de l'enfance, sans être cependant visées directement.

Il est dommage qu'aucun document d'instruction n'ait été élaboré pour donner des orientations aux personnes travaillant dans le domaine social et de l'enfance. Par prudence, le secteur a souvent appliqué « le principe de la protection des données par défaut », ce qui a conduit à des paralysies, des incertitudes et des perturbations dans le travail avec les jeunes. Le fait de privilégier le principe de la protection des données par défaut dans le domaine de la protection du bien-être des enfants est entièrement paradoxal.

L'ORK rappelle qu'en cas de conflit entre les principes de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant et celui de la protection des données, le premier doit prévaloir. Il ne faut pas perdre de vue d'objectif principal des activités et être conscient que pour garantir aux enfants le niveau de soins dont ils ont besoin, leurs données à caractère personnel doivent parfois être partagées par plusieurs acteurs.

L'ORK recommande aux ministères concernés, à la CNPD¹¹ et à la FEDAS¹² d'élaborer un cadre de référence pour le secteur sous forme d'un guide pratique prenant en considération les questions de traitement et d'échange d'informations entre intervenants, tant sous l'angle de la déontologie, que sous l'angle du droit et des réglementations.

Le droit à l'autodétermination des enfants intersexes

L'ORK réitère sa demande d'arrêter les traitements médicaux non vitaux sur les enfants intersexes en l'absence de leur consentement. L'ORK insiste sur la formation des professionnels concernés ainsi que sur une sensibilisation du grand public sur les droits des personnes transgenres et intersexes. Notons qu'une étude récente réalisée en Allemagne souligne la nécessité d'aller vers une interdiction légale de ces traitements. En effet, l'étude Klöppel a montré qu'en Allemagne, la seule introduction de nouvelles lignes de conduites médicales n'a pas entraîné une diminution significative des opérations esthétiques sur les enfants intersexes entre 0-9 ans.¹³

L'ORK recommande de développer, sur le modèle de la campagne concernant les enfants intersexes, une campagne complémentaire ainsi qu'un site web dédié à la sensibilisation concernant les enfants transgenres.

¹¹ Commission Nationale pour la Protection des Données

¹² La Fédération des employeurs du secteur d'action sociale qui compte (chiffre au 15/01/2018) 155 organismes membres, gestionnaires de structures dans les différents secteurs de l'action sociale et de l'économie sociale et solidaire au Luxembourg: enfance, jeunesse et famille, aide sociale, handicap, protection internationale, inclusion sociale et professionnelle, seniors, etc.

¹³ Klöppel Ulrike (2016) Zur Aktualität kosmetischer Operationen « uneindeutiger » Genetalien im Kindesalter

Le congé pour raisons familiales

L'adaptation de la loi concernant le congé pour raison familiales (CRF) ne devrait en aucun cas défavoriser les familles qui ont un enfant avec une maladie grave chronique.

L'ORK a été informé de la situation d'un patient mineur ayant une pathologie lourde depuis la petite enfance et nécessitant un suivi médical à vie.

Les traitements médicaux se poursuivent à Paris et à Luxembourg depuis 14 ans.

Le suivi englobe des consultations obligatoires à Paris de façon régulière.

Depuis l'adaptation de la loi concernant le congé pour raisons familiales (CRF), les modalités d'octroi ont lésé l'accompagnement de cet enfant de 14 ans. En effet, il est stipulé qu'un CRF n'est accordé au parent d'un enfant de 13 ans accomplis uniquement si celui-ci est hospitalisé.

Un enfant nécessitant un suivi médical de façon chronique requiert la présence d'un parent pour se déplacer lors des consultations obligatoires régulières à l'étranger. L'adaptation de la loi ne permet pas à l'employeur d'accorder la demande CRF malgré les certificats des médecins traitants accompagnant la demande puisqu'il ne peut plus être remboursé.

L'ORK recommande d'établir des cas d'exception dans cette nouvelle réglementation. On ne peut justifier un refus de CRF parce que l'enfant mineur « n'a pas été hospitalisé », alors que la présence d'un parent est dans un cas comme celui-ci indispensable.

Examen de rattrapage de fin d'étude

Au Luxembourg, les examens de rattrapage des examens de fin d'études du secondaire ont lieu après le 15 septembre, tandis que la plupart des universités à l'étranger commencent en début du mois. En 2018, les diplômes n'ont été délivrés qu'en date du 27 septembre, tandis que les délais d'inscription définitive se sont terminés la première semaine du mois dans les universités francophones. Une inscription à l'Uni.lu ou dans un pays germanophone est impossible sans préinscription préalable en mai.

L'ORK regrette que ce conflit des délais existe aussi pour les inscriptions à l'Uni.lu. En effet, la semaine des examens de rattrapage coïncide avec la semaine d'introduction à l'Université de Luxembourg où la présence est obligatoire. Retenons que les examens de rattrapage n'ont pas lieu le 15 septembre même, mais toute la semaine du 15 septembre.

En conclusion, les élèves de première avec un examen de rattrapage sont obligés de faire une année sabbatique, respectivement de suspendre ou abandonner leurs études universitaires et ceci même au Luxembourg.

Cette information concernant les difficultés dues à ces différentes dates butoirs et délais n'est nullement communiquée aux élèves de première. Les séances d'orientation organisées afin de leur permettre de se faire une idée de leurs projets d'études, ainsi que de les informer sur les préinscriptions aux universités, fait l'impasse sur ce problème.

L'ORK incite le gouvernement à coordonner les délais des examens de rattrapage avec les délais d'inscription de l'université au Luxembourg, respectivement, dans la mesure du possible, avec ceux des pays limitrophes.

L'ORK ne peut accepter l'argumentation comme quoi un élève avec un ou plusieurs examens de rattrapage aurait besoin d'au moins trois mois pour réviser. En plus il faut se demander quelle est la disposition d'esprit du jeune qui doit réviser pendant trois mois et reprendre le lendemain de l'examen, soit en classe de redoublement, soit dans un nouvel environnement d'une université, soit se retrouver sans rien du tout ? Retenons qu'un adolescent qui n'est pas inscrit dans un établissement scolaire n'a pas le droit de faire de stages, n'est plus couvert automatiquement par l'assurance des parents et la Zukunftskees, mais se retrouve sur le marché ordinaire du travail sans aucune préparation.

L'ORK recommande de concevoir et de planifier dans les temps les examens de rattrapage de fin d'études secondaires en prenant mieux en compte les délais d'inscription des universités étrangères, et pour l'Université luxembourgeoise d'éviter de faire coïncider les examens avec les délais d'inscription respectivement les débuts de cours.

Orientation scolaire des enfants à besoin spécifique et les délais de décision de la Commission nationale d'Inclusion

L'ORK a eu à traiter un dossier d'une jeune fille porteuse de Trisomie 21 qui doit commencer sa formation dans un atelier thérapeutique en janvier de l'année prochaine. Elle était scolarisée en Allemagne.

Anticipant la fin de sa scolarité les parents ont contacté l'Ediff en janvier 2018, afin de trouver une solution pour le premier trimestre 2018/2019 en attendant que le jeune fille puisse entamer sa formation à l'atelier thérapeutique.

Finalement, les personnes de contact de l'éducation différenciée ont proposé et jugé convenable que le centre de propédeutique de Walferdange soit la meilleure solution transitoire pour la jeune fille. Un dossier complet (médical, psychologique, scolaire, social....) fut transmis à la CMPPN le 20 Avril 2018, en demande d'admission. En plus, une semaine de stage à Walferdange en commun accord et en vue de sa scolarisation prévue dès le 15 septembre fut organisée en juin. Le feed-back était très positif et les parents étaient sécurisés quant à la rentrée scolaire de leur fille, qui elle aussi était rassurée et contente de cette perspective.

Mais c'était sans compter avec la Commission médico-psycho-pédagogique nationale (CMPPN) qui le 20 juillet (!) envoie un courrier que les parents reçoivent le 25 et qui leur annonce que la Commission donne un avis défavorable. Cette réponse arrive à un moment où il devient très compliqué pour les parents de réagir. Finalement grâce au branlebas organisé par les parents, les choses se sont arrangées pour jeune fille qui a pu intégrer la structure prévue.

L'ORK recommande cependant à la Commission Nationale d'Inclusion, et en générale aux responsables scolaires d'être plus respectueux des délais et des promesses implicites ou explicites qui ont été faites à l'enfant ou au jeune.

Mam Petzi op Besuch – Parents en prison

Le nouveau programme de visites du Service Treffpunkt offre la possibilité aux enfants de moins de 6 ans et à leur parent emprisonné de se voir/rencontrer en prison. Les visites encadrées sont basées sur l'âge du jeune enfant et permettent au jeune enfant d'avoir un contact précoce et harmonieux avec son parent emprisonné. C'est ainsi qu'un lien vital peut être créé entretenu et soigné à un âge

plus avancé. En effet, des études ont montré que les premières années de la vie sont particulièrement importantes pour créer des liens solides.

Il est clair que ces visites en prison peuvent également constituer un fardeau pour les enfants. Il est donc important de se concentrer sur l'Intérêt Supérieur de l'Enfant et d'encadrer les visites selon les besoins de l'enfant. Parallèlement il est important de procéder à un travail de préparation avec les deux parents afin que les visites aient un effet positif pour l'avenir. Ce programme « Mam Petzi ob Besuch » peut être considéré comme un complément aux autres visites déjà effectuées à la prison avec des enfants plus âgés.

Les demandes pour les visites peuvent parvenir du père, de la mère ou de l'enfant, soit directement par téléphone ou courrier, soit via un collaborateur du SCAS¹⁴ ou du SPSE¹⁵.

Lors du premier entretien avec le parent emprisonné, on lui donne des explications quant au déroulement possible de la visite et on le rend attentif qu'il n'y a pas de garantie que les visites auront lieu. On l'avertit qu'une collaboration avec le service est élémentaire. Lors du deuxième entretien un contrat de collaboration sera remis pour signature. Les sujets suivants sont abordés : l'histoire de vie, la famille, les relations avec l'autre parent, son rôle en tant que parent, son emprisonnement. Le service du SPSE et le service du SCAS sont informés de la demande et on évaluera ensemble si des visites sont dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Le contact avec l'autre parent est seulement pris par la suite et se déroulera de la même façon. Si le deuxième parent donne son accord, on commencera à préparer les visites auprès du parent incarcéré. Ce travail sera adapté aussi bien à l'enfant, qu'au parent titulaire de la garde, qu'au parent emprisonné.

Le temps et la fréquence des visites seront adaptés à l'enfant. En principe les 5 premières visites seront hebdomadaires d'une durée de 30 minutes. Les parties sont toujours encadrées par des collaborateurs du Treffpunkt et assureront leur soutien.

L'ORK recommande aux autorités judiciaires et pénitentiaires de contribuer à l'implantation de ce programme pour les contacts entre jeunes enfants et leur parent incarcéré. Les autorités pénitentiaires sont appelés à mettre à disposition des locaux adaptés et à faciliter le travail de l'équipe du Service Treffpunkt dans l'enceinte du Centre Pénitentiaire

Le Service Treffpunkt am Prisong est essentiel pour l'accompagnement concret et pratique, mais surtout psychologique des enfants concernés. De même les deux parents ont besoin du soutien du service pour pouvoir gérer au mieux la situation afin de ne pas porter dommage aux enfants.

Médiateur scolaire

L'ORK salue la création du service de médiation scolaire¹⁶ qui se présente avec ses missions et sa façon de fonctionner sur un site dédié à ce seul service, manière de bien montrer sa relative indépendance et neutralité par rapport acteurs de l'éducation nationale. Des médiateurs au plus près des administrations ou comme dans le cas de l'école proche du lieu de vie des élèves sont des institutions indispensables pour accompagner les réclamants et prévenir les situations qui portent préjudice aux enfants et aux jeunes.

¹⁴ Service Central d'Assistance Sociale dépendant du Parquet général

¹⁵ Service Psycho-Socio-Educatif (SPSE) du Centre Pénitentiaire de Luxembourg

¹⁶ <https://portal.education.lu/mediationscolaire/A-propos>

Le médiateur scolaire a pour mission de traiter les réclamations qui concernent le maintien au lycée des élèves menacés par le décrochage scolaire, l'inclusion au sein de l'école des élèves à besoins spécifiques ainsi que l'intégration scolaire des enfants issus de l'immigration.

La présence d'un formulaire de réclamation en ligne, pourrait faire croire que les réclamants sont obligés de passer par ce formulaire pour prendre contact. Or si le service à besoin d'un écrit pour ouvrir un dossier, les réclamants peuvent prendre contact par téléphone pour se renseigner ou pour entamer une médiation.

L'ORK recommande au service de médiation et au ministère de rester ouvert au vue des expériences et des cas pratiques à une extension des missions de la médiation scolaire au-delà des questions de décrochage, d'inclusion et d'intégration.

Apprivoiser les écrans et grandir: à chaque âge sa juste consommation d'écran.

L'ORK salue la campagne « Apprivoiser les écrans et grandir » qui reprend [les principes du « 3-6-9-12 »](#) du célèbre psychanalyste français, Serge Tisseron.

Cette règle donne quelques conseils simples autour de 4 étapes essentielles de la vie des enfants, à savoir l'entrée en maternelle (vers 3 ans), l'entrée au cours préparatoire (vers 6 ans), la maîtrise de la lecture & de l'écriture (vers 9 ans) et le passage au lycée (vers 12 ans).

Voici un aperçu des conseils donnés :

Avant 3 ans Il est conseillé de ne pas exposer les enfants aux écrans et de ne pas les considérer comme un moyen d'apprentissage.

Entre 3 et 6 ans Il est conseillé de limiter le temps d'exposition aux écrans, le cas échéant de jouer sur tablette, Smartphone ou de regarder la TV avec l'enfant. Il est important de ne pas utiliser les écrans comme « baby-sitter » ou pour calmer les enfants.

Entre 6 et 9 ans Il est conseillé de fixer des limites d'utilisation des écrans, d'accompagner les enfants dans leurs premiers pas sur Internet et de bien paramétrer les différents supports à l'aide d'un contrôle parental.

Entre 9 et 12 ans il est conseillé de continuer à établir des règles claires et fixes sur les temps d'exposition aux écrans, de fixer des règles pour l'utilisation d'Internet et de faire de la prévention quant aux données que l'on peut y trouver.

A partir de 12 ans et plus il est conseillé de fixer des horaires à respecter concernant



l'utilisation des écrans, de couper le Wifi à une certaine heure et de discuter avec les enfants de ce qu'ils ont vu sur Internet.

L'ORK recommande vivement au Ministère de la sante de coordonner cette campagne avec BEE-Secure qui a les réseaux et les activités pour faire passer ce message simple et clair à l'intention des parents.

Les droits de l'enfant et le monde du sport

L'ORK pense que l'exercice physique et la pratique du sport, que ce soit dans une optique de pur loisir ou dans un esprit de compétition, toute activité sportive est propice au bon développement de l'enfant. Pour beaucoup d'enfants et de jeunes, le sport est un loisir sérieux qui réclame effort personnel et persévérance et qui profite à long terme à la santé physique, mentale et sociale de l'enfant. Pour ce qui est du sport de haut niveau, les adultes ont une responsabilité importante et ne doivent pas mettre l'exploit au premier plan. L'ORK préconise un dialogue suivi entre entraîneur et parents dans l'Intérêt Supérieur de l'Enfant. Le bon équilibre pour l'enfant n'est obtenu que lorsque parents, école, organisations sportives et entraîneurs communiquent entre eux en respectant ses besoins et ses capacités et surtout son droit d'être un enfant.

LES ABUS ARRIVENT AUSSI DANS LE SPORT

Dans le sport, les enfants peuvent être en danger car :

- Il existe une grande tolérance pour les violences physiques et blessures
- leadership autoritaire et déséquilibre dans le rapport de force entre les entraîneurs et les athlètes
- on évite le scandale : les incidents sont étouffés
- le genre masculin domine
- les contacts physiques sont souvent nécessaires
- système de récompense
- les conduites sexuelles inappropriées sont souvent tolérées, la discrimination et l'inégalité des genres acceptées
- situations de risques potentiels : les vestiaires, les douches, le co-voiturage, les nuits hors de la maison

LES ENFANTS ONT DU MAL À EN PARLER

L'ORK rappelle qu'un jeune n'est pas nécessairement capable de bien percevoir ses forces et ses faiblesses. Mais il est surtout sensible à la critique des adultes et/ou des pairs. L'entraîneur doit être attentif à cet aspect et ne pas émettre des jugements trop sévères ou adopter (même inconsciemment) des appréciations dévalorisantes ou des stratégies discriminatoires à l'égard de l'enfant. Une bonne connaissance du développement physique et psychique de l'enfant est indispensable pour celui qui les guide dans leur pratique sportive s'il veut préserver la santé physique et mentale du jeune sportif.

L'ORK recommande aux parents, aux enseignants, aux entraîneurs, aux clubs et aux fédérations sportives, au Comité Olympique et sportif Luxembourgeois et au Ministère des Sports de mieux intégrer dans les valeurs du sport le concept de l'Intérêt Supérieur de l'Enfant et l'idée de sa participation active telles que définies dans la Convention Internationale des droits de l'enfant.

Il faut aussi garder à l'esprit que dans le monde sportif, les enfants ne sont pas à l'abri de violences psychiques, physiques ou sexuelles et que les instances sportives à tous les niveaux sont tenues d'avoir une charte d'éthique et des codes de conduite concernant la prévention de toute forme de violence. Ils devront aussi disposer de procédures clairement codifiées en cas de suspicion ou de transgression avérée.

L'ORK recommande à toutes les instances sportives de s'inspirer de la Charte des Droits de l'Enfant dans le Sport¹⁷ développée par l'Institut international des Droits de l'Enfant (IDE) de Sion en Suisse. Cette charte s'adresse à tous les acteurs du monde sportif et elle traite de tous les droits de l'enfant qui sont en relation avec la pratique du sport.

L'ORK rend de même attentif à la campagne¹⁸ pour combattre la violence sexuelle contre les enfants et les jeunes que le Conseil de l'Europe a lancé dans le cadre de son programme « Pro Safe Sport ». La campagne du COE ainsi que le « référentiel concernant la protection des mineurs contre les violences »¹⁹ livrent un certain nombre de pistes et de ressources qui peuvent servir de base à la réflexion sur ces questions et à la rédaction des chartes de politique générale et des lignes de conduites.



¹⁷ https://www.childsrightrights.org/documents/sensibilisation/themes-principaux/charteDE_sport.pdf

¹⁸ <https://www.coe.int/en/web/human-rights-channel/stop-child-sexual-abuse-in-sport>

¹⁹ RÉFÉRENTIEL CONCERNANT LA PROTECTION DES MINEURS CONTRE LES VIOLENCES , 2017 publié par Ecpat Luxembourg, Alupse, ORK
http://ork.lu/files/R%C3%A9f%C3%A9rentiel/ECPAT_R%C3%A9f%C3%A9rentiel_2017_04_F_PRINT.pdf

Charte des droits de l'enfant dans le sport²⁰

PREAMBULE

Considérant le sport comme une activité qui favorise le développement harmonieux de l'enfant sur le plan physique, psychologique et social et prenant en compte le fait que le sport doit d'abord considérer l'enfant comme un enfant avant de le voir comme un sportif, la Charte des droits de l'enfant dans le sport poursuit les buts suivants :

- promouvoir la pratique du sport de façon respectueuse de l'enfant et de ses droits, en particulier dans les zones rurales ou éloignées et les régions défavorisées,
- sensibiliser les parents,
- responsabiliser les professionnels du sport et susciter un plus grand soutien de l'Etat.

Elle s'inscrit dans le cadre normatif, l'esprit et les principes de la Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant (ci-après CDE) et ses deux Protocoles facultatifs et s'appuie sur la reconnaissance universelle de la dignité de l'enfant. Elle rappelle l'obligation des Etats, au travers de l'art. 4 CDE (mise en œuvre effective de la Convention compte tenu des ressources de l'Etat) et invoque dans toutes les situations envisagées l'application des principes de la non-discrimination (art.2 CDE), de l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3 CDE), du droit à la vie, survie et développement (art. 6 CDE) et de la participation de l'enfant (art.12 CDE).

Cette Charte s'applique à la pratique de n'importe quel sport de compétition ou de loisirs.

Elle a été développée par l'Institut international des Droits de l'Enfant (IDE), Sion, Suisse au courant de l'été 2010.

PREMIÈRE PARTIE : DÉFINITIONS

Art. 1 : enfant

Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans 21

Art. 2 : sport

Le sport est un ensemble d'exercices le plus souvent physiques ou d'adresse, se pratiquant sous forme de jeux individuels ou collectifs; ceux-ci peuvent être exercés comme activités de loisirs ou de compétitions.

Art. 3 : professionnels du sport

Au sens de la présente charte, les professionnels du sport sont les personnes qui font du sport leur métier ou qui sont par leur fonction ou profession en lien avec le sport. A titre d'exemple et de manière non-exhaustive, il s'agit notamment des entraîneurs, des professeurs, des coaches, des professionnels du secteur médical ou paramédical, des dirigeants des fédérations ou des clubs, des officiels, des administrateurs et des arbitres.

Art. 4 : bénévoles ou volontaires du sport

La présente charte s'adresse également aux bénévoles ou volontaires du sport, soit des personnes qui s'engagent de leur plein gré et qui assument gratuitement des tâches en lien avec la pratique d'un sport.

Art. 5 : définition de la santé

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social,

²⁰ Copyright : Institut international des Droits de l'Enfant 2010, www.childsrights.org

²¹ Au sens de la présente charte, le mot « enfant » est général et vise aussi bien les filles que les garçons. Cette définition correspond à l'art. 1 CDE

et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²².

DEUXIÈME PARTIE : DROITS ET LIBERTÉS FONDAMENTALES DE L'ENFANT SPORTIF

Art. 6 : liberté de choix et non-discrimination

Tout enfant a le droit de pratiquer ou de ne pas pratiquer un sport; il choisit librement le(s) sport(s) qu'il désire pratiquer sans aucune distinction, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

Art.7 : droits participatifs

Al.1 : Tout enfant sportif capable de discernement a le droit d'être entendu dans toute décision qui le concerne, en particulier dans les affaires disciplinaires ou lors de la formulation des règlements sportifs et la définition du contenu et de l'intensité de l'entraînement;

Al.2 : Son opinion doit être dûment prise en considération eu égard à son âge et son degré de maturité.

Art. 8 : liberté d'expression

Tout enfant a le droit de s'exprimer sur toutes les questions liées à la pratique du sport. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de diffuser des informations et des idées relatives au sport.

²² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p.

100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Art. 9 : liberté d'association

Al.1 : Tout enfant a le droit à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique pour la pratique d'activités sportives.

Al. 2 : L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique.

Art. 10 : droit au jeu

Tout enfant a le droit de pratiquer un sport pour le plaisir du jeu uniquement.

Art. 11 : droit de pratiquer un sport selon ses capacités

Tout enfant sportif a le droit de s'entraîner et de se mesurer à d'autres enfants possédant les mêmes capacités physiques et psychiques.

Art. 12 : droit au repos

Tout enfant sportif a droit au repos.

Art. 13 : liberté de mouvement et de déplacement

Tout enfant sportif a le droit de se déplacer librement en toute sécurité afin de pratiquer un sport dans le cadre d'entraînements ou de compétitions, sous la responsabilité des professionnels à qui il est confié.

Art. 14 : droit de ne pas être séparé de ses parents

Tout enfant sportif a le droit de vivre avec sa famille et de ne pas être séparé de ses parents contre son gré.

Art. 15 : droit à l'éducation

Tout enfant sportif a droit à l'éducation sur la base de l'égalité des chances; la pratique d'un sport ne doit en aucun cas faire obstacle au respect et à la jouissance de ce droit. L'enfant impliqué dans le sport de compétition, a droit, lorsque la situation le justifie, à une éducation adaptée, afin qu'il puisse mener de front sport

et éducation. Le contenu et les buts de l'éducation doivent dans cette situation rester identiques à ceux du système éducatif en général.

Art. 16 : droit à la santé

Tout enfant sportif a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de soins médicaux et de rééducation appropriés, si possible d'une assurance maladie/accident. Tout enfant qui pratique le sport organisé a le droit à un encadrement sportif qui lui assure une santé optimale et qui en aucun cas ne pourrait fragiliser son état de santé.

Art. 17 : droit d'être protégé

Tout enfant sportif a le droit d'être protégé contre toute forme de violence et de maltraitance, physique et/ou psychique, y compris les abus sexuels, qu'elle soit le fait d'adultes ou d'autres enfants.

Art. 18 : droit de ne pas être exploité

Tout enfant sportif a le droit de ne pas être exploité économiquement par des agents ou de toute autre manière au travers de la pratique d'un sport.

Art. 19 : protection de sa vie privée

Tout enfant sportif a le droit d'être protégé contre toute immixtion contraire à son intérêt supérieur et à son droit au développement, dans sa vie privée comme dans sa vie familiale

TROISIÈME PARTIE : DES BÉNÉVOLES ET PROFESSIONNELS DU SPORT

Art. 20 : compétence des professionnels et des bénévoles

Les bénévoles et les professionnels agissant pour et avec, et entraînant l'enfant sportif, doivent être formés spécifiquement à cet effet et doivent s'engager au respect des droits de l'enfant.

DES ENTRAINEURS, COACHS, PROFESSEURS

Art. 21 : valorisation de l'enfant

L'entraîneur doit respecter la valeur de chaque enfant, qu'il soit doté de capacités plus ou moins élevées pour la pratique d'un sport et promouvoir les compétences propres de chaque enfant, lors de la compétition en particulier, en cas de succès comme d'échec.

Art. 22 : participation des enfants

Les entraîneurs doivent favoriser la pratique du sport par tous les enfants concernés, en particulier lors de compétitions.

Art. 23 : égalité des enfants sportifs

Les entraîneurs doivent assurer le respect du principe de non-discrimination entre tous les enfants sportifs, en évitant en particulier les stéréotypes culturels et de genre conformément à l'article 6 de la présente Charte.

Art. 24 : esprit sportif

Les entraîneurs doivent favoriser un esprit de jeu en incitant l'enfant sportif à donner le meilleur de lui-même tout en respectant les règles du fair-play et les principes des droits de l'homme.

Art. 25 : obtention de résultats

Les entraîneurs instruisent les enfants sportifs à pratiquer un sport par plaisir du jeu et de la compétition et non pas uniquement dans l'objectif des résultats. Les entraîneurs veillent à ce que le développement et la progression de chaque enfant passent avant les résultats.

Art. 26 : surentraînement

Les entraîneurs motivent, poussent et encouragent l'enfant à pratiquer un sport en donnant le meilleur de lui-même, mais en évitant le surentraînement, en particulier les charges excessives.

Art. 27 : conseil médical

Les entraîneurs doivent suivre les conseils d'un médecin indépendant relatifs aux

aptitudes physiques et psychiques de l'enfant à pratiquer, poursuivre, reprendre ou abandonner la pratique du sport

DES PROFESSIONNELS DU MONDE MÉDICAL ET PARAMÉDICAL

Art. 28 : promotion de la santé par le sport

Les professionnels du secteur médical et paramédical s'engagent à promouvoir le rôle du sport dans la protection de la santé et dans l'éducation physique et l'éveil au respect des droits humains des enfants.

Art. 29 : dopage

Par rapport aux enfants pratiquant un sport, tous les intervenants, y compris les professionnels du secteur médical et paramédical, ne doivent en aucun cas :

- a. inciter au dopage,
- b. administrer des produits dopants,
- c. prescrire l'usage des produits dopants,
- d. prescrire des méthodes de dopage.

DES DIRIGEANTS DES FÉDÉRATIONS, OFFICIELS, ET ADMINISTRATEURS

Art. 30 : égalité des chances

Les dirigeants, officiels et administrateurs des fédérations, associations, clubs veillent à ce que la pratique d'un sport soit ouverte à tous les enfants, dans le respect de l'article 6 de la présente Charte (liberté de choix et principe de non-discrimination).

Art. 31 : lutte contre la traite, les transferts abusifs et l'exploitation des enfants sportifs

Les dirigeants des fédérations, officiels et administrateurs ont l'obligation de protéger les enfants sportifs de toute traite, transferts abusifs et toute forme d'exploitation à des fins commerciales et/ou, sexuelles et/ou financières.

Art. 32 : lutte contre les abus

Les dirigeants, officiels et administrateurs des fédérations, associations et clubs ont l'obligation de lutter contre les abus en général dont peuvent être victimes les enfants sportifs, en particulier les abus sexuels, et s'engagent à recourir, le cas échéant, à la justice.

Art. 33 : obligation d'information et de formation

Les dirigeants des fédérations, officiels et administrateurs des fédérations, associations et clubs ont l'obligation d'informer et de former les professionnels entourant les enfants sportifs, tout comme les bénévoles et les volontaires actifs dans le domaine, des droits de l'enfant sportif. Ils informent les parents de toutes les questions qui concernent les enfants, de manière adéquate.

Art. 34 : surveillance

Les dirigeants, officiels et administrateurs des fédérations, associations et clubs exercent une surveillance appropriée sur les bénévoles et les professionnels actifs avec les enfants sportifs, tout comme sur les bénévoles et volontaires, en veillant à ce qu'ils respectent les règles du fairplay et les droits des enfants sportifs.

Art. 35 : contrôle des équipements

Les dirigeants, officiels et administrateurs des fédérations, associations et clubs vérifient que l'équipement et les installations permettent la pratique du sport en toute sécurité pour les enfants et correspondent à leur âge, développement et leur degré de maturité.

Art. 36 : participation des enfants

Les dirigeants, officiels et administrateurs des fédérations, associations et clubs favorisent la participation effective des enfants sportifs dans l'élaboration des programmes sportifs, en particulier dans la planification, la réalisation et l'évaluation.

Art. 37 : but du sport

Les dirigeants, officiels et administrateurs des fédérations, associations et clubs ne doivent en aucun cas laisser le sport dériver à des décisions prises uniquement dans l'intérêt d'en faire un divertissement pour les médias et le public.

DES ARBITRES

Art. 38 : rôle

Quel que soit le niveau de compétition, les arbitres se contentent d'arbitrer, diriger le jeu avec impartialité par leurs coups de sifflet et leurs gestes, sans commentaire négatif, signe d'humeur ou attitude de mépris ou d'humiliation.

Art. 39 : obligation de respect

Les arbitres respectent tous les enfants sportifs en étant justes et équitables dans l'application des règles de ce sport et leur interprétation.

Art. 40 : bon sens

Les arbitres font preuve de bon sens pédagogique en considérant le jeune sportif comme un enfant avant même d'être un sportif, et ceci afin de respecter l'enfant et de garantir l'esprit de jeu du sport.

DES BÉNÉVOLES ET VOLONTAIRES

Art. 41 : obligation de respect

Les bénévoles et volontaires sont assimilés, mutatis mutandis, aux professionnels du sport et doivent respecter les mêmes obligations envers les enfants sportifs

*QUATRIÈME PARTIE : DES PARENTS
D'ENFANTS SPORTIFS*

Art. 42 : libre choix aux enfants

Les parents doivent respecter :

- a. le choix de l'enfant de faire du sport ou pas,

- b. le choix du sport qu'il entend pratiquer

- c. le choix de l'enfant de pratiquer du sport comme loisir ou dans un but de compétition.

Art. 43 : pratique du sport

Les parents s'efforcent d'octroyer du temps à leurs enfants afin de pratiquer leur sport de façon optimale, même s'ils vivent dans des zones rurales et/ou éloignées.

Art. 44 : interdiction d'un champion à tout prix

Les parents doivent accepter les performances de leurs enfants sportifs et éviter d'en faire un champion à tout prix.

Art. 45 : fairplay

Les règles du fairplay et les principes des droits de l'homme s'appliquent également aux parents qui doivent respecter tous les enfants sportifs, y compris ceux de l'équipe adverse.

Art. 46 : traite et transferts d'enfants

Les parents feront preuve de la plus grande prudence en cas de demande de recrutement, de mise sous contrat, de transfert ou d'engagement de leurs enfants sportifs.

CINQUIÈME PARTIE : DE L'ETAT

Art. 47 : promotion du sport

L'Etat s'engage à promouvoir le sport en général comme une activité favorisant l'épanouissement et le développement de l'enfant grâce au respect de ses droits.

Art. 48 : création de structures sportives

L'Etat s'engage, dans la mesure de ses moyens, à mettre sur pied et assurer les structures permettant aux enfants de pratiquer le sport en général et ceci dès le début de l'éducation préscolaire. L'Etat s'engage à ne pas négliger le sport au sein du système éducatif.

Art. 49 : politique nationale du sport

L'Etat s'engage dans la mesure de ses moyens à mettre sur pied une politique nationale du sport, dont les objectifs sont :

- a. promouvoir le sport pour tous les enfants,
- b. pratiquer le sport en toute sécurité,
- c. financer de manière appropriée la politique nationale du sport,
- d. promouvoir activement le sport auprès des filles et adolescentes,
- e. s'engager à ce que la politique nationale du sport soit liée à celles en faveur de la promotion de la santé publique et de l'éducation,
- f. créer une filière sport-étude, destinée aux sportifs qui désirent se consacrer à la compétition
- g. former systématiquement les bénévoles et les professionnels du sport, y compris aux droits de l'enfant et
- h. promouvoir la charte des droits de l'enfant dans le sport.

Art. 50 : recherche et évaluation

La recherche et l'évaluation sont des composantes indispensables pour le développement des activités physiques et du sport.

Art. 51 : médias

Les médias devraient exercer une influence positive sur l'éducation physique et le sport.

SIXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS FINALES

Art. 52 : entrée en vigueur

Cette Charte a été présentée au public pour la première fois le 24 novembre 2010 à Montreux en Suisse. Elle est proposée pour adoption à toutes les organisations publiques ou privées, associations, fédérations pour régir les droits des enfants sportifs sous leur responsabilité.

Ces dernières fixeront la date d'entrée en vigueur de la Charte au plus tard six mois après son adoption.

Art. 53 : langues

La présente Charte a été rédigée en français. Elle a été traduite en anglais et en espagnol. En cas d'interprétation divergente, le texte français fait foi.

Art. 54 : diffusion

La présente Charte sera diffusée par les réseaux de l'Institut international des Droits de l'Enfant et l'Institut international de l'Enfant et ses partenaires.

LES AVIS DE L'ORK

Avis de l'Ombuds Comité fir d'Rechter vum Kand sur le Projet de loi 7238, portant modification de la loi modifiée du 29.08.2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration

Luxembourg, 6 juin 2018

Le projet concerne exclusivement la mise en conformité avec la directive 2008/115/CE du Parlement Européen et du Conseil du 16.12.2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier. L'ORK félicite le législateur de vouloir donner plus de garanties aux mineurs non accompagnés, mais regrette la formulation du nouvel article 103 de la loi du 1 juillet 2011.

L'ORK entend formuler les remarques suivantes en application de la Convention Internationale des Droits de l'enfant de 1989 :

A. Le représentant légal du mineur non accompagné

L'ORK note que le nouvel article reprend les notions de « représentant légal » et « d'administrateur ad hoc » dans le même paragraphe. Cette nomenclature prête à confusion comme c'est déjà le cas dans les articles 5 et 20 de la loi du 18 décembre 2015 relative à la protection internationale et temporaire. En effet l' « administrateur ad hoc », obligatoire, est en charge de l'assistance et de la représentation du jeune au cours des procédures relatives à sa demande de protection internationale, tandis que le « tuteur, le représentant légal » conformément aux articles 389 et suivants du code civil est en charge de l'encadrement et soutien du jeune au quotidien. L'ORK propose de préciser les mandats en question.

Dans un esprit de protection de l'enfance, l'ORK souhaiterait que les garanties de ce texte puissent s'appliquer à tous les mineurs, avec ou sans représentant légal.

B. L'intérêt supérieur doit être une considération primordiale

Ensuite l'ORK propose de compléter la phrase « L'intérêt supérieur de l'enfant est évalué individuellement par une équipe pluridisciplinaire », par « et doit être une considération primordiale ». En effet l'évaluation a uniquement un sens si elle est aussi prise en considération. En se référant à l'article 3 de la Convention Internationale des droits de l'Enfant, le respect de l'Intérêt supérieur de l'Enfant doit prévaloir dans tous les actes relatifs aux enfants accomplis par les autorités publiques.

Petit rappel :

La CDE repose sur quatre principes généraux conçus pour guider l'interprétation de la Convention dans son ensemble et ainsi orienter l'élaboration des programmes nationaux de mise en œuvre. Ces principes sont l'interdiction des discriminations (article 2), le droit à la vie, à la survie et au développement pour l'enfant (article 6), le respect de l'opinion de l'enfant (article 12) et le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3.1). Parmi ces quatre principes, le principe

de l'intérêt supérieur de l'enfant occupe la première place, car il traduit l'esprit – le message fondamental – de la Convention et en imprègne toutes les dispositions.

Ce principe est énoncé à l'article 3.1 de la CDE, qui stipule que «[dans] toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale».

Cette formulation a aussi été reprise dans la Charte des droits fondamentaux de l'UE, qui s'inspire à cet égard de la CDE et stipule que «dans tous les actes relatifs aux enfants, qu'ils soient accomplis par des autorités publiques ou des institutions privées, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale».

C. Application de la CIDE

La CIDE s'applique à chaque enfant, indépendamment de sa nationalité ou de sa situation au regard de l'immigration et non pas seulement au moment du retour. Il est notoire que la CDE exige que les enfants migrants soient avant tout considérés et protégés comme des enfants.

D. La mise en pratique par l'équipe pluridisciplinaire

En raison de son omniprésence, l'ORK est conscient que le principe de l'intérêt supérieur reste difficile à appréhender pour ceux qui doivent le mettre en pratique. Le caractère indéfini et indéterminé de « l'intérêt supérieur de l'enfant » donne lieu à une diversité d'interprétations et de modalités d'application et son application dans une situation donnée ne débouche pas nécessairement sur un résultat particulier et immuable.

L'ORK approuve donc qu'une équipe pluridisciplinaire soit instituée pour s'occuper de cette évaluation. L'ORK recommande que les membres de ce comité soient formés en matière de droits de l'enfant, puisque le manque de précision de la notion de l'Intérêt de l'enfant peut uniquement être résolu par une interprétation globale de la CDE.

En effet, comme l'ont souligné Alston et Gilmour-Walsh, «le principe de l'intérêt supérieur présente un contenu beaucoup plus clair et donc plus précis lorsqu'il est considéré en conjonction avec les droits substantiels reconnus dans la CDE». Il est incontestable, par exemple, que l'intérêt supérieur de l'enfant commande de protéger chaque enfant contre toutes les formes de discrimination, de violence physique ou mentale, d'abus, de négligence ou d'exploitation, de dûment tenir compte de l'opinion de l'enfant dans toute affaire le concernant, et d'accorder à chaque enfant le droit à l'éducation et aux soins de santé. En plus chaque situation, chaque facteur, chaque personnalité implique une solution différente. Il convient donc de faire en sorte que les circonstances propres à chaque enfant soient prises en compte et que les différents facteurs affectant la situation et les perspectives de l'enfant soient scrupuleusement examinés avant de décider quelle solution durable lui convient le mieux, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale lors de l'examen de toutes les solutions possibles. Les efforts tendant à définir une solution durable doivent être déployés sans retard, mais aussi sans précipitation.

Dans le contexte de l'immigration, la solution durable, la solution la plus appropriée pour le mineur non accompagnée, peut consister, entre autres, à retourner dans le pays d'origine, à rester dans le pays d'accueil ou à rejoindre les membres de la famille dans un pays tiers.

L'ORK entend souligner que bien que la réunification familiale soit généralement considérée comme favorable à l'intérêt supérieur de l'enfant, ce n'est pas toujours le cas, soit à cause des risques existant à l'endroit où vivent les parents, soit à cause des risques que représentent les parents eux-mêmes. Il arrive, par exemple, que les parents aient été précédemment impliqués dans la traite de l'enfant ou qu'ils soient incapables de le protéger contre une traite secondaire. Quel que soit l'endroit, il faut éviter la réunification familiale dans les cas où les parents maltraitent ou négligent l'enfant (article 9.1 de la CDE). La réunification familiale devrait être évitée s'il existe un risque raisonnable qu'elle débouche sur la violation de droits fondamentaux de l'enfant. Le risque de violation grave devrait être apprécié eu égard à l'âge et au sexe de l'intéressé, par exemple en tenant compte des conséquences particulièrement graves pour les enfants d'une alimentation insuffisante ou d'une carence des services de santé.

Selon l'étude établie par l'UNICEF en 2012, l'équipe pluridisciplinaire doit donc prendre en considération, entre autres aspects, la situation en matière de sûreté, de sécurité et autres, notamment la situation socioéconomique, attendant l'enfant à son retour; les possibilités de prise en charge de l'enfant; l'opinion exprimée par l'enfant et les opinions des personnes subvenant à ses besoins; le degré d'intégration de l'enfant dans le pays d'accueil et la durée de l'éloignement de son pays d'origine; le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, et la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique. Les autres aspects connexes qui devraient être pris en considération sont notamment le risque d'exposition de l'enfant aux sévices et à l'exploitation sexuels, ainsi qu'aux pratiques traditionnelles néfastes; l'existence de schémas discriminatoires à l'égard des filles; la disponibilité et la qualité des services de santé et d'éducation; les possibilités d'intégration sociale à la communauté, et la capacité de cette dernière à s'occuper des enfants et à les protéger, en particulier les enfants ayant des besoins spéciaux. Rester dans le pays d'accueil peut être la solution qui sert le mieux l'intérêt supérieur de l'enfant, soit pour des raisons humanitaires, soit parce que ses parents séjournent dans ce pays, soit parce qu'il n'est pas possible ou souhaitable que l'enfant rejoigne ses parents dans leur pays d'origine ou dans un pays tiers.

E. Le risque de recherches trop longues

Pour l'ORK, le travail de l'équipe pluridisciplinaire aura pour but d'éviter que les enfants reçoivent l'autorisation de rester dans le pays d'accueil jusqu'à 18 ans, non parce que cela est nécessairement dans leur intérêt supérieur, mais en raison du coût et de la complexité des recherches à effectuer pour évaluer les possibilités de regroupement familial dans leur pays d'origine. Il faut donner à cette équipe les moyens nécessaires. Il ne faut pas oublier que les jeunes dont le statut légal n'a pas été décidé au moment où ils atteignent la majorité et ceux dont la demande d'asile a été refusée risquent beaucoup de basculer dans l'irrégularité au moment de leur majorité. En effet, ces derniers risquent de « disparaître » des centres d'accueil ou des autres formes de logement juste avant leur dix-huitième anniversaire, situation qui peut les mettre à la merci des réseaux de traite et des gangs criminels et, ainsi, les exposer fortement à l'exploitation et aux mauvais traitements.

F. La motivation du renvoi

D'après les considérations de l'ORK, le renvoi d'un enfant dans son pays d'origine est jugé illégal et inhumain, si les services de l'immigration n'ont pas obtenu de preuve fiable attestant de l'existence de dispositions adéquates pour assurer l'accueil et la prise en charge de l'enfant dans le pays en question, ou s'il est prévisible que l'enfant y sera abandonné, sans travail et dans une situation de pauvreté extrême. Les décisions administratives de renvoi d'un enfant dans son pays d'origine doivent être clairement justifiées et montrer que la situation particulière de l'enfant a été dûment évaluée.

G. Un statut particulier pour les Mineurs non accompagnés

Même si le projet 7238 ne concerne que les retours, l'ORK se doit de reformuler son plaidoyer pour un statut particulier pour les Mineurs non accompagnés leur permettant de s'intégrer valablement au Luxembourg, et de bénéficier d'une solution durable pour l'avenir.

Dans ce contexte et dans ce raisonnement d'une solution durable, la nécessité d'un tel statut est (in)directement liée à la prise en considération de l'intérêt supérieur de l'enfant. En effet, l'intégration locale doit reposer sur un statut juridique sûr (comme réfugié, bénéficiaire de formes complémentaires de protection ou immigrant légal) et être régie par les droits que consacre la Convention, lesquels sont pleinement applicables à tous les enfants restant dans le pays. Une prise en charge pour tout mineur non accompagné qui cesse dès que l'enfant atteint l'âge de 18 ans n'est pas une solution durable et donc contraire aux droits de l'enfant.

En conclusion l'ORK réitère son appel que conformément à l'esprit de la Convention pour les droits de l'enfant, il faut abandonner l'« approche fondée sur la répression » et privilégier plutôt une « approche fondée sur la protection ».

Avis de l'Ombuds Comté fir d'Rechter vum Kand Projet de loi 7236 Instituant un défenseur des droits de l'enfant

appelé « Ombudsman/fra fir Kanner a Jugendlecher » et portant modification 1. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat ; 2. de la loi modifiée du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'Enfance et 3. de la loi concernant le Budget des recettes et des dépenses de l'Etat

Le projet de loi sous rubrique a pour objet d'instituer un défenseur des droits de l'enfant appelé « Ombudsman/fra fir Kanner a Jugendlecher » qui est appelé à prendre la relève de l'actuel comité luxembourgeois des droits de l'enfant (Ombudscomité fir Rechter vum Kand) qui a été institué par la loi du 25 juillet 2002. Il s'agit d'améliorer l'institution, en lui donnant un statut plus clair en ligne avec les principes de Paris, les pouvoirs et les moyens d'action appropriés ainsi que les ressources nécessaires pour continuer à remplir ses missions de promotion et de protection des droits de l'enfant²³ (nouvel article 1(2)).

²³ Article 2 : (...) « La mission de l'ORK est de veiller à la sauvegarde et à la promotion des droits et intérêts des enfants (...) »

L'exposé des motifs énonce les principales caractéristiques qui selon les principes de Paris sont nécessaires pour contribuer à l'indépendance d'une institution des droits de l'homme:

- un texte fondateur législatif
- un mandat aussi étendu que possible
- des procédures de nomination indépendantes
- un fonctionnement régulier et efficace
- une indépendance vis-à-vis du pouvoir exécutif
- un financement suffisant

Les missions de la nouvelle entité telles qu'elles sont formulées à l'article 1^{er} pt (2) à (4) ne diffèrent pas en substance des missions de la loi de 2002²⁴.

L'ORK préfère ne pas parler de création d'une nouvelle institution, mais plutôt d'une amélioration et d'une réorganisation de la structure existante, étant donné qu'il s'est avéré que les moyens mis à disposition en 2002 étaient nettement insuffisants au regard de la multiplicité et de l'étendue des missions à remplir.

Dans cet esprit de continuité, l'ORK propose de garder la dénomination « Ombudsman fir d'Rechter vum Kand » qui se décline facilement dans toutes les langues et qui permet pour la version originale luxembourgeoise de continuer d'utiliser l'acronyme « ORK » bien connu du public. Il est important de garder et de renforcer la visibilité déjà acquise.

L'ORK plaide pour une dénomination unique « Ombudsman fir d'Rechter vum Kand ». Le fait de donner deux dénominations différentes, une pour l'institution et une pour la personne qui incarne la fonction prêle inutilement à confusion.

En outre, étant donné que le projet définit l'enfant comme tout être humain âgé de dix-huit ans, l'ORK ne voit pas la nécessité de préciser que l'Ombudsman est compétent pour les enfants et les jeunes. La référence aux droits de l'enfant est suffisante et nécessaire pour faire référence à la « Convention Internationale des Droits de l'Enfant ».

L'ORK propose d'en rester à la dénomination : « Ombudsman fir d'Rechter vum Kand » respectivement « Ombudsman pour les droits de l'enfant », avec l'acronyme ORK.

L'ORK approuve l'idée du législateur de souligner que la mission de promotion et de protection des droits de l'enfant continue de s'articuler autour des deux axes.

²⁴ Article 3 de la loi du 25 juillet 2002 portant création d'un comité luxembourgeois des droits de l'enfant :

« Dans l'exercice de sa mission, l'ORK peut notamment :

- a. analyser les dispositifs institués pour protéger et promouvoir les droits de l'enfant, afin de recommander, le cas échéant, aux instances compétentes des adaptations nécessaires;
- b. émettre son avis sur les lois et règlements ainsi que sur les projets concernant les droits de l'enfant;
- c. informer sur la situation de l'enfance et veiller à l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant;
- d. présenter au Gouvernement et à la Chambre des Députés un rapport annuel sur la situation des droits de l'enfant ainsi que sur ses propres activités;
- e. promouvoir le développement de la libre expression de l'enfant et de sa participation active aux questions qui le concernent;
- f. examiner les situations dans lesquelles les droits de l'enfant ne sont pas respectés et faire des recommandations afin d'y remédier;
- g. recevoir des informations et des réclamations relatives aux atteintes portées aux droits de l'enfant et écouter, à cet effet, selon les modalités à déterminer par lui, tout enfant qui en fait la demande;
- h. émettre à partir d'informations et de réclamations ou au sujet de cas particuliers instruits par lui, des recommandations ou des conseils permettant d'assurer une meilleure protection des droits et des intérêts de l'enfant. »

Il y a d'un côté la mission **d'intérêt général de sensibilisation** des enfants à leurs droits et la sensibilisation du public aux droits de l'enfant. Il s'agit notamment de promouvoir la notion de l'intérêt supérieur de l'enfant comme considération primordiale lors de toute décision prise à l'égard d'un enfant. L'ORK veille au respect des droits de l'enfant à tous les niveaux de la société.

Il y a de l'autre côté **la mission de traiter les cas concrets** qui lui sont soumis sous forme de questions d'information, de demandes de conseils ou de réclamations.

La sensibilisation et la promotion des droits de l'enfant

L'ORK mène régulièrement des actions de sensibilisation auprès des décideurs politiques et des acteurs du secteur éducatif, médical et social. Pour atteindre un plus grand public, une stratégie de communication par communiqués de presse, interviews à la télévision, radio, presse écrite et Facebook est notamment nécessaire. L'ORK développe du matériel de promotion, souvent en collaboration avec d'autres acteurs. Ainsi sont conçues, mises à jour et distribuées des fiches d'informations thématiques. Pour le moment, l'ORK assure des formations sur demande pour les professionnels intéressés, mais cette mission doit être effectuée de manière beaucoup plus proactive. Des ateliers de sensibilisation et de formation pour les enfants et des multiplicateurs (écoles primaires, secondaires, groupes scouts, maisons relais, clubs de sport etc.) qui actuellement sont organisés à la demande, devront aussi s'inscrire dans une démarche plus proactive.

Une activité annuelle obligatoire prescrite par l'article 3d) est la rédaction du rapport annuel, qui est un rapport sur ses activités annuelles avec un dossier thématique particulier, comme en 2017 « L'enfant dans des situations internationales et transfrontalières ».

Le respect des droits de l'enfant

L'ORK est tenu de veiller à la mise en œuvre des droits de l'Enfant au niveau politique, au niveau des pratiques professionnelles et dans la vie de tous les jours.

Pour ce faire la rédaction du rapport annuel est un outil important. Il rassemble notamment les recommandations que l'ORK est amené à faire sur base des sujets traités et des cas particuliers rencontrés au cours de l'année. Il contient aussi les avis juridiques de l'ORK sur les projets de loi déposés à la Chambre des Députés.

L'ORK assure un contact étroit avec les professionnels du terrain, ainsi qu'avec les différents ministères en charge. Comme les droits de l'enfant constituent une thématique transversale, les ministères en charge peuvent être aussi bien les Ministères de l'Education, de la Jeunesse et de l'Enfance, de la Justice, de la Famille, la Santé, des Sports, des Affaires étrangères, de l'Egalité des chances etc....

L'ORK se déplace et fait des visites de terrain pour s'informer, pour comprendre, donner des conseils ou formuler des recommandations.

L'ORK collabore avec différentes associations et ONG pour initier et parrainer des travaux de recherche, pour faire progresser les pratiques professionnelles et pour développer des activités éducatives autour des Droits de l'Enfant.

Au niveau international, l'ORK participe notamment activement aux réseaux de l'ENOC²⁵, AOMF²⁶ et Eurochild²⁷.

Nous constatons que la promotion du développement de la libre expression de l'enfant et sa participation active aux questions qui le concernent (article 3)e Loi 2002) ne figurent plus expressément dans le nouveau texte de la loi. Or, cette démarche restera une des priorités de l'ORK, tant au niveau des saisines individuelles qu'au niveau des activités de sensibilisation. De ce fait elle devrait être reprise dans le présent texte de la loi à l'article 1er (3) 2 : « La sensibilisation des enfants à leurs droits, la sensibilisation du public aux droits de l'enfant, et notamment la promotion du développement de la libre expression de l'enfant et sa participation active aux questions qui le concernent ».

Le traitement des cas particuliers

Conformément aux articles 3g) et h) l'ORK peut être saisi pour des cas particuliers par :

- Tout enfant et adolescent âgé de moins de 18 ans dont les droits n'ont pas été respectés d'une manière quelconque. Il peut s'exprimer librement et donner son avis. Pour ce faire, il n'est pas obligé de rédiger une lettre, un message électronique ou un coup de téléphone suffisent.
- Les parents ou tuteurs d'un enfant mineur dont les droits n'ont pas été respectés.
- Les associations, institutions et services qui prennent en charge des enfants et qui désirent signaler un abus par rapport aux dispositions de la Convention internationale des droits et l'enfant et à notre législation nationale.
- L'ORK peut intervenir de sa propre initiative dans des situations dans lesquelles la CIDE n'est pas appliquée correctement. Il n'a pas besoin d'attendre la saisine d'un particulier sous conditions strictes et formelles comme chez les Médiateur/Ombudsman.

Suite à une saisine, respectivement suite à la constitution d'un dossier, l'ORK peut donner des conseils juridiques ou d'ordre socio-éducatif, aussi bien pour les particuliers et professionnels. Pour un soutien plus spécifique, l'ORK réoriente les particuliers vers d'autres services. Pour les professionnels, l'ORK a vocation d'être l'initiateur et le facilitateur pour le travail en réseau entre acteurs de terrain.

L'ORK s'est donné pour son travail les leitmotivs suivants :

- L'ORK est un lieu d'écoute neutre et indépendant.
- L'ORK se veut être le porte-parole de l'enfant.
- L'ORK agit comme consultant, facilitateur ou médiateur.
- L'ORK ne se pose ni en policier, ni en juge ou en avocat.

²⁵ ENOC –European Network of Ombudspersons for Children

²⁶ AOMF - Association des Ombudsmans et Médiateurs de la Francophonie

²⁷ Eurochild - A network of organizations working with and for children throughout Europe

- L'ORK essaie de tenir compte de la complexité des situations portées à son attention ; il entend toutes les parties concernées.

L'ORK pratique la transparence envers les personnes concernées, les demandeurs d'aide et de conseil. L'ORK traite les réclamations des particuliers sans formalités particulières. Il est à l'écoute et accueille les enfants, les jeunes, les parents, l'entourage du jeune et les professionnels, soit tous ceux qui le demandent.

Commentaire des articles

Article 1(1)

L'ORK se réjouit de la reconnaissance du législateur de l'indispensable indépendance et neutralité de l'institution face au pouvoir exécutif selon les principes de Paris approuvés en 1993 par l'assemblée Générale de l'ONU.

En effet, l'ORK se voit régulièrement saisi de réclamations qui concernent des décisions administratives ou des pratiques professionnelles les plus diverses. Un rattachement à la Chambre des Députés fait sens pour les mêmes motifs que pour l'Ombudsman « général » institué par la loi du 22 août 2003. L'Ombudsman pour les droits de l'enfant qui reçoit et traite des plaintes concernant des décisions et des pratiques de ministères ou d'administrations de l'Etat ne doit pas dépendre de l'exécutif.

De même, les actions de promotion des droits de l'enfant en soi ne doivent pas dépendre du bon vouloir du gouvernement en place.

Le travail et les missions de l'ORK trouvent leur signification et leur légitimité dans une norme internationale supérieure des droits humains qui est la Convention relative aux Droits de l'Enfant adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et approuvée par une loi nationale du 20 décembre 1993.

L'ORK approuve l'idée du législateur de remettre la fonction de représentation de l'institution à une seule personne et non pas à un comité fonctionnant un peu comme un conseil d'administration d'une association. La nouvelle structure s'assimile ainsi à celle de l'Ombudsman, institué par la loi du 22 août 2003, qui reçoit des réclamations relatives au fonctionnement des administrations de l'Etat et des communes, ainsi que des établissements publics relevant de l'Etat et des communes. Notons que le champ de compétence de l'Ombudsman pour les droits de l'enfant est plus étendu puisqu'il englobe toutes les institutions et pratiques dans les domaines public et privé.

Article 1(2)

Le libellé de la mission n'est pas identique à celle de la loi de 2002. On y parlait bien de « promotion » et de « protection », mais également de « sauvegarde ». La loi de 2002, en son article 2 stipule (..) de « droits et **intérêts** de l'enfant ».

La nouvelle formulation ne va pas assez loin pour l'ORK. L'ORK préfère effectivement une référence au « principe de l'intérêt supérieur de l'enfant », qui fait clairement référence à l'esprit de la CIDE. Par analogie, la loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille dispose aussi dans son article 2 que « l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale », terminologie reprise directement de la CIDE (article3).

Article 1(3)

L'ORK félicite le législateur d'avoir clairement établi cette double mission que l'ORK réalise déjà en date d'aujourd'hui, c.à.d. une mission d'Intérêt général de sensibilisation et une mission de médiateur pour les réclamations individuelles. Il s'agit en fait de deux missions différentes, comme décrites dans l'introduction de cet avis.

La mission d'Intérêt Général de sensibilisation

La mission de sensibilisation - article1 (3)2 - est une mission propre ainsi mise en valeur. Elle est également distinguée de la rédaction d'avis sur les propositions ou projets de loi et de la rédaction du rapport annuel au gouvernement et de la Chambre des députés sur la situation des droits de l'enfant au Luxembourg. Le législateur vise d'une part les ateliers de sensibilisation dans les écoles ou autres associations de jeunes, les formations pour les enseignants et les professionnels de terrain, d'autre part les prises de position diverses de l'ORK, la diffusion de communiqués de presse, les visites de terrain, la participation à des tables rondes, et toutes autres actions qui peuvent s'adresser au grand public.

Vu les ressources matérielles insuffisantes de l'ORK et vu le manque flagrant de ressources humaines, cette mission publique de sensibilisation n'a jamais pu se réaliser de manière satisfaisante. En pratique la charge du travail la plus importante restait sur les épaules du Président de l'ORK.

Notons que les membres du comité ne sont pas à considérer comme ressources humaines pour l'institution au quotidien. Le comité fonctionne un peu comme un conseil d'administration où sont discutées et décidées les grandes orientations, les avis concernant les projets de loi, les recommandations reprises dans le rapport annuel.

En dehors de cela, l'apport des membres du Comité se limite souvent à une simple représentation, style « ambassadeur pour une bonne cause ». Retenons que leur engagement pour les droits de l'enfant n'est pas considéré comme un engagement politique et ne leur permet pas de bénéficier d'un congé spécial comme par exemple le congé politique.

Le traitement des cas particuliers

Pour le traitement des cas particuliers, le président de l'ORK ne dispose pour toute ressource humaine que d'un poste de juriste pour 20h. Le traitement et la gestion des questions d'information, des demandes de conseil et des réclamations, peut cependant être comparé avec celui de l'Ombudsman. L'ORK est avant tout un médiateur qui véhicule ses propositions de solution autour de l'« intérêt supérieur de l'enfant ».

La médiation se définit dans le Grand Larousse comme étant „un mode de solution facultatif des conflits, consistant à faire intervenir dans un différend...des tiers qui...auront pour tâche de soumettre aux parties antagonistes des propositions sans force obligatoire, mais susceptibles de servir de base à la solution du conflit“.

Article 1(5)

Les définitions d'un « enfant » et d'un « représentant légal » se trouvent dans le code civil. L'ORK estime que ce paragraphe est superfétatoire.

Article 2 sur les modalités de saisine

La loi de 2002 prévoit dans son article 3g) que les modalités de saisine sont à déterminer par l'ORK lui-même. Cette pratique n'a jamais posé problème à l'ORK dans l'exécution de sa mission.

Le nouveau texte de loi précise les modalités de saisine, au risque d'introduire des limitations qui vont à l'encontre des missions définies à l'article premier.

Article 2(1)

Ainsi l'ORK ne peut pas être d'accord avec la limitation du droit de saisine à la personne détentrice de l'autorité parentale. Il n'est pas concevable qu'un parent, à qui l'autorité parentale n'aurait pas été attribuée, respectivement aurait été retirée, ne serait dès lors pas en mesure de saisir l'ORK. La reconnaissance du lien biologique est un droit accordé par l'article 7 de la CIDE et ne saurait être écartée par la loi qui promeut les droits de l'enfant. Au contraire l'expérience de l'ORK montre que le droit de saisine doit être étendu à toute personne ayant un lien avec l'enfant, tels que les grands-parents, la fratrie, et/ou toute personne de confiance.

Article 2 (5)

Pour plus de simplicité et de clarté l'ORK propose la formulation suivante : « La réclamation adressée à l'Ombudsman pour les droits de l'enfant n'interrompt ni ne suspend les délais de prescription ou autres délais de recours judiciaires ou administratifs ».

Article 3 sur les moyens d'action

Cet article semble très procédural pour une institution qui n'a pas de pouvoir de décision, ni administratif ni judiciaire. Son intervention se limite à des recommandations et des conseils. Aucun recours n'est de toute façon possible.

Il est sûr que les saisines concernent un ou des enfants, mais il est difficile d'exiger dans une telle situation un écrit motivé et un délai comme prévus dans les articles 3(3) et 3(4). Il y a déjà problème quant à la détermination pratique du point de départ.

L'article 3 (2) stipule : « (...) respecter au mieux les droits de l'enfant ».

L'ORK propose d'enlever « au mieux » et de compléter par la formulation de l'article 3 de la CIDE ce qui donne : « ...formule des recommandations qui respectent les droits de

l'enfant, en veillant notamment à ce que l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale ».

L'article 3 (6) est repris de la loi de 2002 et n'appelle pas de commentaire.

L'article 3(7) est superfétatoire puisque l'institution est créée par une loi. L'article 23 du code de procédure est d'application d'office.

L'ORK propose d'ajouter : L'Ombudsman pour les droits de l'Enfant peut, dans le cadre de ses compétences, se saisir de toute situation dont il aurait connaissance.

L'article 4 établit clairement le fonctionnement du budget de l'institution et L'ORK espère que les problèmes de fonctionnement actuels seront résolus.

L'article 5 sur l'accès aux locaux et à l'information

L'ORK félicite le législateur pour cette précision utile pour l'exécution de sa mission, mais propose de biffer la fin du premier paragraphe (« et qui sont accessibles au public. »), formulation qui prête à confusion..

L'article 6 sur le secret professionnel, respectivement sur la protection des données personnelles est superfétatoire vu le Règlement (UE)2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, qui s'applique de toute façon directement à l'institution.

Article 7

Pas de commentaire

Chapitre 2 (articles 8-12)

L'ORK félicite le législateur d'avoir clairement défini le statut de l'ORK. Il n'a pas de commentaire particulier à formuler.

Chapitre 3 Fonctionnement de l'Office

L'ORK félicite le législateur de vouloir valoriser ses missions attribuées par la loi en lui donnant les ressources nécessaires. Il va sans dire qu'une augmentation du personnel est nécessaire pour pouvoir effectuer un travail plus efficace. L'ORK renvoie à l'introduction du présent avis qui précise les différentes tâches de l'institution.

Chapitre 4 Missions et fonctionnement du Comité d'Experts

L'expérience montre que l'ORK est régulièrement amené à traiter des thématiques qui du fait de leurs caractères très spécifique et technique exigent l'apport d'une expertise qui n'est pas nécessairement présente au sein de l'institution. L'adjonction d'un comité d'experts permettra à ORK de rechercher le savoir et le savoir-faire à l'extérieur.

Au-delà de ce comité permanent, l'ORK devra disposer d'un budget pour pouvoir recourir à des experts extérieurs sur des thématiques spécifiques.

Chapitre 5 Dispositions modificatives, transitoires et finales

Sans commentaires

Ainsi discuté et acté lors de la réunion du Comité du 6 juillet 2018

Pour le Comité :

René SCHLECHTER

Président de l'Ombuds-Comité
fir d'Rechter vum Kand

LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES



Introduction

En Europe, 15-20% des adolescents présentent au moins un trouble psychologique ou comportemental. Le risque que les troubles de la santé mentale développés durant l'adolescence perdurent à l'âge adulte ou deviennent même chroniques²⁸ est réel. On estime qu'environ la moitié des problèmes de santé mentale chez les adultes trouvent leur origine dans l'adolescence. Les troubles mentaux n'affectent pas seulement les jeunes et leur entourage, ils ont aussi des implications profondes pour leur évolution sociale et l'économie en général.

Comme le souligne, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²⁹, les adolescents ont d'autres besoins en matière de soins que des adultes, car ils sont pleinement engagés dans leur processus de maturation. Les adolescents ont par exemple besoin de plus d'information et d'aide psychosociale, pour eux l'état d'esprit affiché par les services de soins est plus important que les qualités techniques. Une série de facteurs poussent les adolescents à renoncer à demander de l'aide. Ces facteurs incluent l'attitude qu'a le public, la perception et l'auto-stigmatisation de la maladie mentale, des soucis par rapport au respect de la confidentialité de la part des services quant aux soins dispensés, un accès limité (notamment en raison de temps, du transport, du coût) et leur manque général d'information concernant les services de santé mentale.

²⁸ JDJ n371-janvier 2018

²⁹ OMS205 www.adocare.eu/adocare-news/adocare-final-report

Tous les jeunes ont le droit de grandir et de devenir des adultes responsables et en bonne santé, capables de participer pleinement à la société.

Il appartient à l'ORK dans le présent rapport de réaffirmer le droit pour tous à une bonne santé mentale et d'attacher une attention particulière aux questions d'accès aux soins.

La mission de l'ORK dans ce contexte est de souligner le lien entre la santé et les droits de l'enfant.

Cette approche doit permettre de promouvoir des politiques visant à fournir des services orientés vers les enfants, qui soient fondés sur les besoins spécifiques liés à leur croissance et qui prennent en compte le caractère évolutif de leurs capacités, en garantissant la participation des enfants à tous les niveaux de décision eu égard à leur âge et à leur degré de maturité.

Rappelons que l'enfant doit être considéré dans sa globalité, dans le respect de son authenticité et de celle de sa famille, de sa culture et de ses aspirations.

Définitions

Une approche large de la santé mentale

En l'absence de définition précise du terme de « santé mentale », l'ORK propose de retenir une définition proche de celle posée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. ». La santé mentale doit être pensée à l'échelle du jeune, de sa famille, des groupes sociaux et de la population dans son ensemble.

L'ORK considère que la définition de l'OMS permet en effet de considérer des aspects positifs comme la notion de bien-être et de prendre en compte l'influence de facteurs environnementaux et sociaux. Le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité de relation avec le milieu sont autant d'éléments qui permettent d'apprécier l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné.

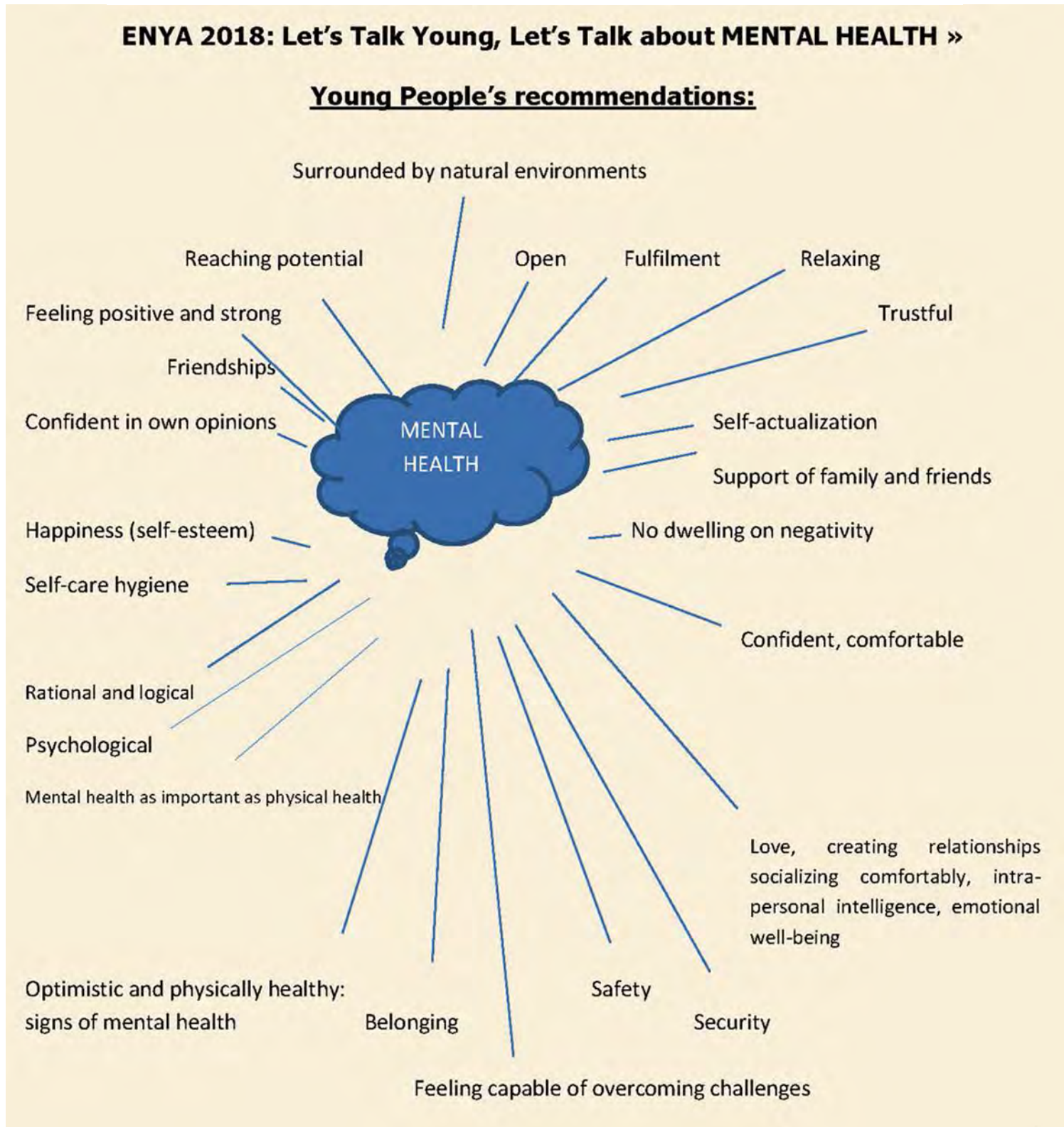
D'après l' « Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale » (AQPAMM), la santé mentale³⁰ est un état de bien-être dans lequel un individu peut réaliser son propre potentiel et faire face aux situations normales de la vie et au stress qu'elles génèrent. Une personne en bonne santé mentale peut notamment contribuer à sa communauté et travailler de façon productive. La santé mentale est donc un état de bien-être physique, mental et social complet et n'est pas simplement l'absence de troubles mentaux.

Un enfant fort est un enfant en bonne santé, ayant une estime de soi saine, capable d'empathie, qui a une confiance en soi forte et un ensemble de compétences psychosociales bien développé. Un être humain qui se sent digne d'amour, qui se fait confiance, qui est capable de définir ses limites personnelles, qui est à l'aise avec d'autres personnes et qui a conscience de sa dépendance et de son interdépendance aux autres êtres humains.

Jesper Juul

³⁰ <https://aqpamm.ca/les-grands-types-de-maladies-mentales/>

Figure 1 Ce qui est nécessaires pour un bonne santé mentale d'après les Young Advisers de l'ENOC – Voir aussi l'annexe 1



Une bonne santé mentale permet aux individus de :

- Réaliser leur plein potentiel ;

- Faire face aux stress de la vie ;
- Travailler de manière productive ;
- Faire des contributions significatives à leurs communautés ;

Plusieurs moyens permettent de maintenir une bonne santé mentale :

- Avoir des liens positifs et significatifs avec d'autres personnes ;
- Être actif physiquement ;
- Aider les autres ;
- Dormir suffisamment ;
- Avoir une alimentation saine ;
- Développer des habiletés d'adaptation et de gestion du stress ;
- Rire ;
- Prendre le temps de faire des activités plaisantes ;
- Obtenir de l'aide professionnelle si nécessaire.

L'AQPAMM précise qu'il est normal que la qualité de notre santé mentale fluctue au cours de la vie. Se sentir plus déprimé en hiver ou être en détresse suite à une rupture amoureuse représentent des fluctuations normales et saines de la santé mentale. Lorsqu'un individu fait face à de telles difficultés ou vit du stress qui surpasse ses capacités d'adaptation, il peut développer un trouble de santé mentale.

La santé mentale est donc le résultat de cet équilibre existant entre le stress – financier, relationnel, professionnel, etc.- vécu par un individu et ses capacités à y faire face.

Les capacités d'adaptation sont déterminées par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent varier dans le temps. Certains troubles de santé mentale sont causés par une plus grande quantité de facteurs biologiques comme la schizophrénie par exemple. Mais la majorité des troubles de santé mentale sont causés par une combinaison des trois types de facteurs qui diminuent les capacités d'adaptation d'un individu lorsque celui-ci vit un moment particulièrement difficile. Le développement d'un problème de santé mentale est donc un malheureux concours de circonstances qui combine des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux à un contexte propice, soit l'augmentation des stress et la diminution des capacités d'adaptation.

Heureusement, il est possible de réduire le stress et de travailler à l'augmentation des capacités d'adaptation pour ainsi permettre à une personne de retrouver une meilleure santé mentale.

Pour l'ORK, la santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique regroupant l'ensemble des modalités de prises en charge de la souffrance psychique. Si le rapprochement est fait avec la souffrance psychique, l'approche retenue ne limite pas la santé mentale à la seule prise en charge de la psychopathologie. A la différence de la psychiatrie, la santé mentale subordonne la psychopathologie comme un de ses domaines de compétences parmi d'autres (vie de famille, éducation, etc.) pour retenir l'articulation entre le sanitaire et le social.

Selon l'ORK, l'expression « santé mentale » sert également de terme global décrivant les services assurés en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux et vient remplacer le terme « psychiatrie » employé auparavant.

L'approche de la santé mentale telle que retenue regroupe les troubles psychiatriques graves et sévères, la détresse psychologique qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles et le registre plus récent de la « santé mentale positive » qui attache une attention

particulière à l'affirmation de l'épanouissement personnel avec la dimension du bien-être qui doit être égal pour tous. On y inclut le terme « trouble mental », tels que les troubles de la personnalité, la santé mentale, et les troubles de l'apprentissage.

Handicap mental et santé mentale

Le handicap mental et les problèmes de santé mentale sont souvent objets de confusion. Néanmoins, ils sont très différents et leurs besoins sont différents. Ils peuvent cependant être complémentaires.

En 2009 l'AFrAHM³¹ a fait une campagne de lutte contre les préjugés « Comprendre la différence entre le handicap mental et les problèmes de santé mentale » et a établi un tableau qui est repris ici.

Handicap mental	Problèmes de santé mentale
Le handicap mental est permanent	Les problèmes de santé mentale sont dans la plupart des cas périodiques
Le développement intellectuel est inférieur à la moyenne	Le développement intellectuel est normal
Le handicap mental apparaît avant 18 ans	Les problèmes de santé mentale apparaissent généralement à l'adolescence et l'âge adulte
Le handicap mental est causé par des facteurs génétiques ou environnementaux (infections, intoxications, traumatismes, ...) avant, pendant ou après la naissance.	Les problèmes de santé mentale peuvent avoir des causes génétiques, mais également sociales et/ou psychologiques (deuil, perte d'emploi, ...). Ils débiteront dans la plupart des cas suite à des difficultés à gérer des sentiments de dépression, d'anxiété et de confusion.
Le handicap mental engendre des difficultés d'apprentissage et de compréhension	Les problèmes de santé mentale engendrent des perturbations dans de nombreuses fonctions comme les sens, la pensée, les sentiments, la volonté, ...
Il existe différents degrés de handicap mental générant différents degrés de besoins de soutien	Il existe une grande diversité de problèmes de santé mentale nécessitant différentes formes de traitement
Les personnes porteuses d'un handicap mental ont besoin d'une éducation, d'une formation et d'un soutien adaptés à leurs besoins afin d'être capables de vivre intégrées dans la société. Elles peuvent faire appel aux services généraux ou à des services spécifiques (dont l'offre va de l'accompagnement à l'hébergement). Elles peuvent avoir besoin de traitements paramédicaux comme la kinésithérapie, la logopédie, ... Les médicaments n'ont pas d'effet sur le handicap mental.	Les personnes ayant des problèmes de santé mentale, considérées comme des patients, ont le plus souvent besoin d'un traitement combinant médication, psychothérapie et assistance sociale. L'hospitalisation est parfois nécessaire. Les groupes d'entraide peuvent être d'un grand soutien.
« Devenir normal » ou « guérir » est impossible. Par contre, poursuivre le développement tout au long de la vie augmente la qualité de vie.	Le retour à la vie normale est possible (après stabilisation ou guérison)

Explication sur la santé mentale que les adultes peuvent donner aux enfants ³²:

Beaucoup de jeunes confondent santé mentale, handicap mental, déficience mentale, maladie mentale et imaginent tous ces termes reliés à la folie. Il semble important de définir avec eux ces

³¹ Association francophone d'aide aux handicapés mentaux

³² <http://www.acsm-ca.qc.ca/assets/bleus-a-moi-d-agir-enseigna.pdf>

différents concepts et d'insister sur le sens de la santé mentale. Une façon simple de leur en parler, c'est de leur présenter la santé mentale comme « la santé de toute leur personne autant dans leur tête, dans leur cœur que dans leur corps.

Penser à sa santé mentale ce serait par exemple :

- gérer son stress
- faire du sport
- soigner sa grippe
- communiquer avec les autres
- apprendre quelque chose de nouveau.

Les textes internationaux

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE)³³ de 1989 reconnaît un « droit à la santé ».

L'article 24 de la CIDE dispose que « les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ». Le même article précise que les états doivent prendre des mesures appropriées pour :

- Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;
- Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;
- Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;
- Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;
- Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;
- Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

La CIDE établit donc que tout enfant doit bénéficier d'un accès équitable à des services de santé de qualité. Ce principe s'applique à la prévention, la promotion, à la protection et à la prestation de services, avec l'implication active des enfants.

Ce droit de l'enfant et de l'adolescent à la santé est donc subordonné à la réalisation de tous les autres droits consacrés par la Convention.

Ainsi le préambule établit que l'enfant a droit à une aide et une assistance spéciales, et qu'un enfant qui vit dans des conditions difficiles a besoin d'une attention particulière.

³³ Annexe du présent rapport

«L'Intérêt Supérieur de l'Enfant», énoncé à l'article 3, doit être une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants. Lors de cette évaluation, tous les droits et intérêts doivent être pris en considération. Les droits et intérêts qui pourraient entrer en conflit, doivent être soigneusement mis en balance afin de déterminer dans chaque cas quel est l'Intérêt Supérieur de l'Enfant.

L'article 2 énonce que les droits des enfants doivent être garantis sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.

L'article 12 établit que l'enfant qui est capable de discernement a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et son degré de maturité.

« Dans le domaine de la santé, ce principe revêt deux dimensions :

- Quand, selon la loi, un enfant est apte à consentir à une intervention, cette dernière ne peut être effectuée qu'après qu'il y a donné son consentement libre et éclairé. Si la loi ne confère pas à l'enfant la capacité de consentir à une intervention, son avis est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité. L'enfant devrait recevoir une information adéquate au préalable.
- L'enfant devrait être considéré comme un membre actif de la société et non pas comme un sujet passif soumis à la décision des adultes. Cela suppose de veiller, en tenant compte de l'âge et du degré de maturité de l'enfant, à l'informer, à le consulter et à lui donner la possibilité de participer aux processus de décision sociaux portant sur les questions relatives aux soins de santé, y compris l'évaluation, la planification et l'amélioration des services de santé. »³⁴

Le guide de 2005 de l'OMS

En 2005 l'OMS a publié sous le titre « Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent » un Guide des politiques et des services de santé mentale.

Les étapes nécessaires proposées étaient :

- Collecter les informations et les données nécessaires à l'élaboration de la politique

		Table des Matières
Préface		viii
Sommaire		xi
Objectifs et audience cible		1
1. Contexte de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent		1
1.1 Introduction		5
1.2 Stigmates et discrimination		6
1.3 Apparition des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents		9
1.4 Facteurs de risque et de protection		11
1.5 Importance des étapes de l'évolution de la maladie		12
1.6 Coûts économiques de traitement (ou non traitement) des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent		15
2. Elaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent		15
2.1 Etape 1 : Collecter les informations et les données en vue de l'élaboration de la politique		16
2.2 Etape 2 : Rassembler les faits observés en vue de stratégies efficaces		22
2.3 Etape 3 : Engager les consultations et les négociations		24
2.4 Etape 4 : Prendre contact avec d'autres pays		28
2.5 Etape 5 : Définir la vision, les valeurs, les principes et les objectifs de la politique		28
2.6 Etape 6 : Désigner les zones d'action		31
2.7 Etape 7 : Identifier les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires		57
2.8 Etape 8 : Présenter des exemples de politiques.		57
3. Elaboration d'un plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent		63
3.1 Etape 1 : Déterminer les stratégies et fixer les délais		63
3.2 Etape 2 : Définir les indicateurs et les objectifs		75
3.3 Etape 3 : Indiquer les activités principales		75
3.4 Fixer les coûts, les ressources disponibles et le budget.		80
4. Mise en œuvre de la politique et des plans de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.		84
4.1 Etape 1 : Diffuser la politique		84
4.2 Etape 2 : Mobiliser le soutien du pouvoir politique et le financement		86
4.3 Etape 3 : Mettre sur pied une structure de soutien.		87
4.4 Etape 4 : Créer des projets pilotes dans les zones d'expérimentation		88
4.5 Etape 5 : Rendre responsables les prestataires et maximiser la coordination.		89
Obstacles et solutions		92
Glossaire		93
Références		95

³⁴ Page 8 Les soins de santé adaptés aux enfants - Conseil de l'Europe »

- Rassembler les faits observés en vue de l'élaboration de stratégies efficaces
- Engager des consultations et des négociations
- Contacter d'autres pays
- Définir une vision globale, des valeurs, des principes et des objectifs de la politique
- Désigner les domaines d'action
- Identifier les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires

Pour l'élaboration d'un plan, il est proposé de :

- Déterminer les stratégies et délais
- Indicateurs et buts
- Indiquer les activités principales
- Préciser les coûts, identifier les ressources disponibles et élaborer le budget

En ce qui concerne la mise en œuvre, il s'agit de :

- Diffuser la politique
- Mobiliser l'appui des pouvoirs politiques et un financement
- Mettre sur pied une stratégie de soutien
- Créer des projets pilotes dans les zones d'expérimentation
- Responsabiliser les prestataires de services et optimiser la coordination

Les lignes directrices sur les soins de santé adaptés aux enfants du Conseil de l'Europe

Ces lignes directrices qui ont été adoptées par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, le 21 septembre 2011³⁵ doivent servir d'outil pratique aux gouvernements et leur proposent une approche intégrée de développement de l'ensemble des activités relatives à la santé de l'enfant.

Le premier chapitre précise l'objet et le but du document :

« 1. Les lignes directrices pour des soins de santé adaptés aux enfants proposent une approche intégrée du développement de l'ensemble des activités relatives à la santé de l'enfant.

2. Cette approche place les droits des enfants, leurs besoins et leurs ressources au centre des activités de santé, en tenant compte de leur milieu familial et social. Elle promeut des politiques visant à fournir des services orientés vers les enfants, qui soient fondés sur les besoins spécifiques liés à leur croissance et qui prennent en compte le caractère évolutif de leurs capacités, en garantissant la participation des enfants à tous les niveaux de décision eu égard à leur âge et à leur degré de maturité. »

Le 4^{ème} chapitre sur l' « Application et avantages de la démarche de soins » stipule :

« Le principal intérêt de la démarche de soins de santé adaptés aux enfants est d'entraîner une harmonisation et une synergie entre toutes les parties prenantes – services gouvernementaux, organisations ou corps professionnels, enfants et familles – de façon à mettre en place un système intégré leur permettant de travailler ensemble pour planifier les futurs services destinés aux enfants et pour assurer les services existants et les améliorer. Les applications et les avantages de la démarche de soins de santé adaptés aux enfants peuvent être illustrés par les trois exemples ci-

³⁵ <https://rm.coe.int/1680472b91>

dessous, correspondant à trois perspectives : celle des enfants et des familles, celle des prestataires de services et celle des responsables de l'élaboration des politiques et de la planification.

Cette démarche de soins de santé adaptés aux enfants apporte les avantages suivants aux enfants et aux familles :

- i. ils disposent d'une gamme complète de services de promotion et de protection de leur santé, associés à des services accessibles au moment opportun et à un coût raisonnable en cas de problèmes ;
- ii. lorsqu'ils font appel aux services, toutes les composantes requises pour atteindre un bon résultat sont en place et collaborent de façon satisfaisante ;
- iii. ils peuvent participer aux décisions qui les concernent et sont encouragés à rendre compte de leur expérience des services. »

Pour les «Prestataires de service», le document conseille :

« Les services sont organisés en parcours : quatre composantes sont communes aux trois stades (initial, cyclique et de transition) d'un parcours de soins pour une pathologie de longue durée : la prévention, le diagnostic, l'évaluation et les interventions. Chaque composante devrait :

- i. être étayée par les données les plus probantes possibles ;
- ii. être assurée par des praticiens compétents ;
- iii. être assurée selon les bonnes modalités, au bon endroit, au bon moment.

La mise en œuvre de la démarche nécessite d'appliquer des lignes directrices à l'intention des professionnels de santé et des familles, faciles d'utilisation et fondées sur des données probantes, et de rendre ces données facilement accessibles afin de faire coïncider les attentes cliniques des patients et celles des soignants. Pour entretenir les compétences des personnes qui travaillent auprès des enfants et des familles, il convient de leur dispenser une formation initiale aux « soins de santé adaptés aux enfants » et de leur apporter un soutien pour les aider à mettre en place des dispositifs innovants afin de créer des soins de santé adaptés aux enfants, en récompensant leurs efforts dans ce sens. De même, il est indispensable, pour obtenir de bons résultats, d'aider les enfants à devenir des « patients avertis ».

Les soins devraient être aisément accessibles à la population. Dans la mesure du possible, les soins devraient être assurés à proximité du domicile de l'enfant ou d'un environnement qui lui est familier (par exemple la crèche ou l'école), où il se sent à l'aise et où les soins peuvent être apportés en partenariat avec les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant. Si les soins devaient être pratiqués à l'hôpital, l'environnement devrait être adapté aux besoins des enfants.

Les soins de santé adaptés aux enfants sont conçus comme un « système d'apprentissage intégré » : la démarche de soins de santé adaptés aux enfants intègre le but et les principes du système dans une approche pratique fondée sur des parcours, qui tend constamment vers la qualité et l'amélioration des services. Trois facteurs sont essentiels pour instaurer ce cercle vertueux d'amélioration qualitative et d'apprentissage permanents :

- i. un objectif et des principes clairs ;
- ii. un cadre de prestations organisé en parcours ;
- iii. un système favorisant l'innovation, l'apprentissage et l'amélioration. »

La mise en œuvre de la démarche requiert que tous les organismes, organisations et corps professionnels contribuant aux services destinés aux enfants et aux familles adoptent et, le cas échéant, adaptent cette approche. Il importe en particulier de parvenir à une concordance et à une synergie :

- i. entre les responsables de l'élaboration des politiques dans les différents secteurs ;
- ii. entre les instances chargées de faire exécuter les services, les prestataires et les organismes de réglementation ;
- iii. entre les organisations de santé, d'éducation et de protection sociale.

Il est indispensable d'intégrer une culture de l'apprentissage et de l'amélioration dans la prestation de services. Chaque organisme devrait aborder dans le même esprit le choix d'interventions fondées sur des données probantes, la fixation des priorités, le maintien des compétences du personnel, le travail en équipe et l'amélioration permanente de la qualité.

Le fait de veiller à ce qu'un enfant se sente en sécurité et à l'aise devrait faire partie de la démarche thérapeutique. Pour cela, le personnel devrait être « adapté aux enfants » et compétent des points de vue culturel et médical. Les soins devraient être dispensés dans un environnement « adapté aux enfants » et, si nécessaire, séparé des services pour adultes. La peur, la gêne et la douleur devraient être décelées, évaluées et traitées dans le cadre d'interventions adaptées à l'âge de l'enfant. »³⁶

OMS Plan d'Action pour la santé mentale 2013-2020

Ce plan d'action³⁷ repose sur six approches et principes transversaux:

1. **Couverture sanitaire universelle** : indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur situation socio-économique, de leur race, de leur appartenance ethnique ou de leur orientation sexuelle, et selon le principe d'équité, les personnes souffrant de troubles mentaux devraient avoir accès, sans risquer de s'appauvrir, à des services sanitaires et sociaux essentiels leur permettant de guérir et de jouir du meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre.
2. **Droits de l'homme**: les stratégies, les mesures et les interventions de traitement, de prévention et de promotion appliquées dans le domaine de la santé mentale doivent être conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et aux autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.
3. **Pratiques fondées sur des données factuelles**: les stratégies et les interventions de traitement, de prévention et de promotion appliquées dans le domaine de la santé mentale doivent se fonder sur des données scientifiques et/ou sur les meilleures pratiques, et tenir compte des considérations culturelles.
4. **Approche portant sur toute la durée de la vie** : les politiques, les plans et les services de santé mentale doivent tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à tous les stades de la vie - petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte et vieillesse.
5. **Approche multisectorielle**: une approche globale et coordonnée de la santé mentale suppose un partenariat avec de multiples secteurs publics comme ceux de la santé, de

³⁶ Les lignes directrices sur les soins de santé adaptés aux enfants du Conseil de l'Europe, 2011

³⁷ Organisation mondiale de la Santé : Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020

l'éducation, de l'emploi, de la justice, du logement, de l'action sociale et avec d'autres secteurs concernés, ainsi qu'avec le secteur privé, en fonction de la situation du pays.

6. **Autonomisation des personnes** : les personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux devraient se voir donner les moyens de participer aux actions de sensibilisation, aux politiques, à la planification, à la législation, à la prestation des services, à la surveillance, à la recherche et à l'évaluation dans le domaine de la santé mentale.

ADOCARE³⁸

Le Réseau européen de maisons pour adolescents, «*Action for Teens*», a été lancé le 28 mai 2009 dans le but de rassembler les principaux acteurs spécialisés de différents pays dans le domaine de la santé mentale à l'adolescence et de créer des structures d'accueil pour les adolescents en détresse.

Action for Teens veut promouvoir le concept des maisons pour adolescents³⁹ et stimuler, à travers son réseau, la création de plusieurs maisons pour adolescents dans chaque pays européen.

En décembre 2013, *Action for Teens*, en consortium avec l'Université Catholique de Louvain a été chargé par la Commission Européenne de mettre en place dans le cadre d'un contrat de service, dénommé ADOCARE, un réseau communautaire élargi d'expertise pour promouvoir et soutenir la création de structures de soins innovantes pour les adolescents souffrant de troubles mentaux.

La mission globale du projet ADOCARE consistait à améliorer les soins psychiatriques pour adolescents dans les Etats membres de l'Union en :

- Collectant l'information la plus récente et la plus pertinente ainsi que des idées et concepts innovants en matière d'AMHC⁴⁰.
- Evaluant la disponibilité et la qualité des services d'AMHC dans dix Etats membres participants.
- Formulant des directives et recommandations pour les gouvernements et les services en vue d'améliorer les services d'AMHC.
- Etablissant un réseau innovant, intersectoriel et collaboratif d'experts européens dans le domaine de l'AMHC.
- Stimulant la sensibilisation et en encourageant les pays à améliorer ou à mettre sur pied les services d'AMHC.

Les auteurs du rapport⁴¹ ADOCARE ont développé avec les acteurs de terrain une liste d'indicateurs pour évaluer la qualité de l'aide et des soins aux jeunes.

³⁸ ADOCARE: contrat de service avec la Commission européenne en vue de mettre en œuvre une action préparatoire liée à la création d'un réseau européen d'experts en soins adaptés aux adolescents souffrant de troubles psychiatriques, contrat de service SANCO/2013/C1/005 - S12.668919.

³⁹ Pour plus d'information voir « La maison de Solenn » à Paris www.mda.aphp.fr/ ou l'Association nationale des Maisons des Adolescents <http://www.anmda.fr/>

⁴⁰ AMHC = Adolescent Mental Health Care = Soins de santé mentale pour adolescents

⁴¹ Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe : situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE, Bruxelles, décembre 2015

Indicateurs de qualité structurels	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le service est accessible: les adolescents ont accès à des soins psychiatriques, en temps utile, quel que soit leur revenu, leur emplacement physique et leur origine culturelle. ○ Il n'y a pas de listes d'attente ; le service est abordable et d'accès aisé. ○ Les ressources sont utilisées efficacement en termes de coûts. ○ Les services sont durables en termes d'installations, de main d'œuvre et d'équipement. ○ Les professionnels sont aptes et compétents et suivent des formations sur des sujets liés aux adolescents de manière régulière. ○ Le service dispose d'un plan d'amélioration qui est mis en œuvre et les progrès réalisés font l'objet d'un suivi. ○ Les exigences structurelles sont mises en œuvre pour préserver la dignité et les besoins fondamentaux des patients.
Indicateurs de qualité liés au processus	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les soins dispensés sont appropriés dans le sens où les interventions sont adaptées aux besoins des adolescents et sont basés sur les normes établies. ○ Le recours à des interventions psychosociales, médicales et autres est équilibré. ○ Il y a une continuité et une coordination des soins (c'est-à-dire qu'ils sont ininterrompus, coordonnés entre les programmes, praticiens, organisations et niveaux dans le temps). ○ Il y a une collaboration avec d'autres services afin de procurer des soins intégrés. ○ Les services sont capables d'être innovants. ○ Les professionnels ont une attitude positive vis-à-vis des adolescents. Ils agissent de manière respectueuse, honnête, sont attentionnés, amicaux et dignes de confiance. ○ Les services et les professionnels appliquent les principes de la prise de décision partagée dans leur pratique. ○ Les services et les professionnels responsabilisent les adolescents en leur apprenant comment affronter leurs problèmes et en les encourageant à recourir à une aide s'ils sont encore confrontés à des problèmes dans le futur. ○ Les services appliquent les principes éthiques et respectent les droits humains des adolescents
Indicateurs de qualité liés au résultat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le traitement dispensé a un impact positif sur les symptômes des adolescents, sur leur vie de tous les jours (c'est-à-dire leurs journées à l'école, le fait de rentrer avant minuit, leur comportement agressif, etc.) et sur leur qualité de vie. ○ Les effets positifs résultant du traitement sont préservés à terme (c'est-à-dire après un an). ○ Les résultats souhaités sont obtenus dans un délai raisonnable. ○ Le niveau de décrochage est réduit à un minimum. ○ Les professionnels sont satisfaits de leur travail. La rotation du personnel est faible, le nombre de jours de maladie parmi les professionnels est faible et l'incidence du burn-out également.

Les lignes directrices et les recommandations élaborées par le projet ADOCARE s'adressent aux décideurs politiques (niveau macro), aux services (niveau meso) et aux professionnels (niveau micro) qui sont appelés à réunir leurs efforts en vue d'améliorer l'AMHC dans leur pays.

Sont visés les jeunes de 12 à 24 ans. Les groupes suivants ont été consultés à différentes reprises de manières différenciées: décideurs politiques, professionnels et experts dans le domaine de l'AMHC, les adolescents et les jeunes ainsi que leurs familles et les organisations qui représentent cette catégorie d'âge et leurs familles.

Les recommandations d'Adocare s'articulent autour de 10 domaines :

1. Disponibilité des services
2. Qualité des services
3. Accessibilité des services aux jeunes
4. Traitement personnalisé
5. Soins intégrés
6. Transition des adolescents des services vers les services adultes
7. Formation des professionnels
8. Prévention et promotion de la santé mentale
9. Cadres politiques et juridiques
10. Recherches

Pour chaque domaine, des recommandations sont formulées au niveau de la politique, des services et des professionnels de terrain qui travaillent au contact des jeunes. Nous ne pouvons que recommander à tous ces acteurs de lire et d'étudier le rapport d'ADOCARE dans son intégralité.

Nous nous limiterons ici aux recommandations des points 5 et 6, à la question des soins intégrés et à la problématique de la transition des jeunes des services d'AHMD vers les services adultes. En effet, ces deux aspects nous paraissent particulièrement pertinents quant à la situation au Luxembourg.

Pour une **intégration des soins**, il est recommandé aux gouvernements de créer un cadre commun couvrant tous les secteurs.

Actions proposées au niveau macro:

- Les alliances stratégiques et les réseaux de soins sont organisés au niveau local. Le but est de relier différents niveaux de spécialisation (comme les services de soins primaires, secondaires et tertiaires) ainsi que des niveaux de soins similaires entre les secteurs (comme le logement, l'emploi, la justice, etc.).
- Des comités locaux sont créés en vue d'orienter la mise en réseau entre les services.
- Si des professionnels intervenant dans le traitement d'adolescents collaborent entre les secteurs, il devrait y avoir un incitant financier. Pour encourager la collaboration, il conviendrait d'en mettre en exergue les avantages, ou encore d'encourager la mobilité professionnelle entre les secteurs.
- L'information sur les initiatives existantes est disponible sur un site Internet centralisé.

Actions proposées au niveau meso:

- Le travail en équipe pluridisciplinaire est la norme, le praticien généraliste est inclus en tant que membre de l'équipe.
- Un planning de soins conjoint est initié. L'équipe de professionnels partage un plan de soins commun et se sent solidairement responsable de sa mise en œuvre.
- Des lieux sont mis à disposition pour la discussion et l'interaction intersectorielle.
- La gestion des soins intensifs est mise en place. L'un des professionnels est désigné et assume la responsabilité finale pour chaque dossier.
- Des conventions consensuelles sont rédigées et décrivent les rôles et la responsabilité de chaque partenaire et renvoient aux procédures et aux règles à respecter s'il est mis fin au traitement ou en cas de transition ou de conflit.
- Une infrastructure commune est créée pour la collecte et le partage des informations concernant les patients entre les différents prestataires de soins au sein des secteurs ou entre ceux-ci.
- Une formation commune est organisée pour les professionnels de différents secteurs. Ainsi, les compétences sont transdisciplinaires.

En ce qui concerne **la transition des adolescents** des services d'AMHC vers des services pour adultes, il est recommandé aux Gouvernements, aux services et aux professionnels d'améliorer cette transition.

Actions proposées au niveau macro:

- Les projets politiques comportent des stratégies en vue d'améliorer les soins au moment de la transition. Dans le contexte du projet Milestone⁴², des lignes

⁴² Dans le cadre du projet Milestone, de nouveaux modèles de soins transitoires pour les services de l'UE ont été développés et testés. Plus spécifiquement, des mesures de résultats spécifiques à la transition sont

directrices sont formulées en vue d'aider les décideurs politiques à prendre des décisions informées et fondées sur des éléments probants pour améliorer les systèmes sanitaires.

- Les services locaux de soins de santé mentale pour adolescents et pour adultes ainsi que les services bénévoles sont régulièrement cartographiés et actualisés (en ce qui concerne la portée de leur action, les réseaux de communication et les contacts importants).
- Les professionnels de la santé mentale sont formés quant aux manières d'optimiser la transition des soins. Ces formations doivent aborder les attitudes négatives par rapport aux renvois vers d'autres services, améliorer la connaissance de ces autres services et améliorer l'efficacité et les aptitudes propres. De manière similaire, dans le contexte du projet Milestone, des modules de formation pour les cliniciens de l'ensemble de l'Union européenne sont en préparation et seront diffusés.

Actions proposées au niveau meso:

- Les services formulent et mettent en œuvre des protocoles en vue d'améliorer les soins au moment de la transition, conformément aux besoins des adolescents. Dans le cadre de ce protocole, le cadre temporel ainsi que les responsabilités de chacun sont bien définis. Un plan de backup est aussi prévu si les services de soins de santé mentale pour adultes s'avèrent incapables d'accepter le transfert.
- Les services sont flexibles par rapport à l'âge des clients. Les adolescents qui ne sont pas prêts pour la transition vers un service pour adultes continuent à être soignés dans un service pour adolescents.
- Les services essaient d'éviter des transitions multiples simultanées, car un seul transfert requiert déjà beaucoup de travail préparatoire.
- Le service pour adolescents et le service pour adultes gèrent la transition ensemble pendant un certain temps.
- La participation active du service pour adultes est requise avant que le service pour adolescents ne puisse autoriser la sortie d'un patient.
- Les services de soins de santé mentale pour adolescents et pour adultes utilisent un système d'enregistrement standardisé et transmettent toute la correspondance et les informations de contact.
- La transition vers les services pour adultes est un indicateur de qualité important lorsque l'on évalue les soins.

Actions proposées au niveau micro:

- Les adolescents sont bien préparés par les professionnels dans les semaines qui précèdent la transition. De plus, la transition s'opère lorsque l'état de l'adolescent est stable.

Dans le chapitre traitant de la prise charge des enfants et des ados ayant un problème de santé mentale, nous reviendrons sur les recommandations d'ADOCARE.

développées et validées, des directives pour améliorer les soins et les résultats sont créées, et des modules de formation pour des cliniciens à travers l'UE sont développés et mis en œuvre.

Les stratégies nationales

Dans ce chapitre, nous présentons les textes programmatiques et stratégiques qui touchent de près ou de loin les questions de santé mentale. On constate que pendant la dernière décennie, le gouvernement a publié pour des thématiques diverses des plans nationaux ou d'autres textes stratégiques qui ont été élaborés par des commissions interministérielles avec le concours des prestataires de services, des acteurs de terrain et des organisations de personnes concernées.

Les travaux de préparation et de rédaction permettent d'établir un état des lieux et de formuler des recommandations pour l'avenir. Comme celles-ci sont le fruit d'une concertation interministérielle et d'une collaboration multi-professionnelle, elles devraient être à l'abri des échéances électorales et des revirements politiques qui en découlent.

Un plan national analysera les objectifs et les priorités du pays par rapport aux différents secteurs et acteurs concernés, tout en répondant à des besoins nationaux bien identifiés. Il proposera et justifiera un plan global dans lequel le rôle des différents secteurs et acteurs peut être replacé dans son contexte.

Un tel document politique bien documenté et motivé revêt une importance capitale pour un pays dans l'allocation de ses ressources rares. Il relie la portée et le calendrier des projets aux ressources disponibles et aux avantages qui en découleront. Cela permet de prendre des décisions réalistes et réalisables.

Dans le domaine socio-éducatif et sanitaire qui s'est beaucoup développé, parfois de façon très peu coordonnée voire même de façon chaotique, les différents plans nationaux devront contribuer à apporter une plus grande cohérence et une meilleure collaboration entre acteurs aux niveaux des politiques, des collaborations et des pratiques.

Rapport de recommandations - Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg 2010

En date du 23 juillet 2010, le Centre de Recherche Public (CRP Santé) et le Ministère de la Santé ont publié un « Rapport de recommandations pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg ». ⁴³

Il s'agit du résultat des réflexions entreprises depuis la réforme de la psychiatrie ⁴⁴, en interpellant aussi bien les services médicaux et thérapeutiques que psychologiques, éducatifs, sociaux ou judiciaires. La première étape, réalisée en 2008, a consisté en un état des lieux de la situation nationale afin d'identifier les réseaux de prise en charge existants, leurs modalités de fonctionnement et les besoins ressentis par les familles et les professionnels. En 2009, un processus de consultation nationale s'est mis en place, rassemblant plus de 80 personnes clés de tous les secteurs concernés.

⁴³ Rapport de recommandations - Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg 2010 – Dans la suite du présent rapport il sera fait mention du Rapport de recommandations comme « Rapport de Recommandations 2010 »

⁴⁴ Cf rapport Haefner en 1992 et Rössler en 2005 : déshospitalisation, décentralisation, développement d'une offre en réhabilitation psychiatrique spécifique, le développement d'une offre pour adolescents, le développement de filières par région et le développement de structures d'accueil, tels étaient les enjeux qui émergeaient.

Il est retenu dans l'introduction de ce rapport qu' « améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes constitue un défi pour les pays européens, le développement et la coordination de la prise en charge (médicale, thérapeutique et psychosociale) étant une priorité. Il s'agit autant d'offrir les conditions d'un développement harmonieux de l'enfant, de prévenir son mal-être, de promouvoir sa santé mentale que de prendre en charge les troubles déjà existants. Les niveaux d'intervention sont pluriels, nécessitant une approche holistique et spécifique, une concertation et une multidisciplinarité réelles. (...) Pour un pays, prendre soin de la santé mentale de ses habitants revient à prendre en compte les multiples facteurs qui influencent la santé et à élaborer des politiques globales d'intérêt public en considération de leurs effets sur la santé des populations. Promouvoir la santé mentale, prévenir et prendre en charge la souffrance psychologique recouvrent autant de domaines qui doivent être incorporés dans une stratégie globale de santé mentale en faveur des enfants et des jeunes au Luxembourg. »⁴⁵

« Une stratégie globale sous-entend la promotion d'une collaboration étroite entre les différents secteurs concernés tels que la santé, l'éducation, les affaires sociales, la justice, la police, l'aménagement du territoire, le logement, la culture, le travail et d'autres services pour :

- assurer une démarche cohérente et complémentaire,
- encourager un continuum de soins,
- agir en commun contre les facteurs de risque et en faveur des facteurs de protection,
- augmenter l'utilité et l'efficacité des services en réduisant les chevauchements et en stimulant la synergie entre les secteurs
- accentuer la prise de conscience des différents secteurs de leur rôle dans la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale »⁴⁶.

La question qui se posait à ce moment au Luxembourg était de savoir « Comment développer la promotion de la santé mentale et la prise en charge de la santé mentale des enfants et des jeunes pour leur permettre de devenir des adultes en bonne santé? »

En conclusion, le rapport constatait que « la situation nationale montre un système cloisonné par secteur et carencé pour un certain nombre d'éléments fondamentaux qui doivent présider toutes les prises en charge. La promotion et la prévention sont déficitaires. Le pays investit dans une offre de services qui ne repose pas sur une évaluation des besoins en santé mentale des enfants, des jeunes et des familles. L'état des lieux a mis en évidence un paysage opaque : il est difficile pour un professionnel de s'orienter, ce qui est encore plus vrai pour un parent qui devrait se voir proposer une prise en charge globale, continue et cohérente. A partir de ces éléments, le travail des participants aux différents ateliers a été de proposer des possibilités d'amélioration du système existant. »

53 recommandations furent formulées et s'articulent :

- au niveau de la gouvernance nationale, avec la nécessité de mettre en place des instances permanentes de réflexion et de propositions

⁴⁵ Rapport de recommandations - Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg 2010 page 11

⁴⁶ Rapport de recommandations - Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg 2010 page 30

- au niveau de l'identification et de la prise en charge précoce de troubles, avec une redéfinition des missions pour un travail de proximité et un maintien des enfants dans leurs lieux de vie
- au niveau professionnel, par la volonté de renforcer la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, la formation des professionnels et le développement d'outils adéquats

Les 5 priorités retenues :

1. la création d'organes permanents de concertation : le comité interministériel « Bien-être et Santé mentale des enfants et des jeunes » et la Plate-forme « Santé mentale des enfants et des jeunes »
2. la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique
3. un système d'information sur l'offre de services
4. le screening et l'évaluation pluri professionnelle
5. une offre de services de proximité.

Presque toutes les personnes que l'ORK a rencontré pour préparer le présent rapport s'accordent pour constater que le Rapport de Recommandation de 2010 est un document précieux qui, partant des constats du moment, dessine dans ses recommandations les grandes lignes des mesures à prendre pour améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes. En soulignant bien l'aspect spécifique et multifactoriel du bien-être et de la souffrance psychique des enfants, des jeunes et de leur famille, le rapport plaide pour une concertation interdisciplinaire de tous les acteurs des secteurs impliqués, qu'ils soient médicaux, thérapeutiques, psychologiques, éducatifs, sociaux ou judiciaires.

L'ORK regrette que ce précieux travail n'ait, à ce jour, pas été finalisé sous forme d'un vrai plan national qui opérationnaliserait plus en détail les propositions en spécifiant les acteurs responsables des différentes actions à entreprendre qui s'inscriraient dans un calendrier précis.

Il faut regretter que ce rapport n'ait pas eu de suite et n'ait pas abouti en un plan national de la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles. Pourtant, dans ce rapport, les auteurs ont bien déblayé le terrain révélant les pistes à poursuivre pour arriver à un plan proposant des actions concrètes et désignant les acteurs responsables pour sa mise œuvre.

Si le Rapport de Recommandation de 2010 reste le seul document stratégique traitant des questions de santé mentale des enfants et des jeunes au sens stricte, plusieurs autres nationaux ont un impact bébésique sur la santé mentale des enfants et des jeunes . Si l'élaboration d'un plan national concernant la consommation d'alcool semble difficile à réaliser, d'autres plans nationaux ont pu aboutir. Nous les présentons ici brièvement, tout en donnant un peu plus de place au Plan Prévention du Suicide, qui est au cœur des questions de santé mentale.

5e Conférence Nationale de Santé - Mondorf-les-Bains 19.05.2010 «Vers un Plan national Alcool»

En 2010 à Mondorf, la 5e édition de la conférence nationale de la santé a abordé l'ébauche d'un plan national alcool. En Europe, les Luxembourgeois sont avec les tchèques les plus gros consommateurs de boissons alcoolisées, allant jusqu'à boire 15 à 18 litres par an et par habitant. De plus, le taux de mortalité lié à l'alcool y est de 25 % supérieur à la moyenne établie dans l'UE. Suite à la Conférence

Nationale Santé 2010 et aux travaux du groupe alcool (coordonnés par le CePT⁴⁷, de 2004 à 2010), le ministère de la Santé a mis en place un groupe de travail multidisciplinaire pour élaborer un Plan National Alcool. Dans ce cadre, le CePT coordonnait le volet de la prévention.

Un premier dossier de travail a été élaboré et le groupe de travail est mentionné chaque année dans les rapports d'activités de CEPT. Par contre on attend toujours le Plan national Alcool.

Dans le rapport d'activité 2017 du Centre de Prévention des Toxicomanies, le groupe de travail « Plan d'Action Luxembourgeois contre le Mésusage de l'Alcool » est mentionné lors d'une réunion de concertation qui a eu lieu au ministère de la Santé en vue de lancer une campagne pour sensibiliser les jeunes face à la consommation excessive d'alcool.

Plan d'action national « Santé affective et sexuelle » 2013-2016

A partir de 2011, est créé un groupe de travail interministériel, regroupant les ministères de l'Education nationale et de la Formation Professionnelle, de l'Egalité des Chances, de la Famille et de l'Intégration, ainsi que de la Santé. Sa mission consiste à élaborer ensemble une stratégie nationale de promotion et d'éducation de la santé affective et sexuelle ainsi qu'un plan d'action comprenant, d'une manière cohérente et complémentaire, les différentes actions politiques concrètes de chaque département ministériel.

Les cinq axes d'interventions retenus sont : 1. Bonne gouvernance 2. Information, sensibilisation et éducation en matière de santé affective et sexuelle 3. Amélioration des compétences 4. Accès pour tous : diversification et durabilité de l'offre 5. Evaluation.

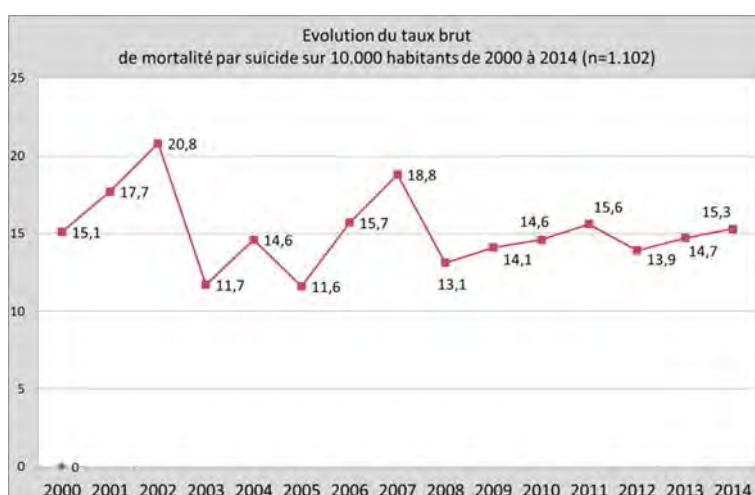
Pour chaque action politique, il est précisé quel ministère est responsable pour la mise en œuvre, quels sont les autres acteurs publics impliqués, quelle est la période de la mise en œuvre et quel est le public cible.

Plan national Prévention du suicide 2015-2019

Le « Plan National de Prévention du Suicide au Luxembourg »⁴⁸ (PNPSL), lancé en juillet 2015, a pour but de combattre les causes et les conséquences du suicide afin de réduire les tentatives de suicide et le nombre de décès par suicide au Luxembourg. Le PNPSL a été élaboré en étroite collaboration avec le « Service d'Information et de Prévention » de la « Ligue d'Hygiène Mentale ».

Au Luxembourg, le nombre de suicides est estimé à :

- 1.017 pour la période de 2000 à 2013,



⁴⁷ Centre de Prévention des Toxicomanies

⁴⁸ <http://sante.public.lu/fr/politique-sante/plans-action/plan-prevention-suicide/index.html>

- 85 cas probables pour l'année 2014.

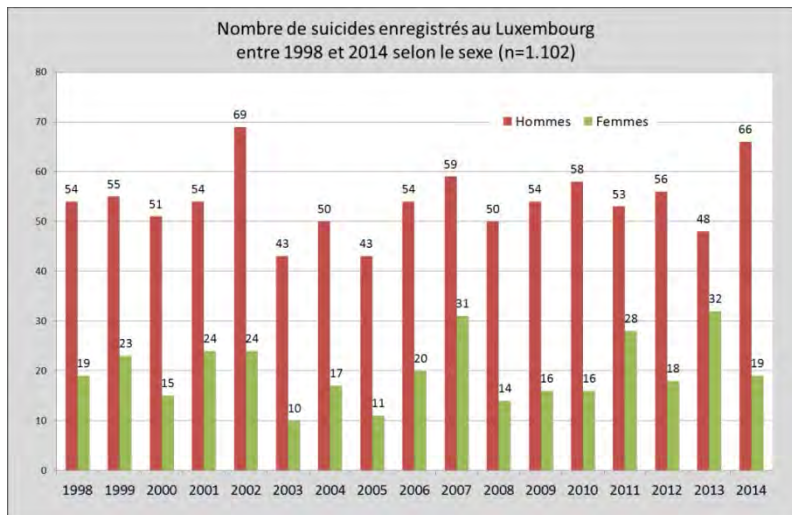
Avec un taux de suicide standardisé selon l'âge de 8,7 par 100.000 pour l'année 2012, le Grand-Duché se situe en dessous de la moyenne européenne.

Le nombre de suicides dans l'Union Européenne des 28 s'élevait à 61.929 pour l'année 2012, ce qui correspond à un taux standardisé de mortalité par suicides de 12 par 100.000 habitants.

Les données épidémiologiques sur le suicide au Luxembourg font émerger plusieurs constats :

- Près d'1 décès sur 50 est un suicide.
- Le suicide touche davantage les hommes que les femmes: 66 hommes contre 19 femmes en 2014.

L'ampleur du problème est encore plus importante lorsque l'on sait que le taux de tentatives de suicide est de 10 à 20 fois plus élevé que celui des suicides accomplis. S'y ajoute l'impact considérable d'un suicide, au-delà de la personne concernée, sur la vie et la santé mentale des proches et de la communauté en général.



Les décès prématurés par suicide ont des conséquences incommensurables. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque suicide a un impact sérieux sur au moins six personnes de l'entourage, générant des problèmes psychologiques, sociaux et financiers.

Le suicide est le résultat d'interactions complexes entre

différents facteurs de risque et de protection. Néanmoins, tout suicide est évitable et des moyens de réduire de manière significative le nombre de décès par suicide existent.

La lutte contre le suicide relève d'une politique de prévention active, d'une approche multisectorielle (« Health in all Policies ») en s'attaquant aux facteurs de risque à différents niveaux :

- éducation des enfants et des jeunes,
 - recherche de traitements efficaces des troubles mentaux,
 - intervention environnementale et analyse des facteurs de risque
- Le Plan National de Prévention du Suicide est inspiré du modèle australien "Living Is For Everyone (LIFE)". Il est basé sur des preuves scientifiques et a été appliqué dans de nombreux pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Écosse, etc.

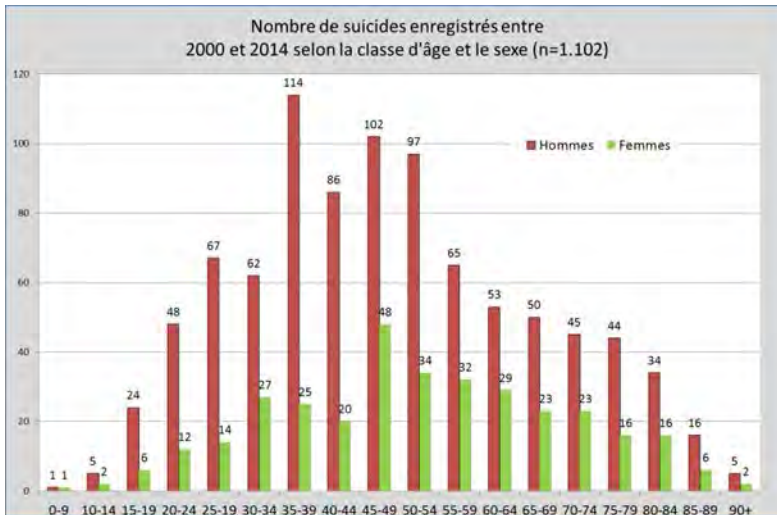
L'objectif est de renforcer les individus, les familles et la communauté afin d'augmenter leur capacité à répondre rapidement et de manière coordonnée à la détresse des personnes concernées.

33 actions prioritaires

Le 1er plan d'action 2015-2019 englobe 33 actions prioritaires, élaborées avec les acteurs de terrain et approuvées par le « Groupe interministériel Prévention Suicide ».

Parmi les priorités du plan d'actions figurent:

- la prévention au sens large du terme,
- les populations à risque,
- les jeunes,
- les personnes âgées,
- la poursuite de la décentralisation des structures d'aide,
- les formations spécifiques,
- les prises en charge thérapeutiques.



Une évaluation externe de

l'intégralité de ce plan d'action sera réalisée.

Pour soutenir les écoles dans leur démarche de prévention et de postvention suicidaire, un groupe de travail multidisciplinaire « **Suicide en milieu scolaire** » a été mis en place et a élaboré un guide pratique⁴⁹ à l'attention des établissements scolaires et des internats.

Ce guide s'adresse aux professionnels de la communauté scolaire qui ont à gérer des situations de décès inopinés au sein de leur établissement.

Ce guide fournit des recommandations à suivre à court, moyen et long terme lorsqu'une personne de la communauté scolaire décède de manière inopinée ou par suicide.

Organisé en 6 phases, ce guide propose des checklists portant sur les décès qui se produisent en dehors ou au sein de l'établissement scolaire ou de l'internat. Ce guide pratique de postvention s'applique à toute la communauté scolaire, c'est-à-dire en cas de décès inopiné d'un élève, d'un membre du personnel ou d'un intervenant externe.



prévention
suicide

www.prevention-suicide.lu

⁴⁹ Le décès inopiné ou le décès par suicide d'un membre de la communauté scolaire - Guide pratique de postvention à l'attention des établissements scolaires et des internats, : Octobre 2017
Editeur : Service Information et Prévention de la Ligue - 75, rue de Mamer à L-8081 Bertrange.
Guide téléchargeable sur : www.prevention-suicide.lu/guide-postvention-ecole

Jugendpakt 2017- 2020 - Plan d'action national pour la jeunesse

Le « Pacte Jeunesse » traite de trois dimensions clés de la transition des jeunes vers l'âge adulte : l'accès à l'emploi, l'accès au logement et l'accès à la citoyenneté et à la participation.

Il vise à améliorer la connaissance sur les groupes à risque que sont les jeunes bénéficiaires de mesures spécifiques, les jeunes NEET⁵⁰, les jeunes en situation de handicap, les jeunes à besoins de santé physiques et/ou psychologiques et les jeunes décrocheurs.

La mise en place des actions du « Pacte Jeunesse » est coordonnée par le comité interministériel de la jeunesse, organe de coordination des actions politiques en faveur de la jeunesse selon la loi de la jeunesse de 2008.

Plan National Maladies Rares (PNMR) 2018-2022⁵¹

Selon la définition adoptée par la Communauté européenne, une maladie rare (MR) est une affection dont la prévalence, très faible, se situe à moins de 1/2000 personnes. Ce sont des pathologies très différentes mais liées par les mêmes difficultés de prise en charge. Elles nécessitent une attention particulière et une action globale pour faire face aux difficultés diagnostiques, à l'exceptionnalité de l'expression clinique, au caractère chronique, à l'évolution invalidante et aux lourdes conséquences sociales et économiques liées à leur traitement.

L'objectif de ce plan national est d'assurer aux personnes atteintes et à leurs proches, un accès équitable au diagnostic, une prise en charge médicale et psycho-sociale adaptée, une prise en charge par l'assurance maladie et l'assurance dépendance large et égalitaire et la possibilité de satisfaire les besoins et désirs d'épanouissement scolaires, professionnels et personnels des personnes concernées.

Le plan s'articule autour de 5 objectifs qui posent les bases pour la réalisation des 4 axes stratégiques du plan :

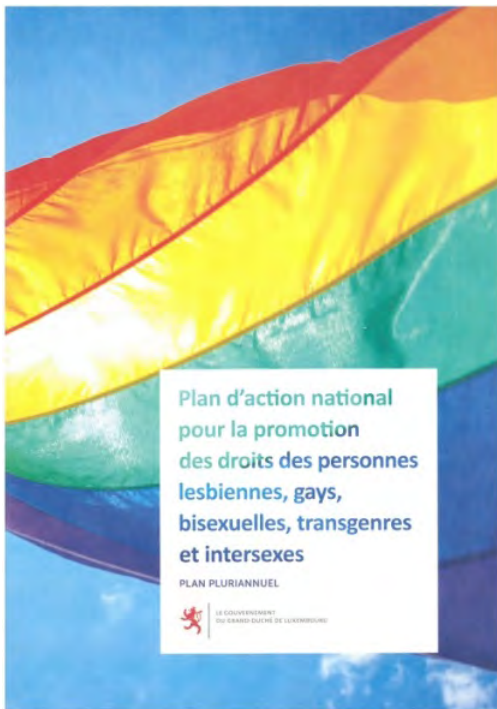
- La mise en place d'un système de gouvernance du PNMR, à travers la création d'un Comité National MR, la mise en place de groupes de travail dédiés à chaque objectif, la définition d'une stratégie de travail et des priorités, l'élaboration d'un plan d'implémentation et la mise en place d'un système d'évaluation externe pour le PNMR.
- L'amélioration du parcours diagnostique et de prise en charge à travers la création d'une Cellule d'Orientation MR et la mise en place d'une équipe de Coordinateurs MR (Médicaux et Psycho-Sociaux).
- L'implémentation d'une politique de sensibilisation aux MR, à travers des campagnes ciblées MR et incluant la notion de droit à la non-discrimination, et en intégrant cette approche dans toutes les politiques publiques.
- Le développement d'une approche pluridisciplinaire avec une vision «holistique» de la prise en charge, à travers la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires.



⁵⁰ "Not in Education, Employment or Training"

⁵¹ Le Plan National Maladies Rares 2018-2022 a été approuvé par le Conseil de Gouvernement le 02 mars 2018

- Le rassemblement de l'ensemble des acteurs autour des MR à travers la création d'une Alliance Nationale et le développement d'activités au niveau des associations de patients.



Les axes stratégiques du plan:

- Axe A - Améliorer le système de soins et de prise en charge des MR
- Axe B - Faciliter l'accès à l'information sur les MR à travers la création d'une plateforme nationale
- Axe C - Mieux reconnaître la spécificité des MR et en promouvoir la recherche
- Axe D - Répondre aux besoins d'accompagnement psycho-social des patients et de leur entourage

Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes 2018

Ce plan national⁵² a été élaboré sous la coordination du Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région en collaboration avec 9 autres ministères⁵³ et 12 organisations de la société civile⁵⁴.

Les objectifs du plan d'action sont la mise en œuvre des engagements pris par le Luxembourg au niveau international de rassembler et de coordonner les actions en cours et à venir. Il vise également à tenir compte des études récentes et des recommandations nationales et internationales et à considérer les recommandations des associations défendant les intérêts des personnes LGBTI afin de promouvoir le respect des droits des personnes LGBTI.

Le comité interministériel LGBTI, sous la présidence du ministère ayant la famille dans ses attributions, aura pour mission le suivi de l'implémentation du présent plan, une évaluation régulière de ses objectifs et actions, ainsi que la proposition de nouvelles priorités, objectifs et actions.

Le Plan d'Action se fixe 5 objectifs autour des quels s'articulent 18 actions concrètes :

1. Renforcer la législation nationale contre les discriminations

⁵² Plan national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes – Plan Pluriannuel, Luxembourg, juillet 2018

⁵³ Ministère d'Etat, Ministère des Affaires étrangères et européennes, Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative, Ministère de la Justice, Ministère de la Santé, Ministère de la Sécurité intérieure, Ministère de la Sécurité sociale, Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire

⁵⁴ Centre national de référence pour la promotion de la santé affective et sexuelle, Centre pour l'Egalité de Traitement, Cigale de Rosa Lëtzebuerg a.s.b.l., Commission Consultative des Droits de l'Homme, Commission Nationale d'Ethique, Familljen-Center a.s.b.l., Initiativ Liewensufank a.s.b.l., Intersex & Transgender Luxembourg a.s.b.l., Médiateur du Grand-Duché de Luxembourg, Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand, Planning Familial a.s.b.l., Service Information et Prévention de la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale a.s.b.l.

2. Respecter les droits à l'intégrité physique, à l'autodétermination et le principe du consentement libre et éclairé en matière de santé
3. Respecter le droit au respect de la vie privée et à l'autodétermination des personnes intersexes au niveau de l'état civil et en matière de reconnaissance juridique
4. Soutenir les personnes intersexes
5. Augmenter la sensibilisation du grand public

Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées

Le plan d'action national⁵⁵, élaboré sur base des résultats d'une évaluation externe, vise à affronter les défis qui se posent (...) en matière de drogues et d'addictions. Parmi les priorités du plan d'action figurent la prévention au sens large du terme, les jeunes, les parents toxicomanes, la poursuite de la décentralisation des structures d'aide, le développement du traitement de substitution, les usagers vieillissants, la lutte contre les maladies infectieuses parmi les usagers de drogues et les nouveaux produits psychoactifs ainsi que les comportements d'usage émergents.

Le plan d'action 2015-2019 englobe quelque 60 mesures, élaborées en étroite collaboration avec les acteurs de terrain et approuvées par le Groupe interministériel toxicomanies.

Certaines mesures reprises ou prévues dans le cadre du plan d'action et mises en place par Impuls⁵⁶ s'adressent plus particulièrement aux jeunes et jeunes adultes.

IMPULS ProST

Programme destiné aux jeunes qui ont subi une intoxication aigüe. Il s'agit d'une mesure pour sensibiliser les jeunes à un usage plus responsable et à les informer des risques encourus par le mésusage d'alcool.

Depuis 2012, le Parquet Protection de la Jeunesse de l'arrondissement Luxembourg adresse ponctuellement des jeunes sous contrainte pour abus d'alcool. Le but de ce projet est la responsabilisation face à l'alcool.

IMPULS CHOICE/ECHO (13-17)

Ce programme interactif, par le biais d'un échange ouvert et d'exercices pratiques, a pour but de mener les jeunes vers un changement d'attitude et un regard plus critique sur la consommation de cannabis.

CHOICE est opérationnel depuis 2006. La demande est telle que de nouveaux intervenants doivent être formés afin de pouvoir offrir davantage de groupes et inclure le domaine éducatif (lycées, foyers d'accueil, internats).

⁵⁵ Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées Ministère de la Santé, Direction de la Santé, Cellule de Coordination « Drogues », Luxembourg 2015

⁵⁶ Service Impuls de Solidarité Jeunes a.s.b.l. apporte, dans le cadre de la protection de la jeunesse, une aide d'ordre psychosociale et thérapeutique aux jeunes, à leurs familles et aux institutions concernées lorsqu'ils sont confrontés à une consommation de substances psychoactives légales et illégales d'un jeune de moins de 21 ans.

Impuls CHOICE 18+

Ce programme propose des interventions de groupes pour 6-8 jeunes interpellés pour infractions liées à l'usage de cannabis. Il s'agit de responsabiliser les jeunes davantage quant à leur usage de cannabis et à développer une approche plus critique.

Le Parquet Général de l'Arrondissement Diekirch a constaté une hausse des interpellations de jeunes adultes pour possession et/ou consommation de cannabis. Ce programme est une alternative à l'inscription au casier judiciaire considérant qu'un programme psychoéducatif s'avère plus efficace. Une évaluation systématique auprès de chaque participant est effectuée 6 mois après la fin du programme.

Régionalisation du service IMPULS

Une structure décentralisée est créée à Ettelbrück afin d'offrir un accès plus facile pour la population du nord du pays pour y développer le programme CHOICE. Il y a une forte concentration de lycées à Ettelbruck et à Diekirch, et par conséquent un grand nombre d'élèves susceptibles de pouvoir profiter de cette offre. Une collaboration étroite avec la JDH est envisageable et la JDH pourrait partiellement mettre à disposition le local du Contact Nord.

Jugend an Drogenhelf Extension de l'offre du Service Parentalité.

JDH fait le constat d'un besoin d'aide croissant de parents toxicomanes en raison de leur plus grande espérance de vie. Une Diversification et une spécialisation de l'offre ainsi qu'une relocalisation du service. est prévue, avec entre autres objectifs la réduction de la liste d'attente.

Plan cadre national "Gesond iessen, Méi bewegen" 2018-2025

En 2006, face à la problématique de l'obésité et de la sédentarité et dans le cadre d'un engagement international, les ministères ayant dans leur attribution la santé, le sport, la famille et l'intégration du Luxembourg ont élaboré une stratégie interministérielle «Gesond iessen, Méi bewegen», appelé GIMB. Entre 2006 et 2016, des recommandations nationales ont été élaborées, des collaborations intersectorielles ont pu être créées et renforcées et des mesures politiques favorables ont été mises en place telle que le plan d'action national GIMB dans le domaine spécifique de l'activité physique.

L'objectif général du PCN GIMB 2018-2025 est de pérenniser la démarche «Gesond iessen – Méi Bewegen ».

Le plan s'articule autour de six axes stratégiques :

1. Renforcer la gouvernance;
2. Promouvoir l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière et adaptée dans toutes les politiques ;
3. Assurer l'implémentation nationale et la viabilité du programme GIMB;
4. Mettre en place des mesures pour la consolidation et l'élargissement de GIMB;
5. Accroître l'accessibilité du programme GIMB;
6. Instaurer un système d'évaluation.

Rapport du Groupe d'experts des CPTÉ (Centres psychothérapeutiques pour enfants) dans le Département Enfance et Jeunesse du MENJE du 1^{er} juin 2018

Le rapport⁵⁷ rédigé par des représentants des trois centres thérapeutiques existants⁵⁸ et par des fonctionnaires des ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale souligne en son introduction qu'« il faut faire une différence entre les enfants qui sont classés « difficiles » par une société exigeante et les enfants dont les difficultés sont plutôt l'expression de pathologies psychiques, entre les enfants qui peuvent déranger et ceux qui souffrent, entre ceux dont la souffrance explose au grand jour et ceux qui souffrent à bas bruit.... Aujourd'hui, les professionnels de l'enfance se doivent de faire la part des choses entre ce qui relève par exemple de l'éducation (l'espace du vivre ensemble, du passage vers ce vivre ensemble), de l'apprentissage (l'espace de l'acquisition des connaissances et des savoirs, du scolaire), du thérapeutique (l'espace du soin psychique, au sens de prendre soin de, qui reconnaît la souffrance du sujet et aide ce dernier à aborder de manière apaisée la recherche du sens de la vie) .»

Le rapport fait un état des lieux de la question de la dimension institutionnelle de la psychothérapie pour enfants et propose des adaptations au niveau des pratiques professionnelles, au niveau des structures et des politiques de mise en œuvre.

L'ORK partage le double constat avec les auteurs du rapport : Il n'existe ni cadre légal ni réglementaire pour les CPTÉ, ni conceptualisation claire de la dimension institutionnelle.

Jusqu'à aujourd'hui, et surtout en absence de modification de la loi sur la Protection de la Jeunesse, le cadre juridique de la protection de la jeunesse est animé implicitement par la doctrine des parents fautifs pour abandon moral des enfants. L'autorité parentale est transférée directement à l'institution qui reprend en charge l'enfant. Le terme « placement » et « imposition de mesures éducatives » gardent une connotation négative pour les familles, au lieu de les considérer comme une « aide » dans l'intérêt de l'enfant.[a1]

Face aux changements dans le domaine de la prise en charge des enfants en souffrance qui résultent notamment de la mise en place des centres de compétences par le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse et de la loi portant création de la profession psychothérapeutique, ce rapport très exhaustif vise à établir un concept commun de Centre Psychothérapeutique pour Enfants et à le placer dans le paysage de la prise en charge thérapeutique d'enfants en souffrance.

Des projets de lois dans le domaine de l'enseignement, tel que celui portant création de « Centres de Compétences en psychopédagogie spécialisée » constituent une étape importante dans la réorganisation de la prise en charge des enfants en difficultés scolaires et psychologiques, mais restent limités à l'éducation scolaire. Un projet de loi portant création de l'« Institut Public d'Aide à l'Enfance et la Jeunesse » qui est appelé à remplacer les « Maison d'Enfant de l'État », est une première étape pour l'établissement d'une base légale pour la création d'un centre psychothérapeutique de l'État. Le financement se fera par Convention, assuré par le budget de l'État. En effet, le dispositif AEF ne se prête pas à un travail psychothérapeutique en institution. La loi

⁵⁷ L'Organisation de Centres psychothérapeutiques pour enfants (CPTÉ) dans le Département Enfance et Jeunesse du MENJE Concept National - Rapport du Groupe d'experts des CPTÉ (du 1er juin 2018)

⁵⁸ Centre Psychothérapeutique Andalé des Maisons d'enfants de l'État, Centre Psychothérapeutique du Kannerschlass, Centre Psychothérapeutique Kannerhaus Jean de la Croix-Rouge luxembourgeoise

du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute vise les interventions ambulatoires et non pas une prise en charge en institution.

Bien que l'objectif du rapport soit de développer un concept commun, il n'y a pas d'harmonisation quant au financement des CPTÉ. Les CPTÉ privés sont financés par convention pour les centres de jour, par forfaits journaliers pour les centres d'hébergement et par forfaits horaires pour les centres de consultation. Le CPTÉ de droit public est financé par le budget de l'Etat.

L'ORK constate que des adaptations de lois, de règlements et de conventions sont nécessaires pour donner aux CPTÉ les moyens nécessaires.

L'ORK salue l'approche holistique de l'enfant en souffrance psychique du rapport, bien illustrée par la citation suivante :(page8) : « Il ne faut pas oublier que les enfants accueillis dans un CPTÉ sont des sujets humains en développement : prendre en considération cette dimension implique d'une part la nécessité d'articuler le travail psychothérapeutique aux dimensions éducatives, pédopsychiatriques et pédagogiques (apprentissage, instruction), et d'autre part la nécessité de prendre en compte la souffrance des parents. Une telle approche ne se limite pas à une juxtaposition des différents types d'interventions auprès des enfants, mais inclut un travail de pensée commune, d'élaboration interdisciplinaire de concepts autour de la dimension centrale qui est la dimension soignante. »

De ce fait, il est important de différencier les types de structures d'accueil et d'encadrement (qui sont d'ailleurs financées de manières différentes) afin de pouvoir trouver des formes de collaboration et une différenciation dans les offres proposées. « Il faut décloisonner afin de réaliser un travail en réseau (page 11). En effet, il faut favoriser une continuité dans les prises en charge des enfants et de leurs familles. Par le fait de la collaboration étroite de pédopsychiatres dans les équipes interdisciplinaires, on contribue à éviter, dans certaines situations, la stigmatisation par l'hospitalisation et dans d'autres situations à faciliter une prise en charge médicale.

Selon le rapport, chaque CPTÉ est appelé à se donner un projet institutionnel qui détaille les concepts et les outils de pensée et de travail, en conformité avec les principes de la psychothérapie dans sa dimension institutionnelle. La population cible reste dans un premier temps les enfants âgés de 4-14 ans. Le dispositif reposerait sur 3 unités : un centre de consultation, un centre de jour et un centre d'hébergement, qui travailleraient en étroite collaboration et complémentarité. Le mode de travail serait interdisciplinaire et l'élaboration clinique.

RECOMMANDATION :

L'ORK félicite les membres du groupe d'experts de l'initiative et de la rédaction d'un tel rapport qui donne un cadre de référence commun aux trois centres psychothérapeutiques. Il est clair que le dispositif AEF ne se prête pas à un travail psychothérapeutique en institution et qu'il faut élaborer un concept pour rendre le travail psychothérapeutique en institution possible au Luxembourg avec les moyens nécessaires pour sa mise en œuvre.

Santé mentale et troubles mentaux⁵⁹

Ce rapport n'est pas un manuel de la santé mentale des enfants, mais nous avons pensé qu'il serait utile pour le lecteur de trouver quelques informations sur les troubles qui affectent le bien-être des enfants et des jeunes et qui sont cause de leur souffrance. Vous trouverez donc à la fin du dossier thématique un aperçu succinct des principaux troubles de santé mentale qui devrait aider à poser le contexte pour les autres chapitres du rapport.

Classement des diagnostics de sortie les plus fréquents codés au chapitre ICD 10 n°5 pour la tranche d'âge des 0-14 ans, au CHL, en 2015						
Codes ICD 10	Libellé	Nbre de séjours	ESMJ et PSA	Nbre de journées	Durée moyenne de séjour (présence)	Lits occupés en moyenne par jour
F92	Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	84	<5	1 388	16,7	3,8
F43	Réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	57	<5	618	11	1,7
F90	Troubles hyperkinétiques	46	0	1 268	27,6	3,5
F91	Troubles des conduites	23	0	376	16,3	1
F70	Retard mental léger	11	6	74	13,6	0,2
F50	Troubles de l'alimentation	9		29	3,9	0,1
F81	Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires	8	<5	37	5,8	0,1
F80	Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage	7	<5	70	16,8	0,2
F94	Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence	7	0	118	16,9	0,3
F93	Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance	6	0	7	20,8	0,3
F32	Episodes dépressifs	5	0	24	4,8	0,1
F45	Troubles somatoformes	5	<5	6	1,3	0
F84	Troubles envahissants du développement	5	<5	222	73,3	0,6
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	<5	0	7	1,8	0
	Total des séjours	277	16	4 244	16,8	11,9
	% du total des séjours du Chapitre 5	89,40%	61,50%	96,20%		
Abréviations: ESMJ = Entrée et sortie le même jour PSA = Place de surveillance ambulatoire						
Source: Ministère de la Santé – Direction de la Santé : Février 2018 CARTE SANITAIRE – MISE A JOUR 2017 GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG FASCICULE 2 : MOTIFS DE RECOURS A L'HOSPITALISATION SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (ICD 10)						

Ces présentations se limiteront à une définition et une description des symptômes, sans entrer dans le détail du diagnostic et du traitement.

Une liste des troubles de santé mentale et leur description est donnée dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »), DSM-5) et la Classification internationale des maladies de l'OMS⁶⁰ (CIM-11), qui fut publié en date du 18.06.2018. La révision de la CIM a notamment eu pour objectif d'harmoniser, lorsque possible, la structure du chapitre sur les troubles mentaux et comportementaux avec celle du DSM-5. Dans l'ensemble, un degré élevé de similitude

entre les structures des deux classifications a été atteint.

Ces classifications sont souvent contestées puisque l'OMS met par exemple sur un pied d'égalité « la déficience intellectuelle » et la « toxicomanie ». ⁶¹

⁵⁹ L'ORK préfère parler de trouble mental et non pas de maladie mentale. En effet, le terme « maladie » fait référence directement à la médicalisation, aux médecins, aux médicaments, etc.

⁶⁰ <http://www.who.int/features/qa/38/fr/>

⁶¹ ASPH Santé mentale, maladie mentale, trouble mental : mais de quoi parle-t-on ?

Il existe également une classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. L'CFTMEA est un système de classification psychopathologique établi sous la direction du Pr Roger Misès. Elle se veut complémentaire des systèmes internationaux (CIM-10) et américains (DSM) dans le domaine de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Elle ambitionne de tenir compte des diversités et des particularités de chaque enfant et adolescent présentant des troubles et, en cela, s'oppose « au courant behavioriste ».

Classement des diagnostics de sortie les plus fréquents codés au chapitre ICD 10 n°5 pour la tranche d'âge des 15-19 ans, au CHK, en 2015						
Code ICD 10	Libellé	Nbre de séjours	ESMJ et PSA	Nbre de journées	Durée moyenne de séjour (présence à minuit)	Lits occupés en moyenne par jour
F43	Réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	80	5	582	7,7	1,6
F90	Troubles hyperkinétiques	55	<5	1 363	25,2	3,7
F32	Episodes dépressifs	29	<5	307	10,9	0,8
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	29	0	482	16,6	1,3
F91	Troubles des conduites	29	<5	555	19,8	1,5
F84	Troubles envahissants du développement	28	<5	618	23,7	1,7
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	27	20	61	5,9	0,2
F20	Schizophrénie	27	<5	494	19	1,4
F50	Troubles de l'alimentation	17	0	365	21,5	1
F92	Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	14	0	248	17,7	0,7
F34	Troubles de l'humeur [affectifs] persistants	8	0	139	17,4	0,4
F45	Troubles somatoformes	7	0	57	8,1	0,2
F42	Trouble obsessionnel-compulsif	7	<5	85	14	0,2
F93	Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance	6	0	97	16,2	0,3
F70	Retard mental léger	5	0	126	25,2	0,3
F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives	<5	<5	18	5,7	0
	Total des séjours	372	33	5 597	16,4	15,3
	% du total des séjours du Chapitre 5	92,50%	76,70%	94,90%		
Abréviations: ESMJ = Entrée et sortie le même jour PSA = Place de surveillance ambulatoire Source: Ministère de la Santé – Direction de la Santé : Février 2018 CARTE SANITAIRE – MISE A JOUR 2017 GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG FASCICULE 2 : MOTIFS DE RECOURS A L'HOSPITALISATION SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (ICD 10)						

L'ORK ne peut pas entrer dans la discussion et le débat concernant ces classifications, mais se limite à développer quelques exemples, en se concentrant sur les aspects généraux.

En effet, un trouble mental ou comportemental se caractérise par une perturbation de la réflexion, de l'humeur ou du comportement qui ne rentre plus dans le cadre des normes ou des croyances culturelles. Dans la plupart des cas, les symptômes s'accompagnent d'une détresse et interfèrent avec les fonctions personnelles. Cependant, la définition précise que « la déviance ou le conflit social seul, sans dysfonctionnement personnel, ne doit pas être inclus dans les troubles mentaux. »

Les troubles mentaux entraînent des symptômes (combinés ou non) dont s'aperçoivent ceux qui en souffrent ou leurs proches. On observe:

- des symptômes physiques (céphalées, troubles du sommeil par ex.)
- des symptômes émotionnels (tristesse, peur, angoisse par ex.)
- des symptômes cognitifs (difficulté à raisonner normalement, croyances anormales, troubles de la mémoire par ex.)
- des symptômes comportementaux (comportement agressif, incapacité à exécuter les activités de la vie courante, usage abusif de substances, par ex.)
- des troubles de la perception (perception visuelle ou auditive de choses que les autres ne voient ou n'entendent pas par ex.).

Les signes précoces spécifiques varient en fonction du trouble.

REMARQUE :

Contrairement à certains préjugés liés à la santé mentale, la majorité des personnes qui ont un trouble de santé mentale fonctionnent très bien dans plusieurs sphères de leur vie, ont de belles qualités et ont des ressources à partager.

Le simple fait de sentir des émotions ou d'avoir des comportements, des pensées ou des caractéristiques qui sortent des normes culturelles ou sociales ne constitue pas un trouble de santé mentale. C'est lorsque ces comportements, ces pensées ou ces émotions nuisent au fonctionnement d'une personne ou s'ils génèrent de la détresse qu'ils peuvent devenir problématiques.

Les jeunes spécialement vulnérables

Le concept de vulnérabilité

Le concept de vulnérabilité est sémantiquement riche et se prête à une multitude de définitions. Étymologiquement le mot « vulnérabilité » dérive du mot latin vulnus, que signifie blessure. Vulnérable est donc celui qui n'est pas protégé, qui peut être blessé. Les adolescents sont en plein changements physiques et psychiques. Françoise Dolto disait des adolescents qu'ils sont comme le homard pendant la mue, sans carapace, confronté à tous les dangers et à la nécessité d'en «suinter» une autre.

Vue sous cet angle, la vulnérabilité est un phénomène social complexe et incertain, façonné par l'interaction de facteurs sociaux, culturels et économiques qui se manifestent tant au niveau individuel que communautaire et global. Malgré son indéfinition, le concept de vulnérabilité présente toutefois deux facettes claires : d'une part, il contient une notion d'exposition des personnes à des risques sociaux et économiques divers préjudiciables au bien-être et, d'autre part, il fait référence à une notion de faiblesse des personnes à faire face à ces risques.

Définition de vulnérabilité

La vulnérabilité peut être définie comme un degré élevé d'exposition de la personne au risque de perdre ou de ne pas atteindre une situation de bien-être en combinaison avec une capacité réduite de se protéger et de se défendre des adversités

https://www.unicef.org/wcaro/Lidia_Germain_PEC_enfants_vulnérable_Niger.pdf

Définition d'un enfant en situation de vulnérabilité.

Un enfant en situation de vulnérabilité est un enfant exposé au risque de non réalisation ou de réalisation insuffisante des droits, autrement dit exposé à des situations qui interfèrent négativement sur son bien-être psychophysique et social et entravent son développement.

Dans les pages suivantes, l'ORK mentionne quelques exemples de populations spécialement vulnérables. Il ne s'agit pas de stigmatiser ces groupes de jeunes, mais de mieux cerner leurs besoins.

Les jeunes en situation d'handicap

Il n'y a pas longtemps, il était important de prouver que des troubles psychiatriques existaient dans cette population et que ces personnes avaient le droit d'avoir accès à des professionnels de la santé

mentale. Par « double diagnostic », on entend l'accumulation d'un handicap mental et d'une maladie mentale. Le concept est apparu à la fin des années 80 dans le jargon médical pour qualifier la présence d'éventuels troubles psychiatriques qui s'ajoutent à la déficience mentale. Jusque-là, la déficience intellectuelle constituait un critère d'exclusion pour une prise en charge psychiatrique.

Actuellement, l'attention est davantage centrée sur le processus naturel des troubles mentaux, sur la manière dont ils diffèrent dans leurs symptômes de ce que l'on trouve dans la population en général et sur ce que cela implique pour la méthode de traitement. Il n'y a plus de doute que la plupart des personnes souffrant de retard mental, de problèmes de comportement ou de problèmes psychiatriques peuvent bénéficier d'un traitement approprié et peuvent retrouver et rétablir leur fonctionnement psycho-social dans leur propre environnement.

Cependant, il est évident que pour pouvoir aider ces personnes de manière adéquate, des connaissances spécialisées en psychiatrie et autres disciplines professionnelles sont indispensables. Dans plusieurs pays, on a de plus en plus tendance à créer une spécialité psychiatrique distincte pour les personnes souffrant de retard mental. Ainsi dans quelques pays européens, la spécialité de la psychiatrie du retard mental est enseignée. Il existe également une tendance à la spécialisation d'autres professions telles que la psychologie, la pédagogie, les soins infirmiers, etc. pour un travail d'équipe dans ce domaine.

En dépit de ces évolutions positives et encourageantes, de nombreux obstacles entravent le développement de soins appropriés. Ces problèmes sont liés non seulement à une quantité insuffisante de connaissances professionnelles spécifiques et à un manque de méthodes appropriées, mais également à des problèmes liés aux politiques et à l'attitude culturelle de la société.

Dans le cadre de la « Semaine de la santé mentale » en octobre 2018, la conférence « Accessibilité des services de santé mentale pour les personnes en situation de handicap intellectuel » organisée par l'Apemh⁶² et la présentation d'un film documentaire ont pu montrer les réponses déjà apportées par les différents acteurs et a permis de creuser les pistes qui doivent permettre d'aller plus loin, notamment dans le renforcement des droits fondamentaux des personnes concernées et dans le décloisonnement des services de prise en charge.

Notons que l'Apemh et le Tricentenaire⁶³ sont impliqués dans deux projets Erasmus⁶⁴ qui traitent la thématique de la santé mentale et des nouveaux comportements des ados et jeunes adultes en situation de handicap.

La prise en charge des personnes présentant un double diagnostic demande une bonne collaboration entre le personnel socio-éducatif qui partage le quotidien du jeune et le personnel médical, notamment le psychiatre. Celui-ci a besoin des intervenants de terrain pour avoir accès au patient et pour décoder son comportement. Ces consultations sont de ce fait chronophages et ne sont donc pas prévues dans la nomenclature de la CNS. Le psychiatre qui prend en charge des

⁶² APEMH - Association des Parents d'Enfants Mentalement Handicapés.

⁶³

⁶⁴ PROJET ERASMUS KA1 « Les défis actuels des professionnels de l'accompagnement face aux nouveaux comportements des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap » et PROJET ERASMUS KA1 « Promouvoir l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap intellectuel vivant avec un trouble psychique en agissant dans une perspective systémique sur leur qualité de vie et leur accès aux soins de santé mentale »

personnes ayant un double diagnostic doit faire preuve d'engagement, de disponibilité et d'intérêt pour ces patients.

Les jeunes relevant de la protection de l'enfance

Il est évident que les questions de santé mentales sont au centre du travail avec les enfants et les jeunes placés en foyer ou en familles d'accueil. Ces enfants et ces jeunes ont le plus souvent des vécus faits de défaillance parentale, de négligence, de violence, de ruptures ou d'abandons qui ont nécessité une mesure de protection. Si certains enfants font preuve de bonnes capacités résilientes, d'autres ont besoin d'un suivi psychologique ou d'une prise en charge psychiatrique du fait des symptômes par lesquels ils montrent leur souffrance.

La souffrance psychique ne se soigne que si l'enfant ou le jeune se retrouve au quotidien dans un environnement sécurisant et respectueux de ses besoins et ses capacités, tout en lui permettant de garder un lien avec sa famille d'origine.

Les foyers d'accueil mettent en place, depuis quelques années, des démarches cohérentes qui s'inscrivent dans des concepts socio-éducatifs à vocation thérapeutique. Tous les intervenants, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, psychiatres parlent la même langue, tant vis-à-vis du jeune et de ses parents qu'entre professionnels. Il est évident que les chances d'aboutir à des changements positifs chez l'enfant ou le jeune vont croissant si les acteurs externes comme l'école peuvent s'inscrire dans la même compréhension de la situation et s'impliquer dans la même démarche éducative.

Les jeunes adultes ou careleavers

Les jeunes qui atteignent la majorité légale et vivent en institution sont particulièrement fragiles : sans réseau familial, avec de très faibles revenus, sans accès aux aides sociales comme le Revis, difficile d'assumer, à 18 ans, toutes les responsabilités d'un adulte.

Un foyer est en train de mettre en place un centre thérapeutique à long terme qui s'adresse aux jeunes, respectivement jeunes adultes qui présentent un déficit de maturité dû à un handicap sociocognitif. Il s'agit de permettre à ces jeunes de pouvoir continuer à développer leurs capacités de vivre de façon autonome sans nécessairement faire preuve d'un projet de vie bien défini comme l'ONE le demandait encore il y a quelques temps. Cela se fera par un long processus qui peut durer jusqu'à leur 21^e ou 22^e année. Le foyer propose aux jeunes une prise en charge qui s'établit dans la continuité et la transparence, avec la participation du jeune et de sa famille. En principe, un jeune parti du foyer peut toujours revenir si cela s'avère nécessaire pour lui.

Dans cet esprit, le responsable du foyer souhaiterait mettre en place un lieu d'écoute facilement accessible pour les jeunes ayant quitté le foyer. Ils pourront s'y rendre en cas de crise ou tout simplement pour y trouver une écoute et un conseil pour tout ce qui touche leur quotidien.

En effet, un des problèmes qui se pose avec le passage à la majorité, c'est la rupture du suivi psychiatrique du jeune. Il sort alors du champ de compétences du service de la psychiatrie juvénile et les médecins du service de psychiatrie pour adultes ne sont ni formés, ni le plus souvent intéressés de continuer le genre de collaboration qu'il y a eue avant entre le foyer et la psychiatrie juvénile. Le foyer ne reçoit plus de feedback, les médecins arguant des droits d'un patient adulte et autonome. Les solutions envisagées pour les comportements problématiques des jeunes sont souvent d'ordre médicamenteux.

Les mineurs auteurs de transgressions ou de violences sexuelles

Un des groupes du foyer s'occupe plus particulièrement d'ados qui ont commis des abus sexuels ou qui montrent des comportements très sexualisés. Ces cinq jeunes vivant dans le même groupe, le foyer a mis en place, avec le soutien d'un expert expérimenté, une façon de travailler adaptée à ces jeunes. Mais le foyer ne se sent pas du tout soutenu dans cette démarche, ni par les ministères ni par la justice.

Quand on parle d'un abuseur sexuel on pense en général à un homme, adulte, se livrant à des actes déviants sur des mineurs, garçons ou filles, ou sur des femmes. Il est difficile d'admettre qu'un adolescent, voire même un jeune enfant, puisse s'adonner à des actes d'exhibitionnisme, d'attouchements, d'agressions sexuelles ou de viols sur ses pairs. Or cela arrive et beaucoup de professionnels ont le sentiment que le nombre de ce genre de transgressions va en augmentant.

Puisque l'enfant ou l'adolescent n'est pas un délinquant comme les autres, il convient, pour la justice en concertation avec les professionnels des secteurs pédopsychiatriques et socio-éducatifs de développer des solutions, pénales ou éducatives, voire également thérapeutiques, qui permettent en tout cas une prise en charge complète, visant d'une part à protéger les victimes potentielles et d'autre part à aider le jeune à ne pas devenir un délinquant sexuel adulte.⁶⁵ Or, un tel travail avec ces jeunes demande une expertise très spécifique et il sera absolument nécessaire d'avoir un cadre de référence bien défini pour prendre en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles.

Notons qu'il faut regretter que nous n'ayons pas au Luxembourg d'instruments juridiques pour faire le suivi des délinquants sexuels adultes, une fois qu'ils sont libérés, respectivement au bout de leur libération conditionnelle.

Les jeunes en situation de précarité

A ses 18 ans, un jeune en difficultés sort des « attributions », des associations qui accompagnent les jeunes : celles-ci n'ont pas de subsides pour continuer à les soutenir. Or, certaines jeunes ont un parcours si difficile qu'ils sont désocialisés, ou souffrent de troubles psychologiques. Ils ne parviennent pas à intégrer les dispositifs consacrés aux adultes et, à part les éducateurs du streetwork, il n'existe pas d'équipes mobiles en charge de l'accompagnement des jeunes ou jeunes adultes en errance.

Il faut noter une évolution positive. L'idée que les jeunes adultes constituent une population qui a besoin d'aide et de soins fait son chemin notamment par la possibilité qu'offrent la loi d'aide à l'enfance et la loi de protection de la jeunesse.

Les jeunes migrants

Chez les exilés récemment arrivés au Luxembourg, les psycho traumatismes résultent en premier lieu des causes ayant provoqué leur départ, ainsi que des conséquences immédiates de l'exil.

Le nombre croissant de réfugiés, de demandeurs d'asile et de migrants en situation irrégulière pose un problème pour les services de santé mentale en Europe.

⁶⁵ Juliette RABAUX, Les mineurs délinquants sexuels - des jeunes 2007/5

Une étude⁶⁶ de l'OMS a par exemple révélé que ces groupes de personnes sont exposés à des facteurs de risque de troubles mentaux avant, pendant et après la migration. Les taux de prévalence de troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles liés à la consommation de substances peuvent être variables selon les groupes de personnes, mais sont globalement similaires à ceux des populations hôtes. Par contre, les taux de prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez les réfugiés et les demandeurs d'asile sont plus élevés. Les conditions de précarité socio-économique sont associées à une augmentation du taux de dépression cinq ans après la réinstallation. Ces groupes rencontrent des obstacles pour accéder aux soins de santé mentale.

Les bonnes pratiques pour les soins de santé mentale incluent la promotion de l'intégration sociale, le développement de services de proximité, la coordination des soins de santé, l'information sur les droits et les services disponibles et la formation de professionnels pour travailler avec ces groupes de population. Or l'extrême précarité, la condition de dépendance et l'attente interminable faite d'incertitudes et d'oisiveté forcée n'est sûrement pas propice à une bonne santé mentale, ni pour les parents, ni pour les enfants.

L'accès aux soins en santé mentale et en addictologie est aussi un moyen important de lutter contre la ségrégation. Les jeunes qui se trouvent dans les 3 foyers qui fonctionnent selon le modèle et la logique de la protection de la jeunesse sont encadrés par des professionnels, y compris des psychologues, qui sont à leur écoute. Mais il faut avoir à l'esprit que les mineurs isolés ont souvent des réticences et de grandes difficultés de parler de leur souffrance psychique. Le long de leur périple, ils ont appris à se méfier des adultes qui leur veulent du bien. Les intervenants peuvent signaler au jeune qu'ils sont disponibles et disposés à les écouter, mais ils n'auront pas pour autant nécessairement accès à l'histoire et au vécu du jeune. Cela peut demander du temps et de la patience. La confiance ne se décrète pas, elle se construit par le lien qui s'établit entre le jeune et l'intervenant.

NOTE et Recommandation

La Loi sur la protection de la Jeunesse n'est pas applicable à des jeunes en détresse en absence de parents ou représentant légaux initiaux. Un placement en vertu de cette loi dans un foyer adapté par le juge de la Jeunesse est uniquement possible si l'on peut retirer l'autorité parentale à quelqu'un. Si aucun représentant légal n'est présent, une aide en matière de santé mentale peut lui être refusée.

Ainsi, un jeune migrant sans tuteur et vivant dans un foyer pour migrants adultes n'a pas pu être hospitalisé en milieu fermé en raison de l'absence de consentement du représentant légal.

L'ORK recommande que la nouvelle loi sur la protection de la Jeunesse soit amendée de sorte à ce que chaque jeune en détresse puisse bénéficier des aides offertes au Luxembourg et que l'ONE ne puisse faire la différence entre jeune légal en détresse ou jeune en détresse.

Au cours de l'année, il y a eu deux cas d'enfants très jeunes abandonnés sur le territoire luxembourgeois: une fillette de 10 ans et un enfant de 4 ans. Dans les deux cas, il s'est avéré que le

⁶⁶ Health Evidence Network synthesis report 47 - Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region

Luxembourg n'avait aucun instrument légal pour agir de façon adéquate face à une telle situation de très jeunes enfants non-accompagnés.⁶⁷

Les mineurs non-accompagnés qui ne demandent pas de protection internationale n'ont pas de statut du tout et sont exclus de toute aide ou soutien. Ces jeunes qui viennent souvent des pays du Maghreb ou des pays d'Afrique subsaharienne sont souvent très mobiles et peu intéressés par une prise en charge. Mais en principe, du point de vue des droits de l'enfant, ce sont des enfants pour lesquels des mesures d'aide et de protection devaient être développées.

Jeunes LGBTI (OK)

La vulnérabilité des jeunes LGBTI

La santé et le bien-être de tous les enfants et jeunes adultes doivent être protégés. Ceci à travers l'assurance d'un accès à des services de santé non discriminatoires et à une éducation sexuelle complète, par la protection des droits de tous les enfants et des jeunes adultes quant à leur identité, leur autonomie, et de leur intégrité physique et psychologique.

Le ministre de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, Claude Meisch, et le ministre de la Famille et de l'Intégration, Corinne Cahen, avaient invité le 17 octobre à une journée de réflexion sur le sujet « Vers une stratégie sectorielle d'éducation inclusive en faveur des personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transsexuelles et intersexes ».

La journée de réflexion avait réuni plus de cent acteurs du secteur de l'éducation formelle et non-formelle, du secteur de l'aide à l'enfance et des associations psycho-sociales afin de promouvoir les informations sur les questions LGBTI, afin de mettre en avant les principaux défis qui se posent au Luxembourg et d'émettre des recommandations à mettre en place au sein de nos milieux éducatifs et d'accueil.

Plan d'action national⁶⁸ avalisé par le gouvernement le 13 juillet 2018 et le cas spécifique des enfants intersexes

Le terme intersexe ou intersexué est un terme générique qui regroupe des personnes présentant une variation des caractéristiques sexuées. Elles naissent avec des caractéristiques sexuelles biologiques qui ne correspondent pas aux normes ou aux définitions médicales de ce qui fait qu'une personne est de sexe masculin ou féminin.⁶⁹ Ces spécificités peuvent se manifester au niveau des caractéristiques sexuelles secondaires telles que la masse musculaire, la pilosité, la poitrine et la stature, des caractéristiques sexuelles primaires telles que les organes reproducteurs et les parties génitales et/ou structures chromosomiques et des hormones.⁷⁰

La plupart des enfants intersexes naissent en bonne santé. Cependant, dans des sociétés où seulement deux sexes sont reconnus (masculin et féminin), des corps intersexes sont souvent perçus

⁶⁷ Constat fait lors d'une réunion interministérielle où toutes les autorités publiques étaient représentées : Police, Parquet, Tribunal de la jeunesse, ONE, OLAI, CSEE, Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère des affaires étrangères – Direction de l'Immigration.

⁶⁸ Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes, Luxembourg 2018

⁶⁹ Conseil de l'Europe, assemblée parlementaire 2017. Résolution 2191 (2017). Promouvoir les droits humains et éliminer les discriminations

⁷⁰ Commission Européenne (2012) Les personnes trans et intersexuées p12-13

comme des problèmes médicaux et des urgences psycho-sociales. Selon l'Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne⁷¹, des enfants intersexes sont soumis à des questions d'assignation de sexe ou de « normalisation » irréversibles auxquelles ils n'ont pas consenti dans au moins 21 pays membres. Un article paru dans l'hebdomadaire luxembourgeois « Revue » a confirmé que de telles opérations précoces sont/ont été également pratiquées à l'égard d'enfants au Luxembourg.⁷²

Plusieurs recherches démontrent les effets négatifs de ces interventions tant sur le plan physique que sur le plan psycho-social, notamment⁷³ :

- Un dysfonctionnement de l'appareil génital,
- Une assignation de sexe ne correspondant pas à l'identité de genre
- La perte de la sensibilité sexuelle et l'anorgasmie
- Des douleurs récurrentes dues aux infections et aux tissus de cicatrices découlant des chirurgies, souvent répétées
- Des infections urinaires
- La stérilisation, l'ostéoporose et la prise de poids
- Le trauma d'agressions à caractère sexuel et le sentiment de dépossession du corps
- Des difficultés d'attachement parental
- Des comportements autodestructeurs
- Des difficultés relationnelles et sexuelles
- La rupture de confiance envers le corps médical
- Des trajectoires socio-économiques vulnérabilisées

A côté d'une interdiction des traitements médicaux en l'absence d'urgence vitale, le « Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes » publié en juin 2018 recommande « une meilleure protection contre les discriminations, des procédures facilitant la reconnaissance légale, un accompagnement interdisciplinaire, des aides aux victimes et la collecte des données. »

Selon les chiffres publiés au plan national concernant l'impact des violences sur la santé et le bien-être montrent que parmi les LGBTI interviewés :

- 72% se sont sentis exclus ou isolés à l'école,
- 53% se sont sentis déprimés,
- 33% ont considéré à se suicider.

Concernant l'impact sur leur performance scolaire, parmi les répondants ayant vécu des violences:

- 50% avaient des difficultés à se concentrer,
- 40% n'ont pas acquis à l'école les compétences escomptées,
- 37% ont obtenu des notes plus faibles.

Finalement, l'étude renseigne également sur l'impact sur la transition vers l'emploi. Ainsi, parmi les répondants ayant vécu des violences:

- 27% estiment que leur confiance en leurs compétences avait été diminuée,

⁷¹ FRAU (2015) The fundamental rights situation of intersex people FRA Focus 04/2015

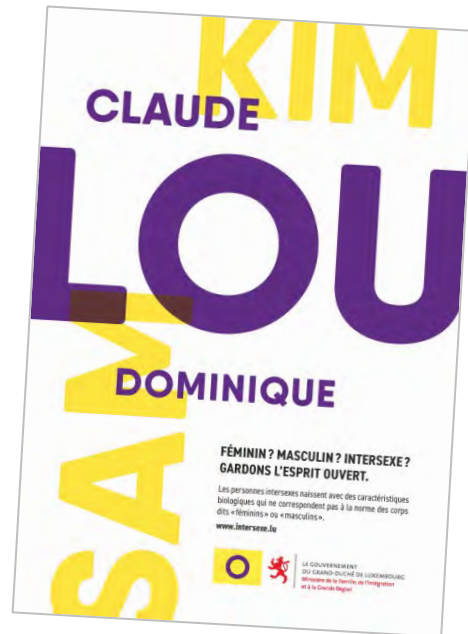
⁷² Chris Beneké, XY ungeklärt Revue 10/2017

⁷³ Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes p52

- 20% indiquent que leur capacité à réaliser de bons entretiens d'embauche avait été altérée,
- 13% affirment que le fait d'avoir des qualifications moindres avait diminué l'éventail ou le niveau des emplois pour lesquels ils pouvaient postuler

La violence et la discrimination contre les enfants et les jeunes personnes LGBTI et intersexués ont lieu à la maison, dans les écoles et dans les institutions. Les jeunes personnes LGBTI sont trop souvent confrontées au rejet par leurs familles et communautés qui désapprouvent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Ceci peut entraîner des taux élevés d'itinérance, d'exclusion sociale et de pauvreté. Les enfants LGBTI sont souvent harcelés par leurs camarades de classe et leurs enseignants, entraînant certain(e)s à abandonner l'école. Ils se voient même parfois refuser l'inscription dans une école ou sont expulsés sur base de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, réelles ou présumées.

La stigmatisation et la discrimination dont souffrent les enfants et les jeunes adultes LGBTI ont un impact néfaste sur leur estime de soi et sont associées à des taux de dépression et de suicide plus élevés que chez leurs pairs. Les attitudes discriminatoires par les professionnels de la santé et les restrictions à l'accès à l'information créent aussi des obstacles à l'accès des enfants et des jeunes personnes LGBTI et intersexués à des services de santé adaptés et sécurisés.



Recommandation :

L'ORK réitère sa demande d'arrêter les traitements médicaux non vitaux sur les enfants intersexes en l'absence de leur consentement. L'ORK insiste sur la formation des professionnels concernés ainsi que sur une sensibilisation du grand public sur les droits des personnes transgenres et intersexes. Notons qu'une étude récente réalisée en Allemagne souligne la nécessité d'aller vers une interdiction légale de ces traitements. En effet, l'étude Klöppel a montré qu'en Allemagne, la seule introduction de nouvelles lignes de conduites médicales n'a pas entraîné une diminution significative des opérations esthétiques sur les enfants intersexes entre 0-9 ans.⁷⁴

L'ORK recommande de développer, sur le modèle de la campagne concernant les enfants intersexes, une campagne complémentaire ainsi qu'un site web dédié à la sensibilisation concernant les enfants transgenres.

Les enfants confrontés à la maladie d'un proche

Si un membre de la famille souffre d'une maladie physique ou mentale qui influe au quotidien sur sa vie personnelle et celle de son entourage, l'impact sur le bien-être de l'enfant peut être considérable.

Ainsi, l'annonce de la maladie puis l'enchaînement rapide des consultations et des traitements laisse peu de place à la communication avec l'enfant. Après le diagnostic le parent malade, et

⁷⁴ Klöppel Ulrike (2016) Zur Aktualität kosmetischer Operationen « uneindeutiger » Genitalien im Kindesalter

généralement aussi son conjoint, sont dans un état de sidération. Puis, rapidement le parent malade doit se mobiliser tant physiquement que psychiquement pour lutter contre la maladie.

Dans ce contexte déjà extrêmement traumatique pour les adultes, aborder avec son ou ses enfants le sujet de la maladie est souvent un exercice très difficile pour les parents.

Si les parents gardent l'illusion de pouvoir préserver leurs enfants en leur cachant les raisons de leur stress et de leurs inquiétudes, ceux-ci découvrent la réalité par des bribes de conversation ou par des maladresses de proches. Ils se rendent compte qu'il se passe quelque chose de grave dans leur famille et que les adultes sensés prendre soin d'eux leur mentent. Ils ne savent plus s'ils peuvent avoir confiance en leurs parents ou en d'autres adultes. Ainsi pour l'enfant qui se fait du souci pour son parent, frère ou sœur malade, sa situation de détresse émotionnelle est encore amplifiée par le sentiment d'être trahi par les adultes.

Vivre dans un ménage où les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant ont des problèmes de santé mentale ne signifie pas nécessairement qu'un enfant subira des abus ou des conséquences négatives. Beaucoup de parents peuvent donner à leurs enfants des soins sécuritaires et affectueux.

De nombreux enfants dont les parents ou tuteurs ont des problèmes de santé mentale atteignent leur plein potentiel dans la vie, en particulier si leurs parents reçoivent le soutien approprié au bon moment.

Cependant, les problèmes de santé mentale des parents risquent d'avoir un impact négatif sur les enfants. Certaines difficultés peuvent entraîner des abus chez les enfants, en particulier des abus émotionnels et de la négligence.⁷⁵

Les mères en mauvaise santé mentale après la naissance peuvent avoir du mal à fournir à leur bébé les soins sensibles et nécessaires à leur développement social, émotionnel et intellectuel.

Les parents et les tuteurs peuvent:

- éprouver une colère inappropriée ou intense ou des difficultés à maîtriser leur colère autour de leurs enfants
- avoir des sautes d'humeur rapides ou extrêmes, laissant les enfants effrayés, confus et hyper vigilants
- être retirés, apathiques et émotionnellement indisponibles pour leurs enfants. Ils peuvent avoir du mal à reconnaître les besoins des enfants et à répondre aux signaux
- considérer leurs enfants comme une source de réconfort et de consolation, ce qui peut amener les enfants à assumer trop de responsabilités pour leur âge
- ont une vision déformée de leurs enfants. Par exemple, ils peuvent croire qu'un enfant est à blâmer pour leurs problèmes ou qu'un enfant a des problèmes de comportement sans aucune preuve de cela.
- avoir du mal à suivre des routines telles que l'heure des repas, l'heure du coucher et emmener leurs enfants à l'école
- négliger les normes d'hygiène de base et leurs propres besoins physiques et ceux de leurs enfants
- omettre de demander des soins médicaux à leurs enfants
- avoir beaucoup de mal à garder leur maison propre, acheter de la nourriture et des vêtements et payer les factures domestiques essentielles

⁷⁵ NSPCC - National Society for the Prevention of Cruelty to Children www.nspcc.org.uk/

- avoir du mal à fixer des limites, discipliner et superviser leurs enfants, ce qui pourrait les mettre dans des situations dangereuses.

Dans de rares cas de maladie mentale grave, les parents et les personnes qui s'en occupent peuvent avoir des illusions liées à leurs enfants, par exemple, ils peuvent croire qu'ils sont possédés, ont des pouvoirs spéciaux ou sont malades.⁷⁶

*Quelles sont les réactions potentielles d'un enfant face à la maladie d'un membre de la famille, et plus spécialement d'un parent?*⁷⁷

La culpabilité

La culpabilité est également toujours présente à des degrés divers chez tous les membres de la famille d'un parent gravement atteint. L'enfant aussi se demande si son parent est tombé malade du fait de son agressivité vis-à-vis de lui ou parce qu'il lui a occasionné trop de soucis ou de fatigue. En fonction de son âge et de sa maturité, l'enfant doit pouvoir parler de sa culpabilité, dire en quoi elle consiste et être rassuré que personne n'a le pouvoir de déclencher la maladie de quelqu'un d'autre.

L'agressivité

Un sentiment moins souvent compréhensible pour l'entourage est l'agressivité de l'enfant. Pourtant, l'enfant vit la révolte autant que l'adulte. Lui aussi se pose la question : "pourquoi cela m'arrive-t-il à moi?"

D'autre part, il peut en vouloir à son parent de ne pas être resté en bonne santé et de le mettre dans une situation difficile. Quelquefois, l'enfant est agressif vis-à-vis d'un autre membre de la famille, soit parce qu'il déplace une agressivité considérée illégitime contre la maladie, soit parce qu'il rend, consciemment ou inconsciemment, un autre parent responsable de la maladie du premier. Enfin, l'enfant peut se montrer très agressif vis-à-vis des personnes qui se substituent à son parent, soit qu'il leur en veuille de ne pas être malades, soit qu'il veuille témoigner par-là de sa fidélité à son parent et se garde d'aimer trop son substitut. La colère de l'enfant peut évidemment aussi résulter du fait qu'il se sent exclu et qu'on lui cache la vérité.

L'enfant "parentifié"

Quelquefois, on observe chez certains enfants, le plus souvent des aînés, mais pas toujours, une tendance à prendre quantité de responsabilités, à remplacer le parent malade tant pour soutenir le conjoint que pour éduquer les autres enfants. C'est ce qu'on désigne habituellement par le terme d'enfant parentifié, enfant qui adopte un rôle de parent, rôle qui le rendra très vite capable d'assumer les réalités de la vie, mais bien souvent au détriment de sa croissance psychologique personnelle.

⁷⁶ <https://www.femininbio.com/sante-bien-etre/conseils-et-astuces/soutenir-un-enfant-dont-le-parent-est-malade-5698>

<https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/QC/publications/Children%20cancer/Guide-Lenfant-et-ladolescent-face-au-cancer-dun-parent-SCC-2014.pdf>

⁷⁷ <https://www.femininbio.com/sante-bien-etre/conseils-et-astuces/soutenir-un-enfant-dont-le-parent-est-malade-5698> <http://www.psychologies.com/Moi/Epreuves/Souffrance/Interviews/Vivre-la-maladie-d-un-proche>

L'adaptation à la guérison

D'un point de vue psychologique, la guérison ne va pas de soi. Il s'agit pour le malade de réinvestir une identité corporelle modifiée par la maladie, de réintégrer sa place dans la famille et souvent de traverser une crise par rapport à ses valeurs de vie. Pour l'enfant du malade, il s'agit aussi de réapprendre à vivre avec un parent "différent" d'avant la maladie, tant physiquement que moralement et avec les images parentales désidéalisées.

D'autre part, la réorganisation de la famille après la guérison nécessite une série de réajustements tant au niveau des rôles, des places réciproques et des investissements de chacun, y compris des enfants.

Restent l'angoisse de la rechute, les peurs, les rancœurs et les souvenirs, bons ou mauvais, toujours chargés d'émotions fortes...

En conclusion

L'accompagnement des enfants de parent malade est un travail exigeant. En plus d'un savoir-faire judicieux, cela nécessite de dialoguer avec l'enfant des sujets tels que la vie, la mort et la souffrance. De ce fait, ces enfants mûrissent assez vite face à des thématiques dont on voudrait les préserver.

« Young Carers » - Jeunes Aides-Soignants

Young Carers est un terme couramment utilisé en Grande-Bretagne, mais aussi en Allemagne pour désigner des jeunes adultes ou des enfants mineurs qui prennent soin, de manière bénévole, donc non ou peu rémunérés, d'un membre de la famille souffrant d'une maladie chronique, d'un handicap ou d'un autre besoin de santé ou de soins de longue durée, en dehors d'un cadre professionnel ou formel. Il ne s'agit pas de prôner un modèle de prise en charge de membres de famille par les enfants, mais de mettre en évidence un état de fait : beaucoup d'enfants et de jeunes effectuent, souvent de manière régulière, des tâches de soins importantes et assument un niveau de responsabilité qui serait normalement associé à un adulte. Les tâches mises en œuvre par les jeunes consistent à :

- des tâches pratiques (cuisine, travaux ménagers et courses); soins physiques (aider quelqu'un à sortir du lit);
- un soutien émotionnel (parler à une personne en détresse);
- des soins personnels (aider quelqu'un à s'habiller);
- gérer le budget familial et collecter les ordonnances;
- aider à donner les médicaments;
- aider quelqu'un à communiquer;
- soigner des frères et sœurs

Ces soins ont un impact sur la santé mentale et le bien-être des jeunes et sur leurs chances dans la vie. Les jeunes aidants peuvent tirer profit de leur rôle ; ils gagnent en estime de soi, acquièrent des compétences pratiques, développent une maturité précoce par rapport à leur camarades. Cependant, devoir concilier les défis de la vie normaux pour leur âge avec ces lourdes responsabilités familiales peut être accablant. La pression associée aux soins peut être considérée comme un facteur de risque pour la santé mentale du jeune.

En l'absence d'un soutien adéquat, la prise en charge peut avoir un impact négatif sur l'éducation des jeunes aidants, car elle peut entraîner des résultats scolaires déclinants, des absences répétées et des décrochages scolaires. Ces effets à court terme peuvent entraîner une faible employabilité à

long terme. Les jeunes aidants ont moins de temps à consacrer à leur développement personnel et aux loisirs. Ils peuvent également devenir victimes de la stigmatisation et de l'intimidation sociales, avec le résultat d'une exclusion sociale plus élevée au cours de leur vie.

Il est important d'habiliter les jeunes à améliorer leur résilience (processus de négociation, de gestion et d'adoption de sources importantes de stress ou de traumatismes) et en renforçant leur soutien social (de la part de la famille, de l'école, des pairs et des services)

Les écoles peuvent jouer un rôle vital tant pour l'identification précoce que pour la fourniture d'un soutien aux jeunes aidants, car elles constituent un environnement social privilégié dans lequel les jeunes aidants sont directement en contact avec une série de professionnels. Malgré la pertinence du phénomène, les enseignants et le personnel scolaire ne sont généralement pas conscients de la fréquence de telles situations et ne sont pas toujours en mesure d'identifier de jeunes aidants dans leurs classes. Il est primordial de sensibiliser les milieux scolaires au phénomène des jeunes aidants et de créer des mesures d'appui qui leur permettront de réduire les abandons scolaires à court terme, d'améliorer les efforts éducatifs et l'attitude vis-à-vis de l'enseignement supérieur, et d'améliorer l'aptitude à l'emploi à long terme, avec des conséquences positives également pour le développement social des jeunes aidants.

Dans ce contexte, l'ORK entend présenter le projet EUROCARERS⁷⁸ soutenu par la Commission Européenne.

EUROCARERS est le réseau européen représentant les aidants informels et leurs organisations, indépendamment de l'âge ou des besoins de santé de la personne dont ils s'occupent. Pour faire progresser la question des soins informels au niveau national et européen, EUROCARERS entend:

- Sensibiliser à la contribution importante des aidants aux systèmes de santé et de protection sociale et à l'économie dans son ensemble, ainsi qu'à la nécessité de préserver cette contribution;
- Veiller à ce que les politiques nationales et de l'UE tiennent compte des aidants, c'est-à-dire promouvoir l'inclusion sociale des aidants, le développement de services d'aide aux aidants, leur permettre de rester actifs dans l'emploi rémunéré et de maintenir une vie sociale.

Si la question des aidants informels est le plus souvent traitée sous la perspective du soutien familial pour les personnes âgées⁷⁹, elle concerne évidemment aussi les situations où un membre de la famille souffre d'une maladie chronique ou se trouve dans une situation de handicap physique ou mental.

Le projet EDY-CARE en particulier vise à donner une plus grande visibilité au fait qu'un certain nombre d'enfants et de jeunes peuvent être impliqués de façon plus ou moins importante dans la prise en charge intrafamiliale de la maladie physique ou mentale. Le projet vise à responsabiliser les enseignants et les autres membres du personnel de l'école afin qu'ils reconnaissent les jeunes aidants adolescents en classe et maximisent leurs possibilités d'apprentissage, tout en assurant leur inclusion sociale.

⁷⁸ <http://www.eurocarers.org/>

⁷⁹ D'ailleurs au Luxembourg le projet EUROCARERS est porté par l'association RBS-Center fir Altersfroen asbl - www.rbs.lu

Les objectifs spécifiques d'EDY-CARE sont:

- Développer un outil d'évaluation pouvant aider les enseignants et le personnel scolaire à identifier les jeunes aidants;
- Développer et tester un ensemble de stratégies éducatives, d'approches didactiques ainsi que les ajustements organisationnels que les écoles peuvent entreprendre pour faciliter la tâche des jeunes aidants et les accompagner dans leur carrière scolaire;
- Produire un manuel contenant des directives et des recommandations sur la manière dont les enseignants et le personnel scolaire peuvent travailler au mieux avec les jeunes aidants ;
- Développer un vaste cours en ligne ouvert (MOOC) pour la formation des enseignants et du personnel scolaire sur le phénomène des jeunes aidants, leurs besoins et leurs préférences.

En mettant des méthodologies éducatives et une formation innovantes à la disposition du personnel scolaire, EDY-CARE peut donc contribuer à promouvoir des environnements scolaires accueillants pour les jeunes aidants.

Le projet EDY-CARE devrait atteindre les résultats suivants au cours de son existence (octobre 2017-mars 2020) et au-delà:

- o une sensibilisation accrue des enseignants et du personnel scolaire aux besoins des jeunes aidants;
- o une responsabilisation des enseignants et du personnel scolaire sur les moyens de reconnaître et de maintenir les jeunes aidants dans l'école;
- o une nouvelle attitude du personnel scolaire vis-à-vis des jeunes aidants et une influence sur les autres classes et instituts;
- o créer de nouvelles opportunités de reconnaissance des pairs et de sensibilisation des jeunes aidants parmi les écoliers;
- o rendre les jeunes aidants plus à l'aise à l'école, satisfaits de l'éducation et éviter les abandons scolaires;
- o améliorer l'environnement éducatif et social des jeunes aidants à l'école et lutter contre l'exclusion sociale, la solitude, la stigmatisation sociale, les besoins non satisfaits en matière d'éducation et de soutien.

Il est évident qu'au-delà de la problématique des jeunes soignants, toute situation familiale ou personnelle difficile d'un élève devrait être prise en compte si l'école veut participer à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des enfants et des jeunes.

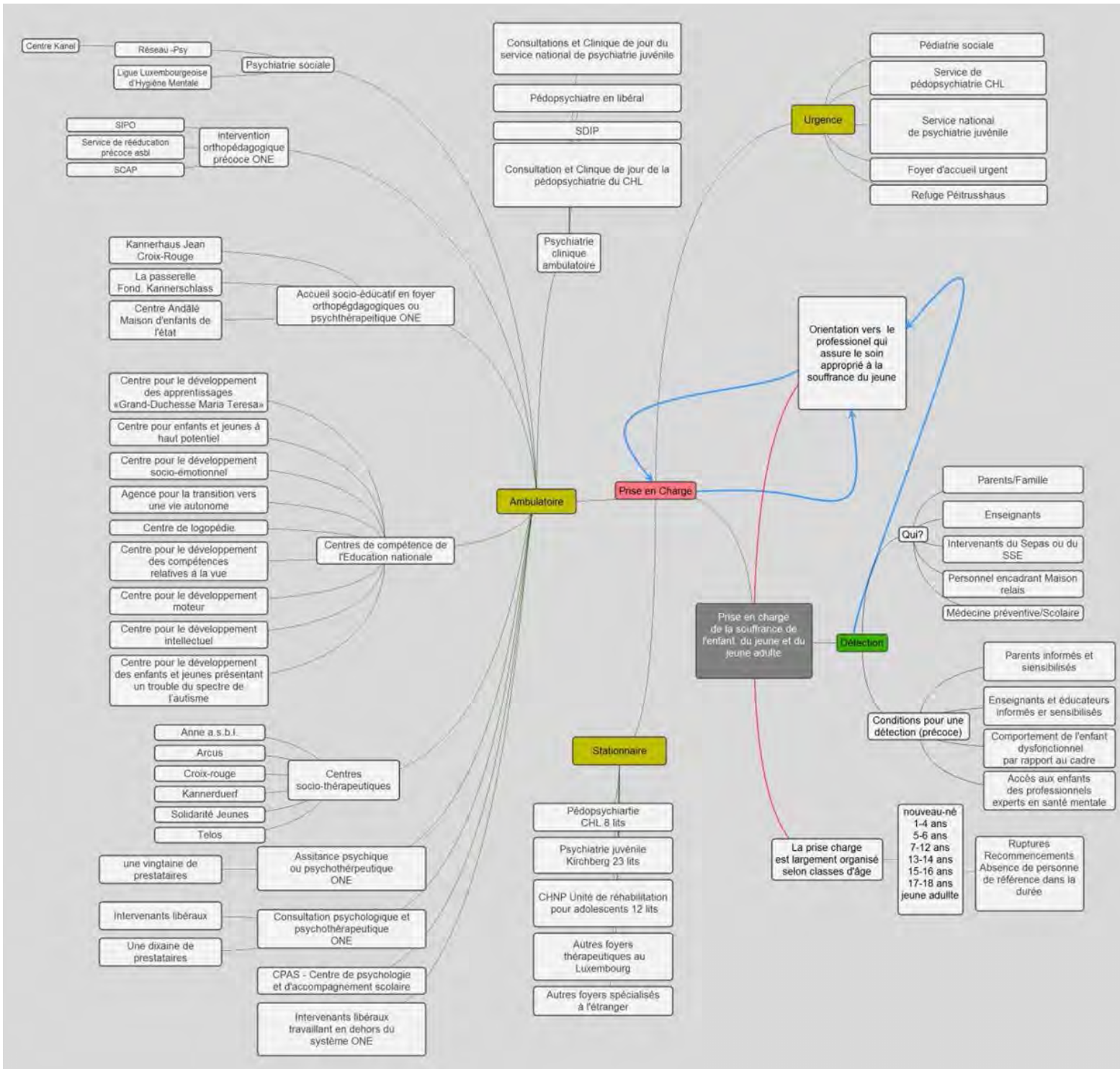
La prise en charge des maladies et troubles mentaux des enfants et des jeunes à l'aune des recommandations du rapport 2010



Pour cette partie du présent rapport nous nous basons sur les objectifs et les recommandations du Rapport de 2010, plus précisément sur l'axe III qui porte sur la prévention et la détection et l'axe IV qui porte sur la prise charge.

Le schéma essaye de rendre compte de la multiplicité des acteurs qui peuvent intervenir pour un enfant ou un jeune en souffrance psychique ou une famille où le ou les parents présentent un trouble psychique . Il illustre la grande diversité des offres de services et la richesse des secteurs médical, socio-éducatif et thérapeutique en compétences et en expertise nécessaires à une approche pluri-professionnelle. Mais la multiplicité des services et des intervenants fait aussi problème. Les différentes professions se connaissent mal entre elles. Au sens propre comme au figuré, ils ne parlent souvent pas la même langue. A l'intérieur d'une même discipline il peut y avoir des querelles d'école. Les intervenants travaillent sous des ministères ou des régimes de financements très différents. Dans un tel paysage morcelé et cloisonné, la collaboration et la concertation entre différents acteurs impliqués dans la prise en charge d'un enfant n'est pas chose facile.

L'obligation d'investir du temps de travail dans les contacts et les réunions de concertation avec les familles et/ou les professionnels impliqués devrait être reconnue aussi bien du point de vue de la façon de travailler que du point de vue de la rémunération du temps de travail.



La prévention et la détection précoce des facteurs à risque et des troubles psychiques chez les enfants et les jeunes.

La prévention des troubles de santé mentale concerne tout aussi bien la population générale des enfants, des jeunes et des jeunes adultes, que des populations plus spécifiques dont le chapitre sur les jeunes spécialement vulnérables donne quelques exemples.

Une telle démarche de prévention des troubles de santé s'appuie sur des actions de sensibilisation et de protection des mineurs contre toute forme de violence ou de violence sexuelle, contre les addictions et contre le risque de suicide. La promotion de la santé sexuelle et affective, la

sensibilisation pour une alimentation équilibrée, la promotion de l'activité sportive et l'incitation à participer à la vie culturelle et associative, constituent autant de pièces du puzzle de la santé mentale.

La formation des professionnels de première ligne

Un premier objectif de la prévention concerne la formation initiale et continue des professionnels de première ligne qui sont les interlocuteurs privilégiés des enfants, des jeunes et des familles. « La formation initiale et continue des professionnels de première ligne devra mettre l'accent sur la psychologie et le développement de l'enfant, sur les facteurs de risque, les signes d'appel et signes précoces des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent, les signes de situations familiales ou sociales à risque, afin de permettre une orientation précoce vers une évaluation pluri professionnelle, vers des services spécialisés pour diagnostic et élaboration d'un projet de prise en charge individualisé. »⁸⁰

Pendant la formation initiale des enseignants du fondamental les questions de bien-être et de santé mentale des enfants ne sont pas traités. Il n'y a aucun cours sur le développement physique et psychique de l'enfant.⁸¹

En ce qui concerne la formation initiale des éducateurs le programme de la classe terminale recèle au moins en cours « Éducation à la santé et au bien-être » ?

Ce qui fait sans doute défaut dans le secteur de l'enseignement, c'est une politique de formations obligatoires traitant les thématiques essentielles concernant le bien-être et la santé mentale des enfants et des jeunes. Il s'agit d'un côté de sensibiliser les enseignants pour une approche de bienveillance et de prévention. De l'autre côté une telle formation devrait aussi leur livrer des outils pour détecter, orienter et le cas échéant accompagner au niveau scolaire le jeune en souffrance psychique. Il ne faut pas perdre de vue que si l'école peut révéler des difficultés psychologiques, elle peut également contribuer à la souffrance psychologique.

A côté de la très grande diversité des formations proposées par l'IFEN, l'Institut de Formation de l'Éducation Nationale, le secteur socio-éducatif dispose de plusieurs structures de formation continue bien établies.⁸² Le paysage des formations proposées aux acteurs s'enrichit en plus par des journées dédiées à une thématique, des conférences, des tables rondes et autres séminaires organisés par des organismes publics ou des associations.⁸³

Ce qui fait sans doute défaut, c'est une politique de formations obligatoires traitant les thématiques essentielles comme le bien-être, la santé mentale, la prévention et la protection des enfants et des jeunes. De telles formations pourraient notamment contribuer à trouver des références communes

⁸⁰ Recommandation n°43, page 61 du Rapport de Recommandation de 2010

⁸¹ Bachelors en Sciences de l'Éducation – Programme de formations Année académique 2018-2019

⁸² FEDAS - Fédération des acteurs du secteur social au Luxembourg a.s.b.l, Service Formation Continue UFEP
 **** APEMH Ufep Unité de formation continue, **** ARCUS FOCUS Service de formation -. ****
 FONDATION KANNERSCHLASS – Ceres - Cercle d'études des systèmes familiaux, professionnels et institutionnels

⁸³ Quelques exemples ; Octobre 2018 - Semaine de la santé mentale (Ligue de santé Mentale et une trentaine de partenaires), Novembre 2018 Congrès de la violence sexuelle(CHL), Novembre 2018 - Erste internationale Konferenzwoche Traumapädagogik(SOS Kannerduerf), Décembre 2018 - Journée de la médecine scolaire (Division de la Médecine scolaire et de la santé des enfants et adolescents),

pour un dialogue nécessaire entre professionnels autour des questions de l'évaluation du risque et de la sécurité à assurer pour l'enfant pris en charge.

L'offre très diversifiée, tant du point de vue des thématiques et que du point de vue des formats, permettent aux acteurs des différents secteurs et des différentes professions de se rencontrer, d'échanger, de mieux se connaître et se comprendre dans leur démarches respectives. Les contacts personnels qui s'établissent au niveau des individus sont évidemment utiles pour le travail en réseau.

Pour mieux informer les professionnels de terrain sur ces conférences et formations il serait utile de disposer d'un agenda internet qui regrouperait toutes les offres qui sont organisé en dehors des centres de formations.

L'ORK salue le fait que de plus en plus de prestataires du secteur socio-éducatif organisent des cycles de formation afin d'inciter leur personnel dans son ensemble d'avoir une attitude, une approche et une démarche commune et cohérente dans le travail avec les enfants qui leurs sont confiés.

Un programme national de screening

Le rapport propose de mettre en place un dispositif de détection de certains facteurs de risque et de certains types de troubles mentaux chez les enfants et leurs parents. Il s'agit de mettre à profit les opportunités qui existent comme le passage à la maternité, le bilan 30⁸⁴, les 6 examens préventifs chez le pédiatre, les conditions pour toucher les allocations de naissance, les examens de la médecine scolaire.

Tous ces examens devraient comprendre un volet psychologique en vue de la détection de risque de troubles psychiques potentiels chez les enfants et les adolescents. Un bilan spécifique pour le repérage des troubles envahissants du développement devra être intégré aux examens préventifs ciblant les enfants de 18 mois. La détection sera suivie d'une évaluation pluri-professionnelle et d'une orientation de l'enfant vers une prise en charge.

Si une telle démarche peut très bien déjà fonctionner pour certains enfants, il manque toujours une vraie politique de dépistage où la détection sera suivie d'une évaluation précise du trouble et de la souffrance de l'enfant et de la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Le Rapport de Recommandation de 2010 précise que « pour ce faire, le type de screening à mettre en place doit être réfléchi et construit par un comité d'experts nationaux, puis organisé par la mise en place d'une formation des professionnels de première ligne concernés : médecins, personnel des équipes médico-scolaires, infirmiers, orthophonistes et psychologues. Des outils de repérage de qualité doivent être sélectionnés, basés sur des évidences scientifiques internationales. Ces outils doivent être évalués et adaptés à l'évolution des avancées scientifiques.

La formation continue des pédopsychiatres, pédiatres, médecins généralistes, personnel de la médecine scolaire, infirmières, orthophonistes et psychologues préposés aux visites médicales et

⁸⁴ Le Service audiophonologique organise un dépistage des troubles du langage gratuit pour les enfants de 30 mois résidant au Luxembourg. Ce programme de dépistage s'appelle « Bilan 30 ». Il comporte des épreuves permettant d'analyser l'évolution du langage d'une façon rapide et ludique. Un test auditif est également réalisé lors du Bilan 30.

bilans audio-phonologiques doit être ajustée aux normes de screening qui seront définies pour le pays. »⁸⁵

Evaluation pluri-professionnelle

Le rapport 2010 plaide en faveur d'une évaluation pluri-professionnelle pour les enfants et les jeunes présentant des signes d'alerte ou de trouble psychiques. Ces évaluations devront systématiquement comprendre une expertise psychiatrique et psychologique. Elles auront pour mission l'évaluation des ressources et difficultés de l'enfant ou du jeune et de son environnement, la concertation interdisciplinaire et la centralisation des informations pour une aide à la décision (en cas de signalement par exemple).

Le Rapport recommande aux professionnels du secteur pédopsychiatrique, respectivement socio-éducatif et psychosocial d'utiliser des outils validés standardisés permettant de faire un diagnostic de trouble psychique, respectivement un diagnostic socio-éducatif et psychosocial. Il s'agit d'organiser une évaluation pluri professionnelle de qualité et d'offrir aux parents un service équitable sur le territoire.

Si la nomenclature introduite par l'Office Nationale de l'Enfance induit déjà une certaine systématisation et comparabilité au niveau des objectifs, de la population cible et des prestations, et si les formulaires de demande d'aide exigent des acteurs de terrain une certaine standardisation, le Rapport de Recommandation de 2010 va plus loin en exigeant pour toute évaluation d'une situation d'enfant en souffrance psychique, une expertise psychiatrique et psychologique.

L'ORK est d'avis que la présence précoce de l'expertise pédopsychiatrique à ce moment du parcours de l'enfant n'est pas faite pour « psychiatriser », mais plutôt pour éviter à l'enfant d'échouer dans un service psychiatrique des années plus tard du fait d'un diagnostic qui n'a pas été fait plus tôt..

Un suivi privilégié pour les situations familiales à risque.

Un élément clé de la détection précoce et de la prise en charge de situations à risque pour la santé physique et mentale des nouveau-nés fonctionne depuis les années 80 sous l'égide de l'Alupse⁸⁶.

**Ne jamais
secouer un bébé!**



Alupse BÉBÉ

Presque tous les enfants nés au Luxembourg, passent par une des quatre maternités du pays, qui disposent chacune d'un « groupe grossesse à risque » qui travaillent dans le cadre d'un contrat de collaboration entre l'Alupse et les hôpitaux. Ces derniers peuvent faire appel au service de pédiatrie sociale multidisciplinaire de l'Alupse, qui s'adresse aux mineurs et enfants à naître qui risquent d'être ou sont victimes de maltraitance, physique, psychologique ou sexuelle, de négligence, ou dont l'éducation



⁸⁵ Rapport de Recommandation de 2010, page 62

⁸⁶ Le service ALUPSE-BÉBÉ « Soutien à la parentalité » a été lancé en janvier 2007, il a pour but une prévention précoce auprès de femmes enceintes ou venant d'accoucher.

ou le développement social ou moral se trouve compromis, à leurs familles ainsi qu'aux personnes qui les encadrent.

Le service de pédiatrie sociale multidisciplinaire offre entre autres:

- l'évaluation des besoins thérapeutiques des clients de façon neutre et compétente;
- la mise en œuvre d'un projet thérapeutique précis, basé sur un diagnostic médical et soignant et élaboré en collaboration étroite avec les médecins traitants, les soignants et les structures hospitalières, respectivement extrahospitalières;
- le soutien de l'établissement hospitalier dans les dossiers des enfants mineurs placés auprès de ce dernier par une décision d'un parquet de la jeunesse ou d'un juge de la jeunesse;
- les examens médicaux des mineurs en cas de réquisition par une autorité judiciaire.

De leur côté, les hôpitaux s'engagent à autoriser les activités des membres du service de pédiatrie sociale multidisciplinaire de l'Alupse dans leur enceinte, sur demande de leur personnel, ainsi que leur participation aux réunions multidisciplinaires régulières en rapport avec la prévention, le diagnostic et le traitement de la maltraitance ou la promotion de la bientraitance, à la demande des médecins et soignants de l'hôpital respectif.



Pour environ 5% des grossesses il y a une intervention de la pédiatrie sociale. Le groupe « grossesse à risque » qui réunit la pédiatre sociale de l'Alupse, l'assistante sociale de l'hôpital, la psychologue ainsi que l'assistante sociale du lieu de résidence pour discuter de la situation de l'enfant et de sa famille et pour se concerter concernant les mesures à proposer aux parents. Si besoin d'autres professionnels peuvent être sollicités comme par exemple le service parentalité de la Jugend an Drogenhëllef ou de l'APEMH. La pédiatrie sociale travaille en étroite collaboration

avec le Parquet général pour les cas où une intervention de la justice est ou pourrait devenir nécessaire.

Conçu comme service national de pédiatrie sociale dédié à la détection de situations à risque et à la mise en place selon les besoins de l'enfant et de sa famille d'un suivi médical, psychologique, social ou éducatif, cette démarche collaborative et concertée constitue un élément exemplaire en vue d'une approche globale et nationale.

Une prise en charge globale, coordonnée et interdisciplinaire.

Les auteurs du rapport 2010 font le constat, qui reste dans une large mesure pertinent, que l'offre de prise en charge est organisée par problématique, découpée selon des classes d'âge et le secteur d'intervention (médical, psychologique, pédagogique, social, thérapeutique ou judiciaire), organisée en fonction de l'intervenant et de son propre réseau, souvent sans soutien apporté à la famille pour la coordination et les différents prises de contact, déconnectée de l'environnement éducatif et social des enfants et des jeunes. Le mode de financement par prestation fournie introduit par la loi d'aide à l'enfance et par la mise en place de l'Office National de l'Enfance a permis la création de nouvelles structure d'aide, respectivement un renforcement des services existants. Cela a sans

doute permis de répondre de façon plus ciblée et dans de meilleurs délais, tant au niveau des demandes des familles, qu'au niveau de l'évolution générale des demandes.

Une vraie participation des enfants et des familles dans la prise en charge

La prise en charge thérapeutique d'un enfant en souffrance sera d'autant plus profitable que l'enfant et ses parents sauront y adhérer. Cela demande aux professionnels une vraie écoute, respectueuse de la personne, de ses capacités et de ses compétences, de sa culture et de son altérité. Le contact avec l'enfant et ses parents peut être rendu difficile du fait de la langue. La Croix-Rouge offre un service d'interprétariat interculturel qui couvre un grand nombre de langues⁸⁷. Mais la langue reste un enjeu difficile à gérer pour beaucoup de professionnels. L'interprétariat doit être organisé, il faut disposer d'un budget et c'est difficile à organiser pour les situations d'urgence.

Intervention de proximité

Le Rapport de Recommandation de 2010 plaide pour une prise en charge de préférence dans les lieux de vie de l'enfant et recommande d'éviter les placements d'enfants en souffrance en dehors de la famille et parfois loin de celle-ci. Depuis 2010 avec la loi de l'aide à l'enfance, les prestations d'aide et de soutien en famille se sont démultipliées. Les mesures d'assistance psychique sociale ou éducative sont proposées par une bonne vingtaine de services⁸⁸. C'est une vraie amélioration en termes de proximité, mais une dispersion des ressources professionnelles qui est le résultat du mode de financement qui permet aux services existant de croître et à de nouvelles structures de s'implanter. **On gagne en diversité, mais on perd un peu de vue la nécessité de construire un système global cohérent.**

Le rapport met l'accent sur la nécessité de réduire le cloisonnement de la prise en charge et sa discontinuité dans le parcours de vie de l'enfant.

L'ONE de son côté fait des efforts pour se rapprocher des familles. Pour remplir sa mission de guichet unique de l'aide à l'enfance et à la famille, l'ONE a mis en place en 2017 cinq guichets régionaux ONE⁸⁹. La visée de cette régionalisation est d'être au plus près des demandeurs d'aide afin de faciliter l'accès à l'aide socio-éducative et psycho-sociale et de soutenir ainsi au mieux les familles et les enfants en détresse.

Les missions des agents régionaux CPI sont :

⁸⁷ Langue disponibles : Albanais, amharique, anglais, arabe, arménien, bosniaque, bulgare, cantonais, coréen, créole cap-verdien, créole guinéen, croate, dari, espagnol, estonien, farsi, grec, hindi, hongrois, italien, kurde kurmandji, kurde sorani, lingala, luxembourgeois, macédonien, mandarin, moldave, monténégrin, népali, pilipino, polonais, portugais, roumain, russe, serbe, slovaque, swahili, tchèque, thaï, turc, ukrainien, vietnamien et wolof.

⁸⁸ **La liste des prestataires d'assistance psychique sociale ou éducative:** Anne asbl - SESAM, SIPO; Act Together asbl – FamillesPlus; ARCUS asbl - Assistance familiale ; Service Betreit Wunnen; Placement familial ; Caritas Jeunes et Familles asbl - Service FARE SUD ; Service FARE NORD ; Service SLEMO ; Croix Rouge luxembourgeoise -Familles First ; Familjenhëllef ; Service Perspectives ; Service placement familial ;Ensemble GmbH - Jugend-und Familien Hilfe; EPI asbl - Follow Up; Fondation APEMH – SCAF; Fondation Caritas Luxembourg - Service Educ'actif ; Fondation Lëtzbuerger Kannerduerf - Antenne familiale ; Fondation Kannerschlass - Service ambulatoire / PAMO ; Service ambulatoire / SLEMO ; Fondation Maison de la porte ouverte - Service suivi Don Bosco ; Initiativ Liewensufank asbl -Service d'aide précoce ; La Main Tendue Angela asbl - Assistance psychique, sociale ou éducative en famille ; Objectiv Famill asbl - Objectiv Famill ; Phoenix asbl - Assistance familiale ; Solidarité Jeunes asbl - Haus 13 Centre ; Haus 13 Nord ; Service familial ; Service LES ; TELOS – Education asbl - SynAIRgie

⁸⁹ : Differdange, Esch-sur-Alzette, Luxembourg, Grevenmacher, Nordstad.

- intervenir sur le terrain auprès des enfants et de leurs familles suite à une demande de soutien pour clarifier les besoins d'aide (visites en famille ou/et réunions dans un des centres régionaux avec les jeunes et/ou les familles);

CADRE DE RÉFÉRENCE COMMUN POUR L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL ET L'OFFRE PÉRI-SCOLAIRE DANS LES LYCÉES



- mettre en place les mesures d'aide en collaboration avec le jeune et sa famille et coordonner la mise en place de ces mesures avec les différents intervenants du secteur de l'aide à l'enfance et à la famille ;

- évaluer les moyens de soutien mis en place et le cas échéant proposer d'autres mesures d'aide mieux adaptées à la situation familiale. Une permanence physique sans rendez-vous a été mise en place dans les cinq centres régionaux tous les mardis après-midi de 13h00 à 17h00.

De plus, dans un esprit de décloisonnement, 15 CPI ont été nommés en tant que représentants permanents du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse auprès des Commissions d'inclusion (CI) pour encourager la coordination entre les intervenants de l'éducation et les intervenants de l'aide à l'enfance. Cet échange entre l'école et les intervenants du secteur socio-éducatif sont d'autant plus nécessaires que le travail réalisé avec un placé en foyer peut être réduit à néant par exemple par une mesure de renvoi du lycéen.

Concernant la proximité de la prise charge, il est prévu d'installer la clinique de jour du Service National de Psychiatrie juvénile au Kirchberg, mais de garder le groupe patient d'Esch, voire d'ouvrir une antenne dans le Nord.

Créer un cadre de référence pour les pratiques professionnelles

La prise en charge des enfants et des jeunes en souffrance psychique demande l'intervention d'un large éventail de professions et de savoir-faire. Pour réussir à se concerter et à collaborer pour le bien de l'enfant, il est primordial d'avoir une vue claire sur qui fait quoi, de définir les fonctions des professionnels des champs socio-éducatif, psychologique, pédopsychiatrique et thérapeutique.

L'enjeu pour la construction d'un tel cadre de référence sera de prendre en compte d'un côté les interventions thérapeutiques et socio-éducatives reconnus comme bonnes pratiques au niveau international et de l'autre côté les aspects légaux, réglementaire et de nomenclature. En ce qui concerne la nomenclature, et notamment le financement des mesures, au moins trois systèmes cohabitent ; la Caisse Nationale de Santé, l'Assurance Dépendance, l'Office national de l'enfance et l'Ediff.

Les missions communes (voir colonne de gauche du tableau ci-dessous) et les tâches spécifiques réservées à chaque métier (colonnes de droite) des équipes psycho-sociales et éducatives²⁹ peuvent être décrites et résumées comme suit :

Mission commune : bien être psycho-social de l'élève		Tâches spécifiques à chaque métier
<ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Échanges multiprofessionnels • Analyse systémique et globale de la situation psycho-sociale et éducative de l'élève • Documentation de l'analyse des facteurs de risque et de résilience • Planification commune d'interventions <ul style="list-style-type: none"> · individuelles · de groupe • Participation au développement de l'école • Évaluation commune 	Psychologue (PSY)	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation via tests et/ou questionnaires psychologiques et conseils psychologiques • Bilan psychologique • Entretien psychologique et psychothérapeutique
	Assistant social (AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête sociale et rapport social • Gestion des subventions • Conseils sur accès aux droits, aides financières et aides au logement
	Éducateur gradué (EG)	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions de prévention • Proposition et mise en œuvre de mesures et projets relatifs à la vie en communauté
	Éducateur diplômé (ED)	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux interventions • Mise en œuvre de mesures et projets relatifs à la vie en communauté

²⁹ Source : L'accompagnement psychosocial des élèves en difficulté - Auteurs : Gilles L'Écuyer et André L'Écuyer

Les descriptions de fonction définies par chaque lycée à partir d'un template générique mis à disposition par le CePAS se réfèrent au tableau ci-dessus, et permettent de sélectionner et de détailler les spécificités des fonctions au sein d'une équipe SePAS donnée.

Comme la profession de psychologue est maintenant réglée par la loi de 2015 nous disposons d'une définition légale du « psychologue » et de son activité⁹⁰.

Le ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse a élaboré un « Cadre de référence commun pour l'accompagnement psycho-social et l'offre périscolaire dans les lycées » qui a pour objet de définir les objectifs et les missions de ces deux démarches complémentaires. Le document définit dans le détail les objectifs communs visés, les missions, les tâches et les méthodes de travail au niveau du CEPAS⁹¹, des SEPAS⁹² et des SSE⁹³ dans les différents lycées. (Voir tableau ci-contre)

Rôle du référent thérapeutique

Le Rapport de Recommandation de 2010 préconise la nomination d'un référent thérapeutique qui peut être un professionnel de la santé mais qui dans les cas où l'ONE est impliqué, sera logiquement le CPI⁹⁴ de l'ONE. Vu la grande diversité des professionnels qui peuvent être impliqués dans la prise en charge de l'enfant ou du jeune, un case-management s'impose pour accompagner l'enfant et sa famille ainsi que pour veiller à la concertation des acteurs et pour garantir l'adéquation et la cohérence des mesures proposées. Le CPI pourra aussi assurer la continuité dans le temps pour le jeune et ses parents.

Développer des outils de collaboration

Collaboration des professionnels avec les jeunes et les familles

La première recommandation concerne la place active que les professionnels doivent donner aux jeunes et à leurs familles. La participation de l'enfant et des parents ou tuteurs est inscrite dans la loi de l'aide à l'enfance⁹⁵ et leurs signatures sont requises en bas du projet



⁹⁰ Aux fins de la présente loi, on entend par « psychologue » toute personne physique qui utilise, dans le cadre de son activité professionnelle, la méthode thérapeutique qui fait exclusivement appel à des moyens psychologiques reconnus afin de traiter les troubles mentaux chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant.

La psychothérapie se définit comme un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, et qui a pour but de favoriser chez le ou les patient(s) des changements bénéfiques, notamment dans le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans le système interpersonnel, dans la personnalité ou dans l'état de santé. Ce traitement va au-delà d'un accompagnement sous forme d'aide psychologique visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. – *** article 1^{er} de la Loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychologue.

⁹¹ Centre Psycho-Social d'Accompagnement Scolaire

⁹² Service Psycho-Social d'Accompagnement Scolaire

⁹³ Services Socio-Educatifs

⁹⁴ CPI - Coordinateur de projet d'intervention

⁹⁵ Article 4 Loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille. « Dans des situations d'enfants en détresse, les parents ou représentants légaux ainsi que l'enfant capable de discernement sont en droit de demander l'assistance de l'Office national de l'enfance.

Ils participent à l'élaboration du projet d'intervention socio-éducatif et psychosocial prévu à l'article 6 ci-après, qui a été élaboré ou validé par l'Office national de l'enfance.

Ce projet ne prend effet que s'il est signé par les parents ou représentants légaux et l'enfant capable de discernement. L'enfant, ses parents ou représentants légaux ont le droit de demander à tout moment le réexamen, voire la révocation du projet d'intervention. »

d'intervention. Pour ce qui est de la participation dans la pratique, les expériences faites par les familles peuvent encore être très différentes.

L'ORK rencontre des parents qui ont le sentiment que leur enfant est entre de bonnes mains dans son foyer ou dans le service psychothérapeutique, qu'ils peuvent faire confiance aux professionnels. Mais il y a aussi les parents qui ont des craintes, qui posent des questions aux professionnels, qui veulent savoir, qui ont peur de perdre le contrôle, qui deviennent difficile à gérer pour les professionnels en qui ces parents n'ont plus confiance. Une collaboration sereine et confiante entre parents et professionnels se construit et se cultive. Pour une écoute attentive et bienveillante il faut du respect et de la patience. Or ce qui fait défaut à beaucoup de professionnels c'est le temps et la disponibilité.

A travers ses saisines par des particuliers l'ORK est amené à connaître des situations où des professionnels ont pu « dérailler », montrant des réactions très émotionnelles et peu respectueuses de la famille. Cela peut arriver, mais une attitude professionnelle exige une remise en question de cette réaction non approuvée et un débriefing concernant la situation.

L'Etat doit aussi soutenir les associations qui sont actives dans le domaine de la santé mentale comme par exemple l'« Association des Familles ayant un proche atteint de psychose au Luxembourg » : De telles initiatives sont d'autant plus précieuses que les familles concernées ont souvent tendance à s'isoler.

Les droits des jeunes patients

Dans le domaine de la santé il faut noter que l'article 13 de la loi sur les droits et obligations du patient⁹⁶ permet au patient mineur non émancipé d'exercer de façon autonome ses droits relatifs à sa santé.

Art. 13. Patient mineur non émancipé

(1) Les droits du patient mineur non émancipé sont exercés par ses parents ou par tout autre représentant légal. Suivant son âge et sa maturité et dans la mesure du possible, le mineur est associé à l'exercice des droits relatifs à sa santé.

(2) Si le patient mineur non émancipé dispose de la capacité de discernement nécessaire pour apprécier raisonnablement ses intérêts, il peut être admis par le médecin traitant ou tout autre prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge à exercer les droits relatifs à sa santé de manière autonome. Dans cette hypothèse, il peut aussi, en cas d'avance des frais, exercer de manière autonome le droit au remboursement des soins de santé afférents par les organismes de sécurité sociale.

Sauf opposition du patient mineur d'associer son ou ses représentants légaux à l'exercice de ses droits, le prestataire de soins de santé peut déroger au secret professionnel à l'égard de son ou de ses représentants légaux. Il en est de même des organismes de sécurité sociale.

(3) Le prestataire de soins de santé responsable de la prise en charge prend, en cas de danger grave et immédiat pour la vie ou la santé d'un patient mineur, toutes mesures d'ordre médical que la situation requiert.

Ces mesures d'urgence peuvent, le cas échéant, être prises en passant outre l'éventuel refus de consentement des parents ou des représentants légaux. En ce cas, le prestataire de soins de santé doit

⁹⁶ Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

adresser dans les trois jours ouvrables au procureur d'Etat un rapport motivé sur les mesures d'ordre médical qu'il a prises.

Une approche transparente et concertée

Un projet pluridisciplinaire doit clairement définir les compétences de chacun et le coordinateur doit veiller à la concertation, au suivi, à l'évaluation et aux réajustements à apporter.

Echanges et bilans réguliers

La coordination entre les différents intervenants et avec la famille est indispensable pour garantir la cohérence et la continuité de la prise en charge. Elle est chronophage, mais pas prévue dans la nomenclature et le financement des professions libérales, ce qui constitue pour tous les intervenants une vraie entrave à la collaboration.

Confidentialité, échange d'informations, secret professionnel et protection des données

Le travail thérapeutique et socio-éducatif pluridisciplinaire n'est guère concevable sans échange d'informations, d'évaluation et d'appréciation concernant un enfant à prendre ou pris en charge. Mais la pratique du secret professionnel partagé soulève évidemment aussi des questions de déontologie professionnelle, de risque de stigmatisation et de cadre juridique.

Pour les professionnels de santé, le secret professionnel partagé est défini dans la loi sur les droits et obligations du patient⁹⁷:

Art. 18. Confidentialité et secret professionnel

(1) Par dérogation à l'article 458⁹⁸ du Code pénal, le professionnel de santé donne aux proches du patient, après avoir recueilli son consentement, des informations indispensables pour leur permettre d'intervenir dans son intérêt. Le consentement n'est pas requis lorsque le patient, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, est hors d'état de manifester sa volonté et ne s'est pas préalablement opposé à cette levée du secret médical.

(2) Deux ou plusieurs professionnels de la santé peuvent, sauf opposition du patient dûment averti, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier ou toute autre personne morale ou entité au sein duquel des soins de santé sont légalement prestés, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le patient, dûment informé, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations le concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. Le professionnel de santé qui est à l'origine de la prestation garde toutefois toujours un accès aux éléments du dossier en rapport avec sa prestation.

Dans son 2^e alinéa de l'article 18 la loi consacre le maniement du secret partagé tel qu'il est pratiqué par les professionnels de santé. La description qui en est donnée correspond par ailleurs tout à fait à la pratique

⁹⁷ Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

⁹⁸ Art. 458. du code pénal : Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 500 euros à 5.000 euros.

d'échange d'informations confidentielles entre professionnels qui travaillent dans les domaines de l'aide et de la protection de la jeunesse.

Partager de façon responsable des informations confidentielles entre intervenants demande une déontologie clairement formulée qui prend en compte l'intérêt supérieur de l'enfant, son droit à s'exprimer et son droit au respect de sa vie privée, mais évidemment aussi son droit à la protection quand il est en danger..

En France la Loi Santé⁹⁹ autorise les professionnels de santé d'échanger des informations avec les professionnels du médico-social et du social.

Un décret du 20 juillet 2016¹⁰⁰ précise notamment quels sont les professionnels concernés : d'une part les professionnels de santé et d'autre part une longue liste de professionnels du champ social et médico-social.

Figurent dans cette liste, par exemple, les assistants de service social mais aussi les ostéopathes, les chiropracteurs, les psychologues, les psychothérapeutes, les aides médico-psychologiques, les assistants maternels...

Soit toute une série de professionnels qui, pour la grande majorité d'entre eux, ne sont pas soumis au secret professionnel d'après le code pénal et n'ont pas la même « culture » du secret que les professions de santé. Ainsi le cadre légal est plus clair. La Loi Santé française autorise l'échange d'informations avec un ou plusieurs professionnels identifiés à condition qu'ils participent tous à la prise en charge et que les informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins du patient, à la prévention ou à son suivi médico-social. La loi ne donne pas de définition du « strictement nécessaire ».

Les professionnels luxembourgeois doivent mener une réflexion éthique importante pour définir précisément quelles sont les informations à partager avec les professionnels du médico-social et du social mentionnés.¹⁰¹

Au Luxembourg, les secteurs médico-socio-éducatifs ont fait beaucoup d'effort pour se mettre en conformité avec le règlement général sur la protection des données. L'ORK a cependant pu constater que beaucoup d'acteurs se trouvaient quelque peu désorientés par rapport à leur pratique d'échanges d'informations pourtant nécessaires pour une prise en charge cohérente des enfants et des familles.

L'ORK recommande aux ministères concernés, à la CNPD¹⁰² et à la FEDAS¹⁰³ d'élaborer un cadre de référence pour le secteur sous forme d'un guide pratique prenant en considération les questions de traitement et d'échange d'informations entre intervenants, tant sous l'angle de la déontologie, que sous l'angle du droit et des réglementations.

⁹⁹ Loi santé du 26 janvier 2016

¹⁰⁰ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

¹⁰¹ Secret professionnel & partage d'informations : les nouvelles dispositions de la Loi Santé 2016, ManagerSante , 2017/01/08, <https://managersante.com/2017/01/08/secret-professionnel-et-partage-dinformations-les-nouvelles-dispositions-de-la-loi-sante-2016/>

¹⁰² Commission Nationale pour la Protection des Données

¹⁰³ La Fédération des employeurs du secteur d'action sociale qui compte (chiffre au 15/01/2018) 155 organismes membres, gestionnaires de structures dans les différents secteurs de l'action sociale et de l'économie sociale et solidaire au Luxembourg: enfance, jeunesse et famille, aide sociale, handicap, protection internationale, inclusion sociale et professionnelle, seniors, etc.

Conclusion et recommandations concernant la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles



Une démarche à compléter

Il faut regretter que le Rapport de recommandations « Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg » publié en 2010 n'ait pas eu de vraie suite sous forme d'un plan structuré permettant l'application de ces recommandations. Mais ça reste un document précieux, toujours valable et pertinent. Pour la préparation et la rédaction les auteurs ont eu des échanges avec un nombre impressionnant de professionnels de la santé, de la justice, de l'université, de l'enseignement, des administrations et du secteur psycho-social. Le rapport devrait être actualisé et être suivi d'un vrai plan national détaillant les acteurs chargés de mettre en œuvre les actions concrètes à mettre en place pour atteindre les objectifs concernant la formation, le screening, la participation, la politique de proximité, le référent thérapeutique et la collaboration pluri professionnelle.

La pédopsychiatrie

L'ORK salue les renforcements prévus dans le domaine de la pédopsychiatrie et la psychiatrie juvénile.

Ainsi le CNHP disposera bientôt d'un centre thérapeutique pour adolescents à Putscheid pour y accueillir des jeunes entre 12 et 18 ans avec des troubles psychiatriques.

Il faut noter que la psychiatrie juvénile, que ce soit en stationnaire ou en ambulatoire, connaît en permanence une occupation à 100%, et en conséquence de longues listes d'attentes. Le service national de psychiatrie juvénile disposera à partir de 2021 de 30 lits contre 23 actuellement,

organisés en deux services hospitalier de 15 lits, ainsi que d'une deuxième clinique de jour au Kirchberg (20 places), ce qui fera en tout 32 places avec le maintien de l'antenne d'Esch.

Il est aussi prévu d'incorporer une école pour les jeunes patients à proximité de l'hôpital du Kirchberg. Une clinique de jour au nord du pays devrait compléter le paysage et contribuer à tenir la promesse de rapprocher le soin de patients. L'augmentation de places en clinique de jour à proximité du lieu de vie des jeunes est nécessaire pour libérer des lits dans le stationnaire respectivement pour réduire les temps d'attente pour une prise en charge.

L'ORK regrette que le CHL ne dispose toujours pas officiellement de lits maman-bébé qui sont pourtant indispensables pour prendre en charge des mamans qui présentent un trouble de l'attachement ou qui souffrent d'autres troubles psychiques.

L'ORK salue la création du Centre KanEl qui est un centre de consultation thérapeutique à vocation préventive spécialisé en parentalité. Il s'adresse aux parents, aux enfants et aux familles en souffrance psychique importante. Ce centre permet notamment de soutenir les enfants qui vivent avec un parent en souffrance psychique. L'ORK est d'avis qu'une vraie réponse à la problématique du poids que font peser les troubles mentaux sur tout le groupe familial exigera d'installer également de tels centres à Luxembourg et dans le nord du pays.

Stratégie dans l'environnement scolaire

L'ORK félicite le gouvernement d'avoir compris que les enfants passent beaucoup de temps à l'école et que les écoles sont bien placées pour promouvoir le bien-être, prévenir les problèmes de santé mentale et reconnaître les problèmes à un stade précoce.

Les experts d'ADOCARE ont proposé différentes stratégies en vue d'améliorer le bien-être des jeunes dans un contexte scolaire. Ces propositions pourront utilement nourrir la réflexion autour de la contribution de l'école à l'amélioration de la santé mentale des enfants et des jeunes.

Adocare plaide pour une formation de base en santé mentale aux enseignants. En effet, les enseignants sont présents en permanence dans la vie des jeunes et sont bien placés pour détecter des problèmes à un stade précoce et peuvent apporter une aide précieuse.

Il faudrait engager des professionnels de la santé mentale à l'école. Dans les lycées une infirmière ou un infirmier devrait faire partie de l'équipe du Sepas ou du SSE. En effet il ne faut pas surcharger les enseignants inutilement en leur demandant de procurer de l'aide et de prodiguer des soins aux jeunes vu leur charge de travail d'enseignement déjà élevé. En outre les petits bobos comme des maux de ventre ou de tête peuvent être les révélateurs de certains problèmes de santé mentale. Un jeune aura plus de facilité de parler à un professionnel de santé de ces symptômes physiques que de s'adresser à la psychologue pour son mal-être ou sa dépression.

Un professionnel de la santé faisant parti de l'équipe du Sepas pourra aussi plus facilement initier et cultiver une collaboration avec des professionnels de la santé mentale externes qui suivent le jeune ou qui peuvent conseiller les intervenants du lycée.

Le bien-être et la santé physique et mentale devraient partie intégrantes des cours. Les adolescents ne doivent pas uniquement savoir comment fonctionne leur corps, mais aussi leur psychisme. Les cours intégrés dans le programme scolaire devraient se focaliser sur les problèmes liés à la santé mentale, comme le développement de la résilience, le respect d'autrui, le développement de

compétences sociales, la gestion de situations difficiles, la stimulation du recours à une aide comme étant une force de la personne, l'encouragement de la participation de la famille à l'expression de ses émotions et le développement des capacités personnelles.

Dans ces cours on pourra faire converger les objectifs d'un plan national de santé mentale avec les objectifs d'autres plans nationaux comme le plan « Santé affective et sexuelle » ou le plan LGBTI.

Toute école devrait aussi prêter systématiquement attention aux comportements à risques parmi les élèves et ne pas fermer les yeux. Sans empiéter sur le respect de la vie privée des élèves les enseignants et les autres intervenants de l'école se doivent d'être attentifs et vigilants face aux comportements liés à l'abus de substances, des automutilations, le décrochage scolaire ou le harcèlement. Ce sont autant des signes de détresse, des appels à secours qu'il faut prendre au sérieux. Les professionnels de l'enseignement, comme tout un chacun ont une obligation d'assistance à personne en danger.

Travail en réseau

Le travail en réseau est absolument indispensable pour mieux cerner les besoins des jeunes et les mesurer à proposer. Pour une prise en charge cohérente, concertée et adaptée à la souffrance et aux besoins de l'enfant ou du jeune les professionnels des différents secteurs doivent échanger pour développer une compréhension multifactorielle et donner des réponses pluri professionnelles.

La politique doit formaliser et stimuler ce travail intersectoriel. Les questions qui sont soulevées : le secret professionnel partagé « car au sein des réseaux vont se côtoyer des acteurs qui ne sont pas tenus au même niveau de secret et sont donc appelés à la prudence. Il en est de même de la mise en vigueur de la nouvelle loi sur la protection des données. L'ORK recommande aux ministères concernés, à la CNPD¹⁰⁴ et à la FEDAS¹⁰⁵ d'élaborer un cadre de référence pour le secteur sous forme d'un guide pratique prenant en considération les questions de traitement et d'échange d'informations entre intervenants, tant sous l'angle de la déontologie, que sous l'angle du droit et des réglementations.

Approche développementale

L'enfance et l'adolescence sont des phases de la vie qui se caractérisent par des changements et des transitions. Cela demande une approche développementale qui reconnaisse que chaque jeune éprouve des besoins différents qui évoluent selon son âge, son niveau de maturité et le contexte. Les professionnels doivent être conscients du fait que chaque diagnostic clinique et tous les besoins identifiés sont susceptibles d'évoluer en permanence, étant donné que les jeunes peuvent changer rapidement en peu de temps. Le plan de traitement doit être considéré comme un chantier qui évolue.

¹⁰⁴ Commission Nationale pour la Protection des Données

¹⁰⁵ La Fédération des employeurs du secteur d'action sociale qui compte (chiffre au 15/01/2018) 155 organismes membres, gestionnaires de structures dans les différents secteurs de l'action sociale et de l'économie sociale et solidaire au Luxembourg: enfance, jeunesse et famille, aide sociale, handicap, protection internationale, inclusion sociale et professionnelle, seniors, etc.

Participation des parents

L'implication et la participation des parents sont essentielles dans le travail avec les enfants et les jeunes. L'idée générale consiste à rechercher un équilibre entre le respect de la vie privée, le droit de participation du jeune et la participation des parents et de la famille.

Il est cependant important que les professionnels informent et impliquent les parents dès que possible. Au début d'un traitement c'est aussi l'un des points à aborder avec l'adolescent. En fait, les membres de la famille, et en particulier les parents, qui vivent avec un adolescent souffrant de troubles psychiatriques, connaissent souvent eux-mêmes des problèmes. Les services de psychiatrie doivent avoir les ressources humaines suffisantes pour pouvoir offrir un accueil respectueux et un suivi de la famille du patient qui prend en compte le vécu et la souffrance des membres de la famille. L'ORK plaide pour un renforcement en ressource et une régionalisation de l'approche initiée par le Centre KanEl ¹⁰⁶

Les transitions imposées par l'organisation de la prise en charge

Comme dans d'autres domaines du secteur socio-éducatif une distinction dans la prise en charge psychiatrique au Luxembourg est faite entre les services s'adressant aux enfants d'une part, les services s'adressant aux adolescents d'autre part et encore les services de santé destinés aux adultes.

Cela signifie que les jeunes souffrant de troubles psychiques à un jeune âge seront transférés, à un moment donné de leur parcours de soins, des services pour enfants aux services pour adolescents et ensuite pour adultes. Lors de ces transitions, certains jeunes se sentent perdus, d'autant plus que ce ne sont pas seulement les intervenants qui changent. Le jeune et ses parents doivent aussi se réorienter par rapport aux modèles de travail et de fonctionnement, par rapport aux écoles de pensée et de la démarche thérapeutique. Quand ces transitions sont mal vécues par le jeune ou ses parents, il y a toujours le risque de rupture et d'interruption des soins.

L'ORK recommande aux professionnels de santé mentale de préparer et d'accompagner ces transitions où les besoins de l'enfant doivent être au cœur de toute décision prise. Le cadre temporel et la responsabilité des uns et des autres doivent être bien définis. Enfin les services doivent rester souples en ce qui concerne les limites d'âge imposés aux jeunes.

Un des problèmes qui se posent avec le passage à la majorité, c'est la rupture du suivi psychiatrique du jeune. En effet, il est sorti du champ de compétences du service de la psychiatrie juvénile et en général les médecins du service de psychiatrie pour adultes ne sont ni formés, ni intéressés de continuer le genre de collaboration qu'il y a eue avant entre le foyer et la psychiatrie juvénile. Le foyer ne reçoit plus de feedback, les médecins arguant des droits d'un patient adulte et autonome. Les solutions envisagées pour les comportements problématiques des jeunes sont souvent médicamenteux. Notons que tant la protection de la jeunesse que l'aide à l'enfance prévoient, avec l'accord du jeune, une prise en charge au-delà des 18 ans. Par conséquent il serait nécessaire de réfléchir à un cadre de référence commun entre le secteur socio-éducatif et la psychiatrie juvénile et adulte.

Dans ce contexte l'ORK salue l'évolution de la politique de l'ONE qui a atténué l'exigence pour le

¹⁰⁶ <http://www.reseaupsy.lu/services/kanel/>

jeune adulte de présenter un projet de vie sophistiqué pour pouvoir bénéficier des mesures de soutien.

Aperçu sur les troubles mentaux

Pour compiler ces informations nous avons surtout utilisé le site de l'Association québécoise de parents de l'enfance en difficulté¹⁰⁷ et le site internet www.psycom.org¹⁰⁸. Ces sites donnent des conseils pratiques aux parents et professionnels.

Troubles affectifs

On parle aussi de perturbations émotionnelles liées au manque, troubles résultant de l'insatisfaction durable des besoins affectifs¹⁰⁹. On appelle affect une émotion éprouvée, réprimée ou inhibée, consciemment ou inconsciemment liée au cheminement d'un désir.

Trouble de l'attachement?¹¹⁰

« Le trouble de l'attachement se caractérise par une incapacité à établir un lien sélectif avec une figure d'attachement (souvent un parent) dans la petite enfance. Cette problématique peut toucher des enfants qui ont vécu une rupture du lien mère-enfant (adoption, maladie de la mère, grossesse difficile, décès de la mère, placement précoce de l'enfant en famille d'accueil, etc.). Ce trouble entraîne des problèmes sérieux au niveau émotionnel, social, affectif, de la confiance en soi, du respect des normes et des études. Certaines conséquences peuvent être irréversibles. »

Troubles anxieux

Tous les enfants présentent de l'anxiété à un moment ou un autre, face à certaines situations spécifiques ou suite à des changements importants affectant leur quotidien. L'anxiété devient un trouble lorsqu'elle nuit de façon marquée au fonctionnement quotidien de l'enfant (il n'arrive plus à aller à l'école, il ne veut plus jouer avec ses amis, il n'arrive plus à dormir, etc.) et que cela se maintient dans le temps.¹¹¹

Les troubles anxieux se manifestent de façon diverse:

Anxiété de séparation; anxiété excessive et inappropriée chez l'enfant qui doit se séparer des personnes auxquelles il est attaché (généralement les parents).

Anxiété généralisée; anxiété présente tous les jours, dans différentes activités.

L'attaque de panique; survenue brutale d'une peur intense, d'un sentiment de mort ou de catastrophe imminente, de perte

de contrôle de soi. Les symptômes physiques et comportementaux associés :

- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements ou secousses musculaires.
- Sensations de «souffle coupé» ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale.
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement. Dérealisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment d'être détaché de soi).
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir.
- Sensations d'engourdissement ou de picotements, frissons ou bouffées de chaleur.

Trouble panique (avec ou sans agoraphobie); Attaques de panique à répétition (symptômes physiques comme des palpitations, tremblements, transpiration, sensation d'étouffement, etc.) qui surviennent de façon inattendue. La personne se met à craindre l'apparition d'une nouvelle crise ou les conséquences de la crise. On parle de trouble panique avec agoraphobie lorsque la personne présente des attaques de panique et de l'agoraphobie.

Phobie sociale; Peur persistante et soutenue d'une ou plusieurs situations sociales (manger à la cafétéria, assister à un cours, aller à une fête, etc.) ou de performance où la personne peut être observée par des gens (ex : compétition sportive, exposé oral, etc.).

Trouble obsessionnel-compulsif TOC; Présence d'obsessions (pensée, impulsion ou représentation récurrente et persistante) et/ou de compulsions (comportements répétitifs qui répondent à une obsession). Par exemple, un enfant peut se laver les mains de façon excessive. Ce trouble de la pensée et du comportement est dû à un dérèglement du cerveau. Il débute par des anxiétés et des incertitudes qui, contre toute volonté, se transforment en obsessions, des pensées et des images répétitives.

L'enfant peut apprendre à contrôler son anxiété par différentes techniques ou outils.

Le trouble de conduite¹¹²

Le trouble des conduites (TC) est défini comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet ».

Ces conduites - agressions physiques graves, actes de vandalisme, fraudes et vols, absentéisme scolaire et fugues - entraînent une altération conséquente de la qualité de vie, tant

¹⁰⁷ <http://www.aped.org/Association.html>

¹⁰⁸ Psycom.org est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale

¹⁰⁹ <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Troubles-affectifs>

¹¹⁰

http://www.aped.org/TDA_H/Trouble_Attachement.html

¹¹¹

http://www.aped.org/TDA_H/Troubles_Anxieux.html

¹¹²

http://www.aped.org/TDA_H/Trouble_Oppositionnel.html

d'un point de vue scolaire que social. Ce diagnostic est le plus souvent établi à l'adolescence.

Selon les études, la prévalence du trouble des conduites est comprise entre 1,5 et 3,4 % de la population de moins de 18 ans.

Le Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est défini comme : « un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité ». Il s'agit d'un diagnostic le plus souvent établi entre 9 et 12 ans.

Le trouble des conduites chez l'enfant occupe une place délicate entre psychiatrie et justice, punition et soin. Le trouble des conduites (notion médicale) ne doit pas être confondu avec la délinquance (notion juridique). Si le trouble des conduites peut représenter un facteur de risque de délinquance, tout adolescent coupable selon la loi d'actes délictueux ne souffre pas nécessairement d'un trouble des conduites

Le syndrome Gilles de la Tourette (SGT)¹¹³

Le SGT est un trouble neurologique qui est caractérisé par la présence de tics moteurs et vocaux involontaires qui se développent durant l'enfance et peuvent durer toute la vie. Bien que les tics parfois quotidiens soient dérangeants, les troubles associés comme les problèmes d'apprentissage, les troubles de comportement ou les obsessions /compulsions peuvent avoir des impacts très importants sur la qualité de vie de l'enfant.

Le SGT est considérée comme une maladie rare pour laquelle n'existe pas de traitement. Les interventions viseront plutôt à diminuer les comportements les plus dérangeants pour améliorer la qualité de vie et le développement du jeune.

Le mutisme sélectif

Le mutisme sélectif est un trouble anxieux sévère qui se traduit chez l'enfant par une incapacité à parler (il est « muet ») dans certaines situations (par exemple à l'école ou dans des lieux publics).

L'enfant peut cependant être tout à fait capable de parler lorsqu'il se sent détendu (comme à la maison). Les enfants atteints de mutisme sélectif ne restent pas « volontairement » muets. Ils n'essaient pas de contrôler une situation en restant muets. Ne pas parler est une façon de se protéger contre l'anxiété sévère. Parce que l'anxiété est à la base du mutisme sélectif, la punition, la répression ou la culpabilisation de l'enfant n'aideront en rien. Ce genre d'attitude peut même être néfaste.

La dépression¹¹⁴

La dépression est une maladie qui se manifeste principalement par une grande tristesse, un sentiment de désespoir, une perte

de motivation et l'impression de ne pas avoir de valeur en tant qu'individu. L'enfant qui vit une dépression peut avoir des idées suicidaires ou même passer à l'acte. Les symptômes dépressifs doivent donc être pris très au sérieux et de l'aide immédiate doit être apportée.

Les signes avant-coureurs ?

Chez l'enfant :

- Se montre plus irritable et triste qu'à l'habitude
- Intolérance à la frustration; crises intenses et fréquentes accompagnées de pleurs et d'agressivité
- Manque d'intérêt pour l'école
- Difficultés de concentration
- Chute dans les résultats scolaires
- Se plaint de maux de tête ou de ventre
- Problèmes de sommeil, d'endormissement, cauchemars ou rêves d'angoisse
- Ne veut plus jouer, sortir ou voir ses amis
- Dit qu'il n'a plus envie de vivre ou qu'il n'aurait pas dû naître
- Agitation motrice (ressemble à l'hyperactivité) ou ralentissement psychomoteur (moins fréquent)
- Prend peu de poids. Parfois, l'enfant n'atteint pas le poids normal pour son âge

Chez l'adolescent :

Il est difficile de différencier la période de l'adolescence de la dépression puisque plusieurs comportements sont communs. Il faut tout de même porter une attention particulière à certains signes afin, justement, de ne pas tout attribuer à la crise d'adolescence :

- Tendance à s'isoler
- Désinvestissement dans les études
- Signes d'automutilation
- Verbalisation d'idées suicidaires
- Variation de poids en lien avec une baisse ou une augmentation de l'appétit
- Hypersomnie; l'adolescent dort énormément
- Ralentissement psychomoteur ou agitation motrice (moins fréquent)
- Abus d'alcool ou de drogue
- Sexualité exagérée
- Troubles de comportement; fugues, vols, bagarres, difficultés relationnelles avec les pairs

Cette maladie affecte donc la mémoire, la pensée, le jugement et l'état d'esprit. Ainsi, la dépression sévère a un impact sur la façon de se sentir, de penser, de manger, de dormir et d'agir.

Les personnes qui en sont atteintes doivent être traitées pour éviter que les symptômes ne s'aggravent. Cette maladie affecte non seulement le psychisme et le cerveau, mais le corps entier. Elle impacte la manière dont la personne mange, dort, se perçoit elle-même et voit les choses.

Ce n'est pas un état d'esprit momentané, normal. Il ne s'agit ni d'un signe de faiblesse personnelle ni d'un trouble auquel on peut « échapper » simplement en le voulant. Il ne suffit pas que la personne affectée décide de « se ressaisir » et de guérir.

La dépression est souvent accompagnée d'anxiété et entraîne toujours des problèmes importants avec la famille, avec les amis, au travail ou à l'école à cause des effets qu'elle a sur la personne.

¹¹³ http://www.aped.org/TDA_H/Syndrome_Tourette.html

¹¹⁴ http://www.aped.org/TDA_H/Depression.html, voir aussi <http://www.prevention-depression.lu/>

La dépression va bien au-delà de la détresse ou de la souffrance normale : il s'agit d'une maladie impliquant des signes et des symptômes qui peuvent durer pendant des semaines, des mois, voire des années sans que le trouble soit détecté ou qu'un traitement approprié soit mis en place.

En effet, les symptômes physiques sont souvent remarqués par la personne sans que celle-ci ne les associe tout de suite à une dépression. De plus, des problèmes préexistants – comme par exemple des douleurs au dos peuvent devenir plus intenses pendant une phase dépressive.

Quand les problèmes physiques sont dominants, il est souvent difficile pour les médecins généralistes de reconnaître et de diagnostiquer une dépression sous-jacente. Or, dans deux tiers des cas, le patient se plaint principalement d'un symptôme somatique. Les symptômes anxieux sont également très fréquents lors d'une dépression et ils sont souvent aussi de nature physique, comme par exemple l'oppression de la poitrine, l'essoufflement, les nausées et les vertiges.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître une dépression. Ci-dessus, on trouve un autotest qui a été développé pour évaluer votre humeur de manière rapide et pour vérifier si présentez des signes et des symptômes d'une dépression.

Le site www.prevention-depression.lu contient des conseils pour les personnes concernées (dont une particulière pour les adolescents), pour la famille et les proches, mais aussi pour les professionnels.

Troubles de comportement liés à une dépendance¹¹⁵

La dépendance désigne un état psychologique et/ou physique qui se manifeste par un besoin irrésistible et répété, jamais réellement assouvi. Celui-ci peut être lié à une consommation de produits (d'alcool, de tabac, de psychotropes) ou à un comportement (addiction au jeu, au sexe, à Internet...).

La dépendance peut donc être psychologique, c'est-à-dire la croyance qu'on ne peut fonctionner sans la consommation, ou physique, l'adaptation physique à une substance qui mène à une consommation croissante pour obtenir les mêmes effets et présence de symptômes de sevrage à l'arrêt. Les effets, les risques et les dangers varient suivant les produits et l'usage qui en est fait. Les raisons de consommer diffèrent selon chaque personne, elles sont liées à son histoire, à son état de santé à son environnement familial et social. Chaque consommation ne présente pas les mêmes dangers : elle dépend aussi de la vulnérabilité du consommateur, de la fréquence, du contexte de la consommation.

Il existe une sorte de symptômes par lesquels on peut découvrir une dépendance. Les plus fréquents sont : les changements fréquents d'humeur, la négligence dans la tenue et l'hygiène, des problèmes d'alimentation ou des absences répétées à l'école.

¹¹⁵ <http://www.ama.lu/fr/que-faire/documents-utiles/>

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/problemes-lies-a-la-consommation/>

http://www.caat.online.fr/drogues/drogues_effet.htm

D'autres symptômes sont l'opposition à toute discipline, la dégradation des relations familiales, souvent un changement du cercle d'amis ainsi qu'un besoin d'argent constant afin de pouvoir financer la drogue par exemple.

Le manque de motivation et les mauvais résultats scolaires devraient souvent aussi indiquer une dépendance.

http://www.caat.online.fr/drogues/drogues_effet.htm

Chaque drogue présente un potentiel de nuisance dans trois domaines :

- un potentiel intoxicant,
- un potentiel agressogène,
- un potentiel addictif.

Les dangers et les risques varient d'une drogue à l'autre selon son potentiel de nuisance et sont de différentes natures. Comme les effets, ils dépendent aussi de la sensibilité du consommateur, de son état physique et psychique. On recensera

- le risque somatique (physique),
- le risque psychique,
- le risque maternel et fœtal,
- le risque social.

Tous ces produits, s'ils procurent à court terme un plaisir ou un soulagement, sont dangereux à court, moyen et long terme pour la santé physique et psychique et généralement perturbateurs de la vie sociale.

Pour quelques instants de plaisir, ils peuvent conduire à la dépendance et à des années d'enfer.

Le risque maternel et fœtal

Consommées par une femme enceinte, les drogues, pour la plupart, traversent le placenta et atteignent le fœtus. Elles ont alors un effet délétère aussi bien sur le déroulement de la grossesse que sur l'enfant à naître. Elles entraînent fausse couche, mort in utero, accouchement prématuré, malformations du fœtus mort subite du nourrisson, retard de croissance, anomalies mentales.

Le risque maternel très fort induit sur le fœtus par la consommation d'alcool par une femme enceinte, même sans abus, c'est le « Syndrome d'alcoolisation Fœtale » ou SAF qui laisse des séquelles physiques et mentales irréversibles.

Alcoolisme¹¹⁶

« État de dépendance physique et psychique qui se manifeste par la consommation fréquente de doses relativement élevées de boissons alcoolisées. »

Le propre de la consommation d'alcool est qu'il s'agit d'un comportement normal et socialement accepté qui peut devenir

¹¹⁶ <http://cij.lu/wp-content/uploads/Alcoolisme1.pdf>

anormal si la quantité buée augmente. L'alcoolisme est caractérisé par la dépendance à l'alcool. Le jeune dépendant a perdu la liberté de s'abstenir d'alcool il ne contrôle plus sa consommation le besoin d'alcool accapare ses pensées et modifie son comportement. Cette dépendance ne sera visible qu'une fois installée. L'alcoolisme n'est ni une faiblesse de caractère, ni un vice moral, c'est une maladie.

L'alcool est le produit expérimenté le plus précocement chez les jeunes avec un âge moyen de 13 ans. La consommation excessive d'alcool chez les jeunes est une préoccupation pour tous les pays européens. Il est vrai que les jeunes constituent une masse importante de consommateurs de boissons alcoolisées, notamment les bières et alco-pops. Le rapport des jeunes avec l'alcool est particulier puisqu'ils consomment moins fréquemment mais en quantité plus importante, notamment lors des fêtes ou des soirées, où l'ivresse est souvent le but recherché. L'intérêt des jeunes pour l'alcool est lié à ses effets inhibiteurs qui permettraient selon eux d'être moins timide, de créer une « bonne ambiance » et de renforcer l'appartenance à un groupe. Tout est mis en place pour pousser à la consommation organisation de nombreuses soirées sponsorisées par des marques d'alcool prisées par les jeunes, des rabais à la quantité etc....

L'alcool est responsable de beaucoup de victimes d'accidents de la route.

Toxicomanie

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la définition stricte de la toxicomanie correspond à quatre éléments : une envie irrésistible de consommer le produit (voir : Addiction) ; une tendance à augmenter les doses (voir : Tolérance) ; une dépendance psychologique (en) et parfois physique ; et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques)

On appelle « drogue » toute substance qui modifie la manière de percevoir les choses, de ressentir les émotions, de penser et de se comporter. Les dangers liés à l'usage varient selon les substances, les individus, les façons de consommer, les quantités, etc. Les différentes substances peuvent être classées selon leur statut juridique, leurs effets ou encore leur dangerosité.¹¹⁷

<http://cept.lu/wp-content/uploads/2017/02/Spezialisierte-Hilfsangebote-Services-sp%C3%A9cialis%C3%A9s-2017.pdf>

http://www.ama.lu/docs/paradis_artificiels_cii.pdf

Cyberdépendance¹¹⁸

=usage excessif des nouvelles techniques de communication. Les activités telles les réseaux sociaux, les jeux vidéo, les blogs ou les forums ne sont pas problématiques en soi, mais c'est l'usage excessif qui pose problème.

¹¹⁷ <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-drogues-et-leur-consommation/Qu-est-ce-qu-une-drogue#.W4zyqKLdX9A>

¹¹⁸ Vous êtes aussi intéressé d'organiser une présentation au sein de votre école ou de votre commune?

Vous pouvez contacter www.gameover.lu via courriel hello@gameover.lu via téléphone au 26 48 00 38

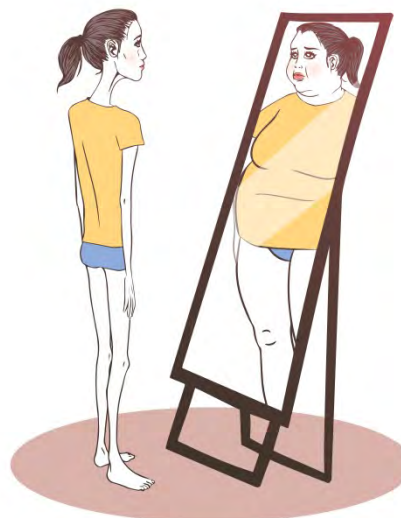
À la longue un abus peut conduire à un comportement compulsif, comparable à une dépendance c'est-à-dire qu'on a l'impression d'avoir besoin de l'activité en question pour mener une vie heureuse. Un tel comportement risque de nuire aux performances scolaires ou professionnelles, conduit à négliger ses amis et sa famille et peut entraîner des dettes.

Si on a l'impression d'avoir perdu le contrôle sur son utilisation des nouvelles technologies, on peut s'adresser de façon anonyme à BEE SECURE ou Anonym Glecksspiller (www.gameover.lu). En effet, on risque de consacrer trop de temps au jeu et ne plus disposer du temps nécessaire pour ses autres loisirs et les obligations de la vie.

Toutes les informations et adresses utiles concernant les problèmes d'addictions se retrouvent sur le site du Centre de Prévention des Toxicomanies : www.cept.lu¹¹⁹

Troubles de comportement alimentaires (TCA)

Par trouble alimentaire, on entend un comportement qui s'exprime par une obsession avec la nourriture, liée à une image de soi négative. Ces troubles apparaissent souvent au moment de l'adolescence, lorsque le corps change. ¹²⁰



Les troubles du comportement alimentaire¹²¹ sont tous l'expression d'un mal-être qui dépasse de loin la simple volonté de maigrir ou la difficulté de construire son rapport à la nourriture. Ils sont bien souvent le symptôme d'une souffrance réelle, qui ne peut s'exprimer autrement. Dans la plupart des cas, le trouble survient suite à un événement dit déclencheur, le plus souvent un traumatisme. Les personnes qui souffrent de TCA ont en outre des caractéristiques psychologiques assez semblables : ils souffrent de manque de confiance et d'estime de soi, d'excès de perfectionnisme ou encore de besoin de tout maîtriser. Les TCA enferment leurs victimes dans une

¹¹⁹ Voir aussi

<http://www.sante.public.lu/fr/prevention/alcool/index.html>

¹²⁰ <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>

¹²¹ <http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Anorexie-Boulimie/Articles-et-Dossiers/Les-troubles-du-comportement-alimentaire-TCA/4>

souffrance solitaire dont il est très difficile de sortir sans l'aide de spécialistes. Ils nécessitent une approche qui soit à la fois nutritionnelle, comportementale et psychologique.

L'anorexie mentale

L'anorexie est animée par une peur hors norme de grossir et un besoin obsessionnel de maigrir. Elle touche essentiellement les femmes jeunes, pour la plupart âgées entre 17 et 22 ans. Une force destructrice pousse la malade à cesser totalement de s'alimenter. Pour intensifier la perte de poids, elle a recours à l'hyperactivité physique (agitation, excitation, activité sportive...) et use de laxatifs et de diurétiques. Le potomanie, c'est-à-dire le fait de boire des quantités hors normes de liquide (plus de 3 litres par jour) en est également un signe. Le chaos hormonal engendré par la dénutrition entraîne de très nombreuses carences ainsi qu'une aménorrhée (disparition des règles). Le danger de mort par dénutrition ou par suicide est réel. Il existe par ailleurs des formes d'anorexie plus atypiques, car plus rares et donc plus difficiles à diagnostiquer. C'est notamment le cas lorsque tous les symptômes sont présents mais que les règles persistent ou que l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente reste stable et normal. Il existe également des formes un peu différentes d'anorexie chez le bébé, l'enfant et la personne âgée.

La boulimie

Tout comme la personne anorexique, la personne boulimique est le plus souvent une femme jeune, qui a peur de grossir et cherche à perdre du poids. Chez elle, la restriction entraîne des crises alimentaires caractérisées par une perte totale de contrôle de la malade sur elle-même. Durant la crise de boulimie, elle engloutit des quantités démesurées de nourriture. La crise se solde par des vomissements, souvent provoqués, parfois spontanés. Le secret est un composant essentiel de la maladie. La boulimique met tout en œuvre pour ne jamais être vue en pleine crise et n'en laisse aucune trace. On trouve ici encore des formes atypiques de ce trouble :

- la personne mâche puis recrache de grandes quantités d'aliments, sans que la nourriture ne transite par l'estomac.
- les vomissements surviennent suite à l'absorption de petites quantités de nourriture, il devient un réflexe, un conditionnement.
- les crises ne sont pas aussi récurrentes que dans la forme classique, elle surviennent moins de 2 fois par semaine.

Les compulsions alimentaires / hyperphagie

La compulsion alimentaire ressemble beaucoup à la boulimie, mais touche plus d'hommes que les autres TCA (dans 3 cas sur 10). Les crises se manifestent par l'ingestion, en dehors des repas, d'une quantité importante d'aliments appréciés. À l'inverse des crises boulimiques, on y trouve une part de plaisir, même si la faim est absente. Le malade sent que son comportement échappe à son contrôle. Pour poser le diagnostic, il est nécessaire que les crises soient importantes, fréquentes, et qu'elles conduisent à une souffrance psychique notable et à un surpoids. En effet, à la grande différence de la boulimie, dans l'hyperphagie il n'y a pas de comportement dit compensatoire, c'est-à-dire ni vomissement, ni hyperactivité.

Mais il y a d'autres troubles, dont on parle moins, parce que dans un premier temps moins dangereux pour la vie. Ces comportements peuvent cependant conduire à l'anorexie ou la boulimie. Il s'agit par exemple de l'orthorexie qui peut se définir comme un besoin obsessionnel et acharné de se nourrir de façon diététiquement correcte, sans désir d'amaigrissement. Les personnes qui souffrent de conduites restrictives obsessionnelles fuient les calories. Elles sont sans cesse au régime, se restreignent sur les quantités et refusent de manger ailleurs que chez elles (au restaurant, chez des amis...). Le grignotage pathologique consiste à manger, en dehors des repas, de petites quantités de nourriture prête à l'emploi. Il devient pathologique dès lors que ces quantités forment en fin de compte un gros volume d'aliments, entraînant un surpoids notable, et qu'il est le symptôme d'un réel mal-être.

La rumination consiste à faire remonter dans la bouche les aliments qui viennent d'être ingérés pour les déglutir à nouveau. Ce n'est donc pas un vomissement, puisque le diaphragme ne se contracte pas et que l'aliment n'est pas rejeté. La néophobie alimentaire est un trouble qui touche essentiellement le jeune enfant. La néophobie signifie littéralement la peur de la nouveauté. En alimentation, il s'agit donc du refus de manger des aliments inconnus. C'est un passage normal dans le développement de l'enfant, mais qui, passé un certain degré, relève du trouble anxieux. La phobie de la déglutition survient pratiquement toujours suite à un traumatisme, tel qu'un étranglement avec un aliment ou des soins médicaux douloureux au niveau de la gorge. De peur de revivre cet événement pénible, la personne ou l'enfant n'accepte plus que le fluide ou le liquide et refuse les morceaux. D'autres phobies alimentaires consistent à faire une fixation sur la couleur des aliments, de rejeter le cru, ou au contraire le cuit.

Quant à certains malades, qui souffrent d'une peur panique d'être contaminés par des microbes ou d'être empoisonnés, ils font barrages à de très nombreux aliments (ceux exposés à l'air libre dans les rayons du supermarché, ceux gardés trop longtemps au réfrigérateur ou au contraire, ceux qui se conservent dans un placard...). Ces peurs, qui se traduisent par une distinction très nette entre les aliments interdits, tabous, et les autres, sont difficiles à expliquer, mais témoignent souvent d'une atteinte grave de la personnalité.

<http://www.letzbehealthy.lu/fr/dossiers/les-troubles-de-l-alimentation-et-les-adolescents>

<http://www.sante.public.lu/fr/maladies/zone-corps/tete/anorexie-mentale/index.html>

<http://www.afp-services.lu/Familienberatung/essstoerung-tipps.php>

Les troubles psychotiques

La schizophrénie

Il s'agit d'une maladie qui survient habituellement à l'adolescence et qui s'installe progressivement sur plusieurs années. Cette maladie mentale touche 1% de la population.

La schizophrénie est un trouble cérébral qui affecte la capacité d'une personne à distinguer la réalité et sa propre perception

des événements. La pensée et les comportements sont affectés tout comme l'aspect émotionnel et l'humeur.

Dans les cas les plus graves, la personne atteinte peut avoir des hallucinations et des délires. Sinon, la personne peut ressentir de la panique, de l'anxiété et de la peur. Apparaissent alternativement des symptômes négatifs :

- manque de motivation,
- désintérêt,
- rupture avec les relations sociales,
- problèmes de concentration et de mémoire,
- délires,
- troubles de la pensée,
- fausses interprétations des événements,
- agitation...

Le traitement de la schizophrénie repose sur une approche thérapeutique globale, comprenant des antipsychotiques et une réadaptation favorisant la reprise d'activités.

Les troubles bipolaires ou psychose maniacodépressive

Les troubles bipolaires, qui sont aussi connus sous le nom de psychose maniacodépressive, sont des maladies qui entraînent des dérèglements de l'humeur se manifestant par des phases tant de dépression que d'excitation (manies). Ces phases apparaissent soit en réaction au stress, soit sans raison apparente et peuvent être d'intensité variable et s'entrecouper de périodes de stabilité. C'est une condition médicale qui est caractérisée par des changements dans le fonctionnement du cerveau.

Il arrive à tout le monde de vivre des périodes de bonheur, de tristesse, d'excitation et d'être confronté à certaines difficultés. Cependant, dans le cas des troubles bipolaires, ces changements sont hors de proportion. Ils atteignent une intensité telle que la personne ne réalise pas qu'elle dépasse les bornes, ou encore, la personne souffre tellement de sa dépression qu'elle en est paralysée et est hantée par des idées suicidaires. Cet état amène des problèmes avec la famille, au travail, des problèmes financiers, parfois judiciaires. La maladie peut conduire à l'hospitalisation.

Les symptômes en phase dépressive :

Sentiment de tristesse, humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours et pendant au moins deux semaines

- Perte d'énergie et fatigue
- Perte de l'intérêt et du plaisir
- Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Troubles de l'appétit avec perte ou gain de poids
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Baisse de concentration ou de l'aptitude à penser, ou indécision
- Sentiments de culpabilité
- Soudain retrait social ou comportements agressifs subits
- Pensées de mort récurrentes (60 % des cas); idées suicidaires récurrentes (15 % des cas)

En phase de manie :

- Estime de soi augmentée ou idées de grandeur
- Énergie débordante et bonheur intense ou irritabilité excessive

- Réduction du besoin de sommeil
- Débit de la parole accéléré ou besoin de parler sans arrêt
- Pensées rapides ou sensation d'un trop plein d'idées
- Distractivité : incapacité à fixer son attention
- Recrudescence de l'activité aux plans social, professionnel ou scolaire
- Agitation psychomotrice, augmentation de l'énergie
- Plaisirs augmentés de façon excessive et à haut risque de conséquences négatives : achats, sexualité, investissements financiers
- Les personnes affectées peuvent également faire l'expérience d'idées délirantes (des croyances fermes, mais impossibles) et d'hallucinations. Les périodes de manie peuvent varier en intensité.

Cette maladie est généralement diagnostiquée à l'âge adulte, vers 30 ans. Elle touche 2 % de la population.

Les formes de traitement les plus répandues sont les médicaments et la psychothérapie.

Les troubles de personnalité limite ou borderline

Ce trouble, qui affecterait 2% de la population, apparaît au début de l'âge adulte et touche davantage de femmes que d'homme.

Le trouble de personnalité limite est un trouble mental qui génère un mode général d'instabilité de l'image de soi, des relations interpersonnelles et de l'humeur.

La personne borderline a des comportements inadaptés pour son entourage.

Sa personnalité est anormale, dans l'équilibre de son jugement, de ses émotions et de ses comportements.

Ses relations avec les autres sont souvent très instables avec des répercussions importantes sur les membres de l'entourage puisque la personne concernée est amenée à vivre une variété d'émotions souvent intenses : découragement, impuissance, colère, angoisse, peur, etc.

Suicide et tentative de suicide

Définition

Le suicide c'est le fait de mettre (volontairement) fin à ses jours. Il est important de souligner que la personne qui se suicide n'a pas la volonté de mourir, mais la volonté de mettre fin aux souffrances. Selon Henry de Montherlant, le suicide « c'est l'incapacité de vivre les cinq prochaines minutes ».

Le suicide est par définition un acte difficile à comprendre, et d'autant plus troublant lorsqu'il touche un jeune à qui la vie a tout à offrir. Les suicides ne sont pas seulement des drames individuels, mais relèvent de la santé publique et leur prévention représente un enjeu pour la société entière. Entre 2000 et 2015, 33 jeunes âgés de moins de 19 ans ont mis fin à leur vie au Luxembourg, faisant du suicide l'une des principales causes de décès à cet âge. L'ampleur du problème est encore plus importante lorsque l'on s'intéresse aux tentatives de suicide. Vingt fois plus nombreuses que les suicides accomplis, les tentatives de suicide concernent particulièrement les jeunes qui sont surreprésentés par rapport à la population

générale. Lorsque le suicide se produit, les effets sur la famille et les amis sont immédiats et particulièrement traumatisants. L'impact sur le fonctionnement et la santé mentale des membres de la communauté scolaire ne doit pas être sous-estimé.



Le suicide d'un jeune peut conduire à des deuils particulièrement difficiles à gérer, à des réactions traumatiques, voire à des phénomènes de contagion suicidaire auprès de la communauté scolaire.

Une prise en charge réfléchie, pratique et structurée peut considérablement diminuer le risque de voir se développer des conséquences négatives liées au suicide.¹²²

Au Luxembourg, le nombre de suicides est estimé à 80 cas par an. L'ampleur du problème est encore plus importante lorsque l'on sait que le taux de tentatives de suicide est de 10 à 20 fois plus élevé que celui des suicides accomplis.

Avec un taux de suicide standardisé selon l'âge de 8,7 par 100.000 pour l'année 2012, le Grand-Duché se situe en dessous de la moyenne européenne.¹²³

Personnes concernées

Si les filles sont plus nombreuses que les garçons à tenter de se suicider, ces derniers arrivent plus souvent à leurs fins. En effet, dans les sociétés occidentales, les hommes sont beaucoup plus affectés de commettre un suicide que les femmes. Selon des statistiques, les personnes les plus sensibles aux idéations ou aux comportements suicidaires sont principalement soit les adolescents soit les personnes âgées. La problématique du suicide se marque de façon importante aux deux extrémités de l'existence : on observe un taux élevé de tentatives de suicide à l'adolescence et un taux élevé de suicides aboutis chez les personnes âgées.

Le nombre de suicides d'adolescents augmente régulièrement depuis les années 70.

Causes

L'adolescent suicidaire a généralement une faible estime de lui-même. Cette auto-dévalorisation se traduit par un sentiment d'infériorité ; il s'éprouve comme inutile et sans qualité. Il renforce ce sentiment en s'isolant de plus en plus.

Les 2 principaux facteurs de risque sont des difficultés familiales et sentimentales, pourtant, les causes déclenchant la décision de mettre fin à sa vie sont fort diverses :

- disputes et conflits familiaux incessants
- divorce traumatisant des parents
- rupture de lien avec l'un des parents parti vivre loin du lieu de vie de l'ado
- violences sexuelles ou psychologiques
- des troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie, par exemple),
- certaines maladies physiques (le cancer et l'infection à VIH)
- des troubles neurologiques
- etc.

Prévention

8 conseils pour intervenir auprès d'un adolescent suicidaire¹²⁴

1. Prendre au sérieux les motifs à l'origine des pensées suicidaires de l'ado.
2. Ne jamais prendre ses angoisses à la légère, et moins encore les railler. Si elles semblent dérisoires aux yeux d'un adulte, elles peuvent, pour l'ado, constituer un enjeu de vie ou de mort...
3. Ne jamais prendre un adolescent au défi du suicide. Bannir le « de toute façon, t'es pas cap' », qui peut très mal finir...
4. Ne pas le laisser seul en situation de crise suicidaire. Attention en particulier aux améliorations soudaines de son état psychologique. Paradoxalement, elles peuvent annoncer un passage à l'acte imminent !
5. Ne pas hésiter à parler du suicide. Le mot suicide n'a jamais tué personne ! Au contraire, en parler très directement permet de le démystifier et de le rendre concret.
6. Intensifier le dialogue en essayant de faire parler l'adolescent le plus possible.
7. Identifier tout ce que l'adolescent peut apprécier, tout ce qui le valorise, bref tout ce qui présente un aspect positif.
8. Au long cours, faire appel aux compétences d'un psychologue permet de redonner des repères, un système de valeur et de restaurer le rôle de chacun, notamment dans les familles rongées par des conflits parents-enfants.

L'automutilation¹²⁵

L'automutilation se caractérise par des blessures et dommages physiques directs¹, avec ou sans intention suicidaire. Ce terme est utilisé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR). La forme la plus répandue d'automutilation est la dégradation cutanée, mais l'automutilation couvre un vaste éventail comportemental, ce qui inclut brûlures, abrasions, griffures, cognement de certaines parties du corps, réouverture d'anciennes plaies cutanées, arrachage de cheveux (trichotillomanie) et ingestion de

¹²² <https://www.prevention-suicide.lu/wp-content/uploads/Guide-pratique-de-postvention-etablissements-scolaires-1.pdf>

¹²³ <http://www.statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2015/07/20150731/20150731.pdf>

¹²⁴ <http://www.sos-suicide.org/node/8>

¹²⁵ <http://www.prevention-depression.lu/pour-les-personnes-concernees/pour-les-jeunes/que-devrais-je-savoir-sur-le-terme-automutilation/>

substances ou objets toxiques. Les comportements associés à un abus substantiel et aux troubles des conduites alimentaires ne sont généralement pas considérés comme automutilation car les dommages infligés à l'organisme ne sont pas intentionnels.

Il n'est pas question d'automutilation si l'individu se blesse dans un but esthétique, sexuel (masochisme), social (rituels d'acceptation dans certaines sociétés, mode), religieux ou spirituel.

L'automutilation n'est pas un comportement suicidaire, bien que la plupart des dégâts causés au corps peuvent représenter un danger mortel. Certains individus peuvent ne pas en prendre conscience et l'automutilation devient alors souvent la réponse à une souffrance émotionnelle profonde et écrasante.

Les personnes peuvent s'automutiler pour différentes raisons : parfois en réponse à des sentiments ou pensées douloureux, parfois parce qu'ils veulent changer leur vie d'une certaine façon. Les raisons et les degrés d'automutilation varient, mais il faut prendre toute forme d'automutilation au sérieux, parce qu'elle peut avoir des conséquences néfastes sur le bien-être et le futur de la personne. L'automutilation peut aussi signaler que la personne a du mal à gérer le stress et les difficultés de sa vie.

L'automutilation n'est pas une bonne façon d'affronter ses problèmes: elle peut endommager le corps de manière irréversible et augmenter le risque de s'automutiler davantage, voire se suicider, par la suite.

Beaucoup de jeunes qui s'automutilent, ne le disent à personne. Ils peuvent se sentir seuls, alors qu'en réalité, ils pourraient obtenir de l'aide.

Le fait de parler avec quelqu'un peut aider à mieux comprendre les raisons pour lesquelles on se fait du mal. Le fait de parler de ses automutilations avec un professionnel ou une personne à laquelle on fait confiance est un pas important pour réduire le risque de comportements automutilatoires à l'avenir.¹²⁶

126 Pour plus d'informations :
<http://www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Les-comportements-dautomutilation-chez-les-enfants-et-les-jeunes-Information-a-lintention-des-parents-et-les-aidants/index.php?m=article&ID=8878>
<http://www.cheo.on.ca/Uploads/self%20harm%20graphic%20FR.png>

RAPPORT 2018 MINEURS NON ACCOMPAGNÉS AU LUXEMBOURG : OBSERVATIONS ET TÉMOIGNAGES

Rapport de suivi rédigé par : Dr Susanna Greijer (PhD), experte indépendante en droits des enfants, et René Schlechter, Ombudsman pour les Droits des Enfants (ORK)

Contexte

Pendant l'hiver 2016-2017, l'ORK a visité les trois foyers spécialisés pour mineurs non accompagnés au Luxembourg. Les observations faites lors de ses visites, ainsi que les échanges avec les résidents des foyers, leur personnel et les directions, ont donné lieu à une série de réflexions sur la situation de ces jeunes dans notre pays.

En juin 2017, un rapport a été publié¹²⁷, résumant ces réflexions et incluant les voix des jeunes par rapport à leurs situations, leurs espoirs et leurs inquiétudes. Le rapport, qui incluait aussi des recommandations et suggestions pour améliorer la situation, a été circulé aux autorités publiques. A notre connaissance, il n'y a eu aucune réaction et aucune suite n'a été donnée par les autorités. Par contre, nous sommes rassurés de constater que nos visites ont été vécues comme un élément positif dans les foyers, et qu'elles ont pu apporter un soutien pour aller vers une amélioration de la situation, comme l'ont témoigné tant des jeunes résidentes que certains membres de la direction et du personnel de ces foyers.

Un an plus tard, l'ORK a été sollicité pour revenir visiter un des foyers en question, pour répondre à des inquiétudes de la part des jeunes concernant leurs procédures de demande de protection internationale. Nous avons considéré cela une bonne opportunité pour refaire les visites dans les trois foyers et évaluer l'état actuel des jeunes qui y résident. Cela a permis de faire un suivi suite à nos premières visites ; une sorte de monitoring d'un lieu qui en a besoin mais pour lequel aucune obligation gouvernementale n'existe (voir nos recommandations du premier rapport). Cette fois-ci, nous avons également rendu visite aux enfants et adolescents non accompagnés qui vivent dans des foyers d'accueil mixtes¹²⁸.

Ceci est donc le 2^{ème} rapport de l'ORK sur la situation des mineurs non accompagnés au Luxembourg. Le rapport se base sur des visites effectuées dans les trois foyers spécialisés pour mineurs non accompagnés du pays ainsi que deux foyers mixtes. Comme dans le 1^{er} rapport, nous avons voulu mettre l'accent particulièrement sur les voix des jeunes résidents de ces foyers, afin que leurs points de vue puissent être lus et écoutés aussi.

Nous répétons que ce rapport, tout comme le 1^{er}, n'a pas pour but de critiquer l'une ou l'autre institution ou foyer, mais vise à contribuer à la réflexion sur la situation des enfants et adolescents non accompagnés au Luxembourg¹²⁹.

¹²⁷ Disponible sur: http://ork.lu/files/PriseDePositionRapports/Rapport%20MNA_SG-RS_version%20web.pdf

¹²⁸ C'est-à-dire des foyers qui accueillent non seulement des mineurs non accompagnés sinon une population diversifiée, y inclus des adultes et des familles.

¹²⁹ Ce rapport se réfère aux « enfants et adolescents non accompagnés » et utilise ce terme comme un synonyme du terme juridique « mineurs non accompagnés », y incluant toute personne de moins de 18 ans

Introduction

Pendant l'année 2017, 31.400 mineurs non accompagnés ont été enregistrés dans l'Union européenne, dont presque 90 % étaient des garçons¹³⁰. Pendant la même période, au Luxembourg, 50 mineurs non accompagnés ont introduit une demande de protection internationale¹³¹. La nouveauté de l'année 2017 a été l'apparition dans le pays d'un plus grand nombre d'enfants âgés entre 12 et 14 ans, alors qu'en 2015-2016 presque tous les jeunes arrivés étaient âgés d'au moins 15 ans¹³².

Dans ce 2^{ème} rapport sur la situation des mineurs non accompagnés au Luxembourg, nous avons choisi de porter notre attention plus particulièrement sur les procédures de demande de protection internationale qui, malgré les textes de loi¹³³ et déclarations politiques¹³⁴, ont tendance à durer plus longtemps que prévu. Des statistiques concernant ces procédures sont inclus en annexe à ce rapport.

Notre espoir est que la situation des mineurs non accompagnés au Luxembourg soit prise au sérieux et que ces enfants et jeunes adolescents soient considérés à plein titre comme ayant tous les droits énoncés dans la Convention des Nations Unies des Droits des Enfants. Nous souhaitons, en outre, que les foyers pour mineurs non accompagnés, que ce soit des foyers spécialisés ou des foyers mixtes, soient régulièrement visités et évalués par des experts externes, et que ce suivi soit établi par une obligation gouvernementale de monitoring. Finalement, nous soulignons encore une fois l'importance d'une formation ciblée pour tous les éducateurs qui travaillent avec des mineurs non accompagnés, afin de les sensibiliser à la situation réelle des jeunes arrivant seuls au Luxembourg et de les préparer à y faire face.

La première partie du rapport se focalise sur les procédures de demande de protection internationale, et la deuxième partie porte plus spécifiquement sur les impressions des visites dans les foyers et tient compte des témoignages des jeunes résidents. Des exemples de bonnes pratiques y sont inclus, ainsi que quelques suggestions qui pourraient, à notre avis, amener à des améliorations en termes de respect des droits des enfants ainsi que du bien-être et de la protection de ces jeunes.

arrivée seule au Luxembourg d'un pays tiers, ou laissée seule suite à son arrivée. Le terme « jeunes » est également employé pour se référer aux mêmes personnes.

¹³⁰ En 2016 les chiffres ont atteint 63.200 et en 2015 95.200. Eurostat, News release 84/2018, 16 mai 2018, disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8895109/3-16052018-BP-EN.pdf/ec4cc3d7-c177-4944-964f-d85401e55ad9>

¹³¹ En 2015, il y avait 103 demandes de protection internationale de la part de mineurs non accompagnés, et en 2016, ils étaient 51 à la demander. Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de Affaires étrangères et européenne, Direction de l'Immigration, Bilan de l'année 2017 en matière d'asile et d'immigration, disponible sur : <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/population/population/2018/01/20180117/20180117.pdf>

¹³² Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de Affaires étrangères et européenne, Direction de l'Immigration, Bilan de l'année 2017 en matière d'asile et d'immigration, disponible sur : <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/population/population/2018/01/20180117/20180117.pdf>

¹³³ Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, Article 26. Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

¹³⁴ Voir par exemple : <http://www.woxx.lu/demandes-dasile-la-crise-sinstalle-dans-la-duree/>

Partie 1 - Les procédures de demande de protection internationale

Comme énoncé dans le « Plan d'action du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants réfugiés et migrants en Europe », adopté par le Conseil de Ministres du Conseil de l'Europe en mai 2017, « [l]es enfants réfugiés et migrants devraient être traités avant tout comme des enfants. Ils devraient jouir des droits qui leur sont garantis en application des normes existantes sans discrimination. Ils devraient aussi bénéficier d'informations précises et avoir accès à des procédures et services adaptés aux enfants (y compris l'aide aux victimes en cas d'exploitation et d'abus). L'intérêt supérieur de l'enfant devrait primer dans toutes les mesures et décisions les concernant. Les enfants réfugiés et migrants devraient être aidés pour relever les défis auxquels ils doivent faire face et pour trouver des solutions viables et pérennes à leur situation qui favorisent et défendent leurs droits fondamentaux. »¹³⁵

La loi du 18 décembre 2015 a introduit dans le cadre juridique luxembourgeois une définition du « mineur non accompagné » et établit les standards minimums pour sa prise en charge. L'ORK considère très important le fait que la loi reconnaît expressément la vulnérabilité de mineurs non accompagnés et que l'intérêt supérieur de l'enfant constitue une considération primordiale¹³⁶. Il est également très positif que la loi établit que « la demande d'un mineur non accompagné est traitée par un agent possédant les connaissances nécessaires sur les besoins particuliers des mineurs »¹³⁷.

En ce qui concerne la représentation des enfants non accompagnés et afin de garantir l'intérêt supérieur de l'enfant, la loi prévoit que « le mineur non accompagné se voit désigner, dès que possible un (...) administrateur ad hoc (...) »¹³⁸. L'administrateur ad hoc est chargé d'assister et de représenter l'enfant lors des démarches liées à sa demande de protection internationale.

Le Comité de Lanzarote du Conseil de l'Europe a cependant exprimé sa préoccupation par le fait qu'au Luxembourg, « [l]e ministre peut s'abstenir à faire désigner un administrateur ad hoc au mineur non accompagné qui atteindra selon toute vraisemblance, l'âge de dix-huit ans avant qu'une décision ne soit prise par le ministre ». Le Comité de Lanzarote a en effet souligné « qu'un tuteur devrait être désigné pour tous les enfants non accompagnés, quel que soit leur âge »¹³⁹.

Au Luxembourg, les mineurs non accompagnés sont logés dans des foyers mixtes ou dans des foyers spécialisés, dédiés exclusivement aux mineurs. L'ORK a déjà exprimé son avis que les mineurs non accompagnés devraient, en ligne avec les recommandations internationales, être séparés des adultes. Nous constatons avec satisfaction que même dans les foyers mixtes une telle séparation existe aujourd'hui, et que les mineurs non accompagnés ont un étage pour eux avec une présence accrue d'un personnel dédié. Cela représente un pas dans la bonne direction, même si l'ORK est de l'avis qu'un foyer spécialisé et de plus petite taille, voire une famille d'accueil, reste presque toujours la meilleure solution, surtout pour les enfants non accompagnés de moins de 16 ans.

¹³⁵ Disponible sur : <https://edoc.coe.int/fr/index.php?controller=get-file&freeid=7361>

¹³⁶ Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, article 53(3). Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

¹³⁷ Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, article 3(2). Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

¹³⁸ Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, article 2 m). Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

¹³⁹ Conseil de l'Europe, Comité de Lanzarote, « Protéger les enfants touchés par la crise des réfugiés contre l'exploitation et les abus sexuels », Rapport spécial adopté le 3 mars 2017. Disponible sur : <https://rm.coe.int/rapport-special-protoger-les-enfants-touche-par-la-crise-des-refugies/16807912a7>

La durée des procédures

Selon les observations de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) la plupart de pays européens reconnaissent que les enfants non accompagnés sont dans une position vulnérable. Cependant, il n'existe pas de procédure prioritaire pour eux dans le cadre de la demande de protection internationale et ils sont souvent obligés d'attendre longtemps dans les pays avant qu'une décision définitive soit prise au sujet de leur demande¹⁴⁰. Les retards sont souvent dus au nombre limité d'agents de migration ou d'interprètes, ou au manque de priorisation pour les cas de mineurs non accompagnés. Dans certains pays, des retards supplémentaires sont aussi dû au fait que les mineurs non accompagnés ne peuvent pas introduire une demande de protection internationale avant d'avoir reçu un administrateur ad hoc, ce qui prend parfois du temps.

Conformément aux droits des enfants et notamment à l'intérêt supérieur de l'enfant, une procédure de demande de protection internationale impliquant un enfant devrait être traitée le plus rapidement possible. En effet, les gouvernements ont été invités par le Conseil de l'Europe à « développer des solutions {...} adaptées pour la prise en charge des enfants non accompagnés et séparés {...}, à accélérer l'examen des demandes d'asile des enfants et des familles vulnérables, en les considérant comme un groupe prioritaire dans l'ensemble des stratégies nationales de santé, d'éducation et de protection¹⁴¹.

L'ORK constate avec satisfaction que la loi luxembourgeoise prévoit la possibilité pour le Ministre de « statuer par priorité sur les demandes manifestement fondées ainsi que sur les demandes présentées par des personnes vulnérables identifiées comme ayant des besoins particuliers en matière d'accueil ou comme nécessitant des modalités particulières d'examen en application de l'article 19 ou de l'article 20, lorsqu'il s'agit de mineurs non accompagnés »¹⁴², mais regrette que cet article ne semble pas souvent invoqué dans la pratique lors des procédures des mineurs non accompagnés.

Au Luxembourg, les statistiques que nous avons recueillies lors de nos visites aux foyers hébergeant des enfants non accompagnés montrent que la durée moyenne des procédures de demande de protection internationale pour les mineurs non accompagnés est de 572 jours, c'est-à-dire plus d'un an et demi (environ 19 mois). La durée la plus longue que nous avons pu observer était de 908 jours, c'est-à-dire environ deux ans et demi¹⁴³.

Ceci est à comparer avec le texte de la loi, qui prévoit que :

« Art. 26. (1) Le ministre procède à un examen individuel de la demande de protection internationale dans le respect des garanties procédurales prévues à la section 1. Il veille à ce que la procédure soit menée à terme

¹⁴⁰ FRA, "Key migration issues: one year on from initial reporting", Disponible sur : <http://fra.europa.eu/en/publication/2016/key-migration-issues-one-year-initial-reporting/main-findings>

¹⁴¹ Conseil de l'Europe, Congrès des pouvoirs locaux et régionaux, 34^{ème} session, « Enfants réfugiés non accompagnés: rôle et responsabilités des collectivités locales, 28 mars 2018, disponible sur : <https://rm.coe.int/enfants-refugies-non-accompagnes-commission-des-questions-d-actualite-/1680791c98>

¹⁴² Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, article 26(4). Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

¹⁴³ Statistiques recueillies par l'ORK lors de ses visites. Les statistiques sur la durée des procédures concernent les jeunes qui ont déjà reçu une réponse (28 jeunes au moment des visites de l'ORK), alors qu'il y a encore plusieurs dossiers en cours où l'enfant attend toujours sa réponse et où la durée est également très élevée. Voir annexe à la fin du rapport.

dans les meilleurs délais et au plus tard dans les six mois à compter de l'introduction de la demande, sans préjudice d'un examen approprié et exhaustif.

{...}

(2) Le délai de six mois prévu au paragraphe (1) peut être prolongé d'une durée ne pouvant excéder neuf mois supplémentaires {...}.

Exceptionnellement, les délais prescrits peuvent, dans des circonstances dûment justifiées, être dépassés de trois mois au maximum lorsque cela est nécessaire pour assurer un examen approprié et exhaustif de la demande de protection internationale. »

On arrive donc, conditions « exceptionnelles » compris, à un total de 18 mois permis par la loi pour toute demande de protection internationale, sans prendre en considération les besoins particuliers des enfants non accompagnés. En outre, aucune explication ne semble avoir été donnée ni aux jeunes qui ont dû attendre si longtemps, ni à leurs tuteurs au foyer.

L'ORK estime qu'aucun enfant ne devrait attendre sa réponse aussi longtemps et note, avec satisfaction, que depuis quelques mois les procédures semblent s'accélérer, et que parmi les jeunes arrivés fin 2017 ou pendant le 2018 les convocations pour les entretiens semblent être arrivées plus rapidement. L'ORK espère que cette tendance va se maintenir et qu'aucun enfant ne devra attendre plus que 12 mois la décision concernant sa demande de protection internationale, même en cas exceptionnel.

Les entretiens des mineurs non accompagnés

En ce qui concerne les entretiens auxquels sont convoqués tout mineur non accompagné ayant introduit une demande de protection internationale, la loi luxembourgeoise prévoit que le Ministre « veille à ce que les entretiens avec les mineurs soient menés d'une manière adaptée aux enfants par un agent possédant les connaissances nécessaires sur les besoins particuliers des mineurs »¹⁴⁴. L'enfant est accompagné à l'entretien par son administrateur ad hoc. Parfois, les enfants non accompagnés souhaiteraient être accompagnés à l'entretien avec le Ministère par quelqu'un de son foyer, notamment l'assistante sociale ou l'éducateur qui agit en tant que personne de référence pour l'enfant. Selon les informations recueillis par l'ORK, le Ministère a mis en place une procédure selon laquelle le foyer doit demander l'autorisation 2 semaines à l'avance afin de pouvoir accompagner un enfant lors de son entretien, et la demande doit être motivée.

L'ORK est de l'avis qu'une telle procédure va à l'encontre des droits des enfants et ne garantit pas son intérêt supérieur, et qu'il devrait être possible de demander une telle autorisation le jour même de l'entretien. En effet, il résulte que plusieurs enfants ont manifesté leur envie de se faire accompagner à leur entretien, mais que cela n'a pas été possible car il était déjà trop tard pour demander l'autorisation. Or, il se peut qu'un enfant se sent en mesure de se rendre seul à l'entretien au moment de recevoir la convocation, mais qu'au fur et à mesure que la date de l'entretien s'approche, le stress ou la nervosité arrive et l'enfant change d'avis et sent le besoin d'être accompagné. Souvent, l'administrateur ad hoc, même si celui-ci remplit bien sa fonction de représentant légal, n'est pas suffisamment proche à l'enfant pour représenter un soutien moral ou psychologique pour ce dernier. Il devrait alors être possible pour le foyer d'informer le Ministère et de se voir accorder le droit d'accompagner l'enfant.

¹⁴⁴ Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, article 14(3)e. Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

Plusieurs membres du personnel des foyers ont aussi confirmé qu'ils n'ont pas été informés par le Ministère quand la nouvelle procédure exigeant des autorisations préalables a été instauré, et qu'il y a eu des cas où ils se sont rendus au Ministère avec un enfant et ont été refusés l'accès à l'entretien.

Au sujet des entretiens avec les enfants non accompagnés, l'ORK a remarqué que, depuis ses visites aux foyers en 2016-2017, le nombre d'entretiens semble avoir augmenté et il est de plus en plus fréquent qu'un enfant se voit convoquer pour un deuxième, voire même un troisième entretien. Cette impression a été confirmée par le personnel des foyers ainsi que par les statistiques recueillies. L'ORK rappelle à cet égard que le nombre d'entretiens d'un enfant devrait être limité au minimum indispensable¹⁴⁵.

Procédures de détermination de l'âge

Selon la loi luxembourgeoise, qui suit presque à la lettre la Directive 2013/32/UE relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale¹⁴⁶, le ministre peut « ordonner des examens médicaux afin de déterminer l'âge du mineur non accompagné lorsqu'il a des doutes à ce sujet après avoir pris connaissance de déclarations générales ou de tout autre élément pertinent »¹⁴⁷. L'enfant doit être informé que l'examen médical vise à déterminer son âge, ainsi que les méthodes qui seront utilisées pour le faire et le fait que les résultats de l'examen médical peuvent avoir des conséquences sur sa demande de protection internationale. L'enfant est aussi informé qu'un refus de sa part de se soumettre à des examens médicaux peut également avoir des conséquences pour sa demande. Même si le refus de l'enfant ne peut pas être la seule raison pour qu'une réponse négative à sa demande de protection soit donnée, un tel refus constitue clairement un élément en défaveur de l'enfant, ce qui, de facto, rend très difficile pour l'enfant de refuser même si l'examen lui fait peur pour quelque raison.

La loi établit ensuite que c'est l'enfant ou son représentant ad hoc qui consent à l'examen médical, sans spécifier sous quelles modalités ou conditions le représentant peut donner un consentement pour l'enfant qu'il/elle représente.

Comme constaté par des chercheurs en droit et migrations de l'Université de Luxembourg, la « loi du 18 décembre 2015 {...} reste silencieuse quant aux différents types d'examens médicaux à employer. Il faut noter d'emblée l'usage de la technique du « faisceau d'indices » par le juge luxembourgeois, en matière de détermination de l'âge, qui comprend non seulement les méthodes classiques d'examens de la densité osseuse, mais également d'autres examens plus controversés, tels que les examens de la maturité sexuelle. L'usage de cette technique permettrait ainsi, par le recours à

¹⁴⁵ Conseil de l'Europe, Lignes directrices du Comité des Ministres sur une justice adaptée aux enfants, chapitre 4, paragraphe 67 : « Les interrogatoires devraient être aussi limités que possible en nombre et leur durée devrait être adaptée à l'âge et à la capacité d'attention de l'enfant ».

¹⁴⁶ Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=celex%3A32013L0032>

¹⁴⁷ Loi du 18 décembre 2015 relative à la Protection internationale et à la protection temporaire, article 20(4)e). Disponible sur : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/12/18/n15/jo>

plusieurs indices (ou méthodes d'examens) concordants, de réduire la marge d'erreur inhérente à chacune de ces méthodes »¹⁴⁸.

Les examens médicaux proposés pour déterminer l'âge des mineurs non accompagnés sont donc composés par des radiographies des tissus cartilagineux du poignet et de la main ; des radiographies de la clavicule ; ainsi qu'un « examen physique », souvent aussi appelé un test de maturité physique ou de maturité sexuelle. Dans un interview avec la RTL, un chef de service du « Service Réfugiés » aurait assuré que ces tests ne sont pas invasifs, s'effectuent sur base volontaire, et que le Luxembourg aurait eu une « bonne note » par le Conseil de l'Europe pour ces tests¹⁴⁹.

L'ORK ne partage pas l'avis que les tests en question sont « non invasifs » et rappelle que les tests pratiqués pour établir l'âge des enfants non accompagnés ont été amplement critiqués en raison de leur faible fiabilité¹⁵⁰ et leur caractère invasif. L'ORK souligne aussi le fait que, dans une récente enquête menée par le Conseil de l'Europe sur la détermination de l'âge, il s'est révélé que le Luxembourg est parmi les seuls 4 pays de l'Union Européenne qui appliquent encore les tests de maturité sexuelle¹⁵¹.

En ce qui concerne la fiabilité, il a été amplement prouvé qu'aucune méthode ne peut déterminer l'âge d'une personne de façon précise. Selon la presque totalité des experts en la matière, les méthodes telles que les radiographies susmentionnées ne peuvent donner lieu, au mieux, à une estimation et il y aura toujours une marge d'erreur non négligeable¹⁵². Cette marge d'erreur a été évalué à entre 18 mois et 3 ans pour la méthode de la radiographie des tissus cartilagineux du poignet et de la main, et la méthode des radiographies de la clavicule a été considérée fiable uniquement pour établir si une personne a atteint ou non l'âge de 21 ans¹⁵³. En ce qui concerne les examens physiques ou de maturité sexuelle, ils ont été considérés les moins fiables et les plus invasifs de toutes les méthodes employées. Contraire à la vie privée et à la dignité de la personne, cette méthode a en effet été évaluée comme étant peu fiable pour toute personne au-delà de l'âge de de 13 ans¹⁵⁴. Selon le « European Asylum support office », aucune méthode impliquant la nudité ou l'examen des parties génitales ou parties intimes ne devrait être employé dans le cadre d'une procédure de détermination de l'âge¹⁵⁵. Cependant, cette méthode continue à être employée au Luxembourg, comme le montre la jurisprudence récente en la matière¹⁵⁶.

¹⁴⁸ J. Anibaldi et J. Silga, « La détermination de l'âge des jeunes demandeurs de protection internationale », p. 7, (à paraître 2019).

¹⁴⁹ RTL, janvier 2018, disponible sur : <http://5minutes.rtl.lu/grande-region/luxembourg/1120832.html>

¹⁵⁰ Pour plus de détails quant aux critiques des méthodes employés, voir J. Anibaldi et J. Silga, « La détermination de l'âge des jeunes demandeurs de protection internationale », p. 7, (à paraître 2019).

¹⁵¹ Parmi les 47 États membres du Conseil de l'Europe, seulement 7 répondants à l'enquête appliquent encore cette méthode. Daja Wenke, Détermination de l'âge, Conseil de l'Europe, 2017, voir encadré p. 30.

¹⁵² UNHCR observations on the use of age assessments in the identification of separated or unaccompanied children seeking asylum – Case No. CIK-1938/2014 – Lithuanian Supreme Court

¹⁵³ Vivien Feltz, Age assessments for unaccompanied minors, Médecins du Monde, 2015. Disponible sur : <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/age-determination-def.pdf>

¹⁵⁴ Vivien Feltz, Age assessments for unaccompanied minors, Médecins du Monde, 2015. Disponible sur : <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/age-determination-def.pdf>

¹⁵⁵ European Asylum Support Office (EASO), Practical Guide on age assessment, 2nd edition, 2018. Disponible sur : <https://www.easo.europa.eu/sites/default/files/easo-practical-guide-on-age-assesment-v3-2018.pdf>

¹⁵⁶ Voir par exemple les cas suivants : Tribunal administratif, 10 juillet 2017, n° 39833a du rôle ; Tribunal administratif, 4 août 2017, n° 39728 du rôle ; et Tribunal administratif, 16 août 2017, n° 39786 du rôle. Pour

Le Conseil européen pour les réfugiés (ECRE) note aussi qu'il reste nécessaire de renforcer les procédures de détermination de l'âge et de les aligner avec la position du Comité des droits des enfants de l'ONU dans son Observation générale 6 (2005) « Traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine », selon laquelle ces procédures doivent être fondées sur le principe de l'intérêt supérieur et le respect de la dignité de l'enfant¹⁵⁷.

Les pratiques de détermination d'âge devraient se baser, avant tout, sur ces principes, et prendre en considération l'apparence physique de l'enfant et sa maturité psychologique. Les tests devraient être effectués d'une manière scientifique, sûre, adaptée à l'enfant et attentive aux questions de genre, en évitant les procédures médicales invasives qui risquent de porter atteinte à l'intégrité physique de l'enfant¹⁵⁸.

Les critiques envers les méthodes actuellement employés pour déterminer l'âge des mineurs non accompagnés au Luxembourg n'ont pas empêché les juges de se baser sur elles pour confirmer des décisions prise en matière de demande de protection internationale. Notamment, en 2017 la Cour administrative a rendu un arrêt se basant sur les résultats d'un examen osseux qui concluait que l'appelant était âgé de plus de 19 ans en arguant que : « la prétendue minorité d'âge de l'appelant, non étayée par le moindre élément probant ou indice concret, reste non seulement en l'état de simple affirmation, mais [...] elle est fondamentalement contredite par le certificat médical soumis en cause »¹⁵⁹.

L'intérêt supérieur de l'enfant

L'ORK constate qu'un nouvel organe collégial a été instauré en 2018 pour établir l'intérêt supérieur de l'enfant dans les situations impliquant des mineurs non accompagnés dans le cadre d'une décision de retour. La procédure prévoit une réunion des membres de l'organe collégial pour émettre un avis individuel évaluant l'intérêt supérieur de l'enfant sur base des éléments de son dossier¹⁶⁰. L'ORK s'étonne du fait qu'il n'a pas été consulté lors de la création de ce nouvel organe, malgré le fait qu'il est chargé de veiller sur l'intérêt supérieur de tous les enfants au Luxembourg.

Au lieu, l'organe collégial est composé par des membres de la Direction de l'Immigration, qui le préside, ainsi que de l'OLAI, du parquet, et de l'Office national de l'enfance. Ceci est en directe contradiction avec les lignes directrices de UNHCR qui souligne que « ces décisions devraient être prises par un organe indépendant de protection de l'enfance qui a l'expertise pour considérer l'intérêt supérieur de l'enfant et qui ne court aucun risque d'être pris dans un conflit d'intérêt entre l'intérêt supérieur de l'enfant et la politique nationale en matière d'immigration ». L'agence précise encore que : « Sauf pour la décision concernant la protection internationale, toute décision

plus de détails sur cet examen, voir aussi : J. Anibaldi et J. Silga, « La détermination de l'âge des jeunes demandeurs de protection internationale », p. 7, (à paraître 2019).

¹⁵⁷ Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Observation générale 6 (2005) « Traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine » paragraphe V(a)(31)(i).

¹⁵⁸ Conseil de l'Europe, Congrès des pouvoirs locaux et régionaux, 34^{ème} session, « Enfants réfugiés non accompagnés : rôle et responsabilités des collectivités locales, 28 mars 2018, page 13. Disponible sur : <https://rm.coe.int/enfants-refugies-non-accompagnes-commission-des-questions-d-actualite-/1680791c98>

¹⁵⁹ Cour administrative, 2017, N° 39799C du rôle.

¹⁶⁰ Direction de l'Immigration, Bilan de l'année 2017 en matière d'asile et d'immigration, page 13 et 32. Disponible sur : <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/population/population/2018/01/20180117/20180117.pdf>

concernant l'enfant devrait être prise par un organe de protection de l'enfance et non pas par une autorité de migration »¹⁶¹.

Il est également étonnant que l'évaluation de l'intérêt supérieur de l'enfant soit faite dans l'absence absolue de l'enfant lui-même, qui n'a pas le droit d'assister à la réunion le concernant. Seul l'administrateur ad hoc qui représente l'enfant a le droit d'y assister, mais ce dernier ne connaît souvent que très peu son « client », qu'il a vu, dans la plupart des cas, uniquement pendant le(s) entretien(s) avec le Ministère. L'évaluation se fait donc sur base uniquement des éléments du dossier de l'enfant. L'ORK a récemment eu l'occasion de rencontrer deux enfants non accompagnés dont la demande de protection internationale avait été rejeté et qui avaient été « examinés » par l'organe en question sans jamais être invité à aucune réunion ou même contactés par l'organe. L'ORK s'inquiète du fait que l'évaluation de l'intérêt supérieur de l'enfant soit, de telle façon, un concept purement théorique et administratif.

Comme il a été recommandé par le Comité des droits des enfants de l'ONU¹⁶² ainsi que, plus récemment, par le Conseil de l'Europe, « a minima, les enfants doivent pouvoir exprimer leurs préoccupations, faire entendre leur avis et commenter les options qui leur sont proposées et les adultes décideurs devraient tenir compte des opinions de l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité »¹⁶³.

Le Comité de l'ONU pour les réfugiés a également, dans son guide sur les mineurs non accompagnés et séparés en Europe, recommandé que les mineurs non accompagnés devraient être consultés directement dans toutes les questions qui les concernent, y inclus par les autorités de protection de l'enfance et les autorités de l'immigration. Il est conseillé que les « Ombudspersons » pour les enfants soient mandatés pour conduire des évaluations régulières et basées sur la participation des enfants avec tous les mineurs non accompagnés. Ces évaluations devraient inclure des discussions de groupe pour parler de la situation et écouter les points de vue et opinions de ces jeunes. Un rapport devrait ensuite être publié et partagé avec les fournisseurs de services et les autorités, ainsi qu'au grand public pour assurer la transparence¹⁶⁴.

Regroupement familial

L'ORK voit de façon positive l'accord conclu en 2017 entre la Direction de l'Immigration du Ministère des Affaires étrangères et européennes et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) pour chercher les parents des mineurs non accompagnés dans leur pays d'origine¹⁶⁵. Cette collaboration établit un processus, mené avant qu'une décision concernant la demande de

¹⁶¹ UNHCR, "The Way Forward to Strengthened Policies and Practices for Unaccompanied and Separated Children in Europe", juillet 2017, disponible sur : <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/58434>

¹⁶² Comité des droits des enfants de l'ONU, Report of the 2012 Day of General Discussion, « The rights of all children in the context of international migration, 2012. Disponible sur : https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/discussion2012/2012crc_dgd-childrens_rights_internationalmigration.pdf

¹⁶³ Conseil de l'Europe, Congrès des pouvoirs locaux et régionaux, 34^{ème} session, « Enfants réfugiés non accompagnés : rôle et responsabilités des collectivités locales, 28 mars 2018, page 8. Disponible sur : <https://rm.coe.int/enfants-refugies-non-accompagnes-commission-des-questions-d-actualite-/1680791c98>

¹⁶⁴ UNHCR, "The Way Forward to Strengthened Policies and Practices for Unaccompanied and Separated Children in Europe", juillet 2017, disponible sur : <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/58434>

¹⁶⁵ Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de Affaires étrangères et européenne, Direction de l'Immigration, Bilan de l'année 2017 en matière d'asile et d'immigration, page 13, disponible sur : <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/population/population/2018/01/20180117/20180117.pdf>

protection internationale soit prise, pour connaître l'existence ou non de membres de famille et quelles pourraient être les perspectives pour le mineur en cas d'un retour dans son pays d'origine. Cependant, l'ORK souligne que même si un mineur non accompagné au Luxembourg a des membres de famille dans son pays d'origine, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il serait dans l'intérêt supérieur de l'enfant d'y être renvoyé. Aussi, il est également important d'allouer des ressources à la recherche de membres de famille d'un mineur non accompagné qui a déjà reçu le statut de bénéficiaire de protection internationale, et qui pourrait demander le regroupement familial au Luxembourg.

Au niveau plus individuel, l'ORK constate qu'il y a des situations où des jeunes demandeurs et bénéficiaires de protection internationale sont très inquiets pour leur parents ou leurs petits frères ou sœurs qui se trouvent dans le pays d'origine ou quelque part en chemin vers l'Europe. Ces jeunes souhaitent de l'aide avec les procédures de demande de regroupement familiale et ne se sentent pas toujours suffisamment informés et/ou soutenus dans la démarche. Ceux qui ont des petits frères et sœurs sont aussi inquiets car, puisqu'ils sont eux-mêmes encore mineurs, ils ne pourraient pas avoir la tutelle de leurs frères et sœurs. Ils craignent que cela pourrait freiner leur possibilité de demander le regroupement familial, ou les séparer à nouveau même s'ils arrivent finalement au Luxembourg.

Partie 2 - Témoignages des jeunes

Lors de nos visites dans les foyers pour mineurs non accompagnés, notre attention s'est dirigée particulièrement vers la situation des jeunes, et notamment telle qu'elle est vue par les jeunes eux-mêmes. Des entretiens ont donc eu lieu avec la direction et des membres du personnel, ainsi qu'avec presque tous les jeunes qui y résident. Le but des entretiens était de mieux comprendre la situation et le fonctionnement dans les foyers, d'identifier des bonnes pratiques, mais aussi des éventuelles difficultés. L'ORK regrette qu'il a été beaucoup plus difficile de pouvoir rencontrer les jeunes qui résident dans des foyers mixtes, et que les informations recueillies de ces foyers sont donc plus limitées et moins représentatives.

Comme dans notre 1^{er} rapport, nous commençons ici par résumer les aspects positifs que nos visites et les témoignages recueillis ont mis en avant, pour ensuite présenter les quelques difficultés. En conclusion, nos suggestions et recommandations pour des potentielles améliorations sont énoncées.

Les points positifs

La procédure de demande de protection internationale

Les jeunes qui confirment avoir reçu un administrateur ad hoc (avocat) en sont contents. Malgré le fait qu'ils n'ont pas beaucoup de contact direct avec l'avocat, le fait d'en avoir un les rassure. Celui-ci participe à l'entretien et normalement il voit le jeune un jour avant l'entretien pour en parler. Pour la plupart des jeunes, c'est le foyer qui fait l'intermédiaire entre eux et leurs avocats, et ils n'ont pas de contact direct avec celui-ci sauf juste avant et pendant l'entretien.

L'avocat est présent lors des entretiens et ceci est considéré comme étant très positif. Plusieurs jeunes sont aussi de l'avis que c'est plus rassurant quand leur tuteur ou personne de référence du foyer peut également assister à l'entretien.

Par rapport aux entretiens, la majorité des jeunes sont de l'avis que les personnes qui posent les questions sont très gentilles.

L'école

Par rapport à l'éducation, la plupart des jeunes sont très contents de pouvoir aller à l'école, et plusieurs parmi eux sont fiers d'avoir pu intégrer des classes « normales » avec des étudiants luxembourgeois.

Quelques jeunes sont très contents de l'aide supplémentaire qu'ils disent recevoir dans leur école pour pouvoir apprendre plus vite et s'intégrer.

Le foyer

Les jeunes trouvent l'accompagnement par le personnel du foyer quand on doit se rendre quelque part, par exemple au Ministère ou à un rendez-vous médical, très important.

Quelques jeunes expriment que pour eux le personnel du foyer, notamment les éducateurs, est très important, car il y a toujours quelqu'un avec qui parler et qui peut aider. Quand il y a une bonne relation avec la personne de référence au foyer, cela rend la vie quotidienne bien meilleure. Il y a certains éducateurs qui sont comme des amis, et qui montrent une réelle envie de comprendre la situation des jeunes. Cela est très apprécié.

Plusieurs jeunes trouvent que l'ambiance dans le foyer est propice à l'apprentissage¹⁶⁶ et qu'il y a une bonne variété d'activités et de jeux à disposition.

Les jeunes qui logent dans un foyer spécialisé ont aussi exprimé parmi les points positifs le fait que l'on puisse être au calme et que chacun a sa propre chambre. Ils disent que le foyer est leur maison, et que même si parfois il y a des situations difficiles chacun doit essayer de faire de son mieux.

Quelques jeunes soulignent le fait que tout y est fourni gratuitement, on ne doit pas se soucier des choses comme la nourriture, les frais de médecin etc. et que cela vaut énormément pour eux.

Quelques jeunes qui ont déjà assisté à la visite de l'ORK l'année précédente disent que cela leur a fait du bien d'apprendre de l'existence d'un Ombudsman, et quelques-uns se sont dirigés vers l'ORK concernant leurs situations individuelles.

Quelques jeunes qui ont déjà assisté à la visite de l'ORK l'année précédente disent que depuis lors les contacts avec le personnel et le directeur sont meilleurs et qu'il y a eu plus de communication et des réunions pour discuter tous ensemble de la situation. C'est devenu plus comme une maison pour eux.

Les difficultés

La procédure de protection internationale

Les jeunes ont communiqué leur inquiétude par rapport à leurs procédures de demande de protection internationale. Cette inquiétude est assez répandue et même si ce n'est pas la panique c'est quelque chose qui est toujours là et qui occupe la pensée.

Souvent, cette inquiétude est aussi liée à une impression de manquer d'informations. Les jeunes qui ont déjà eu leur entretien n'ont souvent pas reçu d'information quelconque suite à l'entretien, et s'inquiètent de ce silence. Ils trouvent que les administrateurs ad hoc ou le personnel des foyers devraient leur parler plus de ce qui se passe avec leurs dossiers.

¹⁶⁶ N.B. Ceci a été exprimé uniquement dans les foyers spécialisés pour les mineurs non accompagnés.

La durée de la procédure de demande de protection internationale est souvent un facteur inquiétant en soi pour les jeunes. Lors d'une de nos visites, deux garçons venaient tout juste de recevoir une réponse positive à leur demande de protection internationale. Cependant, au lieu de se réjouir ils s'étaient plutôt inquiets. Leur réponse est arrivée après 2 ans et 4 mois d'attente depuis l'introduction de leur demande(!), et les sentiments d'incrédulité et d'inquiétude faisaient qu'ils n'arrivaient pas à se réjouir (ou même à comprendre) que c'était enfin terminé. Les garçons se sont dit inquiets par rapport à où ils pourraient aller maintenant et comment serait leur vie.

Par rapport à l'entretien, certains jeunes sont de l'avis qu'il y a, parmi les questions posées, des questions bêtes et/ou des questions qui semblent vouloir les piéger. Ils reçoivent beaucoup de questions sur la situation dans leur pays d'origine, parfois sur des situations dont ils ne sont pas au courant car ils ne viennent pas de la capitale ou n'ont pas eu accès à certaines informations. Il y a aussi beaucoup de questions sur pourquoi ils sont venus au Luxembourg, et ces questions sont souvent répétées plusieurs fois.

Quelques jeunes ont eu l'impression que l'interprète mis à disposition lors de l'entretien n'est pas adéquat et ne comprend pas bien le dialecte qu'ils parlent. Ils ne se sentent alors pas sûrs s'il leur traduit bien les questions, ni si leurs réponses sont traduites de façon correcte.

Un jeune dit avoir été accusé lors de l'entretien de mentir. Il a vécu cela très mal et assure avoir raconté la vérité.

Certains des jeunes racontent qu'ils auraient voulu que leur tuteur puisse les accompagner lors de l'entretien mais que cela n'a pas été permis. Le personnel des foyers confirme qu'auparavant il était possible de le faire, mais que maintenant il faut déposer une demande par écrit deux semaines à l'avance. Le personnel explique que cela pose une difficulté, car ce n'est pas toujours que chaque jeune sait à l'avance s'il veut être accompagné ou pas. Certains disent tout de suite qu'ils préfèrent être accompagnés, d'autres préfèrent que non car ils ont peur de pleurer ou ne veulent pas dévoiler leur histoire personnelle au personnel du foyer. Cela est toujours respecté, mais la difficulté se présente quand un jeune change d'avis à cause d'une crainte ou un stress juste avant l'entretien et souhaiterait quand même être accompagné. Il est déjà arrivé que le Ministère a refusé de faire entrer un éducateur qui accompagnait un garçon qui avait demandé expressément d'être accompagné, car la demande d'autorisation n'avait pas été faite 2 semaines à l'avance. Cela a provoqué une situation difficile pour le personnel aussi, d'autant plus du fait que, à ce moment-là, pas tous les membres du personnel des foyers avaient été mis au courant de cette nouvelle règle et n'avaient donc pas pu en discuter avec les jeunes. Le personnel des foyers réclame le droit de l'enfant de choisir de se faire accompagner s'il en sent le besoin, et ce le jour même de l'entretien. Il faudrait une procédure claire à cet égard qui met le bien-être de l'enfant en premier lieu.

Un grand nombre de jeunes a été rappelée pour un deuxième entretien, et quelques-uns même pour un troisième. Les jeunes ne connaissent pas la raison pour laquelle ils sont rappelés, et disent que les questions posées pendant les deux entretiens ne changent pas beaucoup, ce sont souvent les mêmes questions qui reviennent. Le fait d'être rappelé pour un deuxième entretien provoque du stress et de l'inquiétude, et certains des jeunes ont eu peur que l'on puisse croire qu'ils ont menti ou pas assez bien répondu aux questions. Le personnel des foyers confirme avoir remarqué qu'il y a de plus en plus souvent deux entretiens au lieu d'un. Parfois cela est annoncé déjà avant le premier entretien, mais souvent le jeune reçoit une convocation pour un deuxième entretien seulement

après le premier. Cela crée beaucoup de stress et de l'insécurité auprès des jeunes, qui ont peur d'avoir dit ou fait quelque chose de mal ou qu'il y'a un problème avec leur demande.

Pour certains jeunes, l'entretien a été annulé une ou même plusieurs fois avant de se faire. Cela crée de la frustration et déception chez les jeunes, même si quelques-uns ont au même temps dit comprendre qu'il n'est pas toujours facile de trouver un interprète disponible.

Après l'entretien, une transcription de celui-ci est envoyée au foyer où réside le jeune en question. Le foyer a ensuite 10 jours pour vérifier le rapport et demander une rectification en cas de besoin. Selon le personnel du foyer, ceci est trop court et il faudrait au moins 2 ou 3 semaines pour pouvoir le faire correctement pour chaque jeune.

L'école

Par rapport à l'école, plusieurs jeunes trouvent un peu injuste que certains élèves peuvent changer de classe plus vite que d'autres. Ils disent aussi qu'il est difficile d'avoir 16-17 ans et devoir être dans une classe avec des élèves de 14-15 ans. Pour quelques-uns, la classe dans laquelle ils ont été placés leur semble trop facile et ils croient qu'ils apprendraient plus dans une autre classe.

Quelques jeunes ont exprimé une situation difficile dans leur classe d'accueil, où un professeur s'est montré méprisant et raciste. Les jeunes ont témoigné que ce professeur s'est dirigé vers les étudiants en les appelant stupides ou idiots ou en leur disant « vous n'allez jamais apprendre » ou « pourquoi vous êtes venus ici ? » Cette ambiance affecte négativement les jeunes, et certains ont dit qu'ils ne vont jamais oublier le traitement reçu par ce professeur. Ils avaient essayé d'en parler avec le SPOS mais rien n'avait changé.

Quelques jeunes disent que leur professeure crie trop, d'autres qu'il y a beaucoup de bagarres parmi les élèves dans leur classe. Dans les deux cas, cela rend l'apprentissage plus difficile et c'est très fatigant.

Plusieurs jeunes trouvent dommage qu'il y n'y a pratiquement aucun contact avec les élèves luxembourgeois.

Le foyer

Une difficulté exprimée par un grand nombre de jeunes concerne la confiance, que ce soit la confiance en soi ou la confiance dans les autres, il s'agit d'un point sensible et important à prendre en considération. Quelques jeunes expliquent qu'ils ne se sentent pas en mesure de faire confiance dans les autres, et auraient besoin de temps et d'être rassurés pour que cette confiance puisse se construire au fur et à mesure. Parfois, ce manque de confiance est lié à des expériences vécues avant d'arriver au Luxembourg.

Quelques jeunes ont évoqué la difficulté qu'ils ont à accepter les nombreuses règles qui leur sont imposées dans le foyer. Là où les jeunes semblent le moins contents sont les situations où : les règles ne sont pas les mêmes pour tout le monde ; les éducateurs introduisent des nouvelles règles sans que cela se discute avant et sans la présence de la direction ; les réunions avec tout le monde, y inclus le directeur, se font trop peu souvent.

D'autre part, quelques-uns (surtout les plus jeunes d'âge) trouvent parfois embêtant quand les éducateurs ne sont pas sévères avec les personnes qui ne respectent pas les règles de vie commune du foyer et ne font jamais rien, en laissant tout le travail de ranger ou de nettoyer aux autres qui

essayent de faire de leur mieux. Il est parfois difficile pour les plus petits d'être entourés par des jeunes de 16-17 ans.

Plusieurs jeunes ont exprimé leur mécontentement des activités obligatoires. Malgré le fait qu'ils soient généralement contents que des activités sont proposées, ils trouvent que ces activités devraient être facultatives. Certains ont mentionné que le manque de participation à une activité était puni par des sanctions, par exemple l'interdiction de sortir le weekend, ou l'enlèvement d'une partie de leur argent de poche. D'autres ont exprimé leur souhait d'avoir plus d'activités, notamment pendant les vacances scolaires, quand ils n'ont souvent rien à faire.

Plusieurs jeunes ont également évoqué leur difficulté à comprendre et à accepter les règles strictes autour des visites. Ils trouvent normal de pouvoir inviter un ami à manger de temps en temps, mais tous les foyers ne permettent pas cela. Cela a parfois donné lieu à des situations que selon eux sont « honteux », où ils ont dû dire à un copain qui avait été invité de partir. Ils regrettent aussi l'interdiction de recevoir de la visite pendant la nuit, surtout si c'est un membre de la famille qui vient rendre visite. Certains jeunes, qui ont un frère dans le pays ou dans un pays voisinant, trouvent que leur frère devrait pouvoir venir en visite et rester au moins une nuit. La même insatisfaction s'est révélée pour les jeunes qui doivent prévenir 3 jours à l'avance et remplir des formulaires s'ils veulent aller rendre visite à un autre foyer et y rester la nuit. Ces règles ne sont pas nécessairement les mêmes d'un foyer à l'autre et les jeunes en sont au courant. Ceux qui ont des règles plus strictes voient cela comme une injustice par rapport aux autres.

Un problème, rare mais potentiellement sérieux, qui a été évoqué est le fait que les jeunes n'ont pas le droit de rester seuls dans le foyer. A au moins une occasion cela a donné lieu à une situation compliquée où un jeune qui était malade et ne pouvait pas aller à l'école a quand même été obligé à sortir du foyer quand les membres du personnel devaient partir.

Dans un des foyers, les jeunes qui résident depuis un certain temps dans le foyer sont d'accord entre eux qu'au fur et à mesure quelque chose a changé. Avant, les visites d'amis pour manger ensemble au foyer étaient permises, et il y avait plus d'échanges entre jeunes résidents et éducateurs concernant les règles. Depuis, la situation est devenue de plus en plus rigide et ils sont moins contents de ceci. Ils disent qu'avant ils aimaient vraiment bien leur foyer et tout allait bien, et qu'ils ne savent pas pourquoi cela a changé. Comme mentionné plus haut, dans un autre foyer les jeunes sont, au contraire, plus contents qu'avant. Ils disent que les conflits entre éducateurs et résidents sont devenus plus rares, et qu'il y a plus de communication et de prise de décision commune.

Certains jeunes qui ont déjà obtenu leur statut de bénéficiaire de protection internationale ont dû rester dans le foyer pour mineurs non accompagnés malgré la décision prise, par manque d'autres possibilités. Cette situation pèse sur eux, car ils ont hâte d'avancer avec leurs vies au Luxembourg et souhaitent déménager au plus vite possible dès que la procédure de protection internationale est terminée.

Des jeunes vivant dans des foyers mixtes ont exprimé des problèmes liés au manque de vie privée, car ils sont obligés de partager leur chambre avec quelqu'un, ainsi que des conflits entre jeunes de différentes religions et cultures.

Les plus jeunes dans les foyers mixtes (13-14 ans) ont exprimé à l'ORK leur sentiment d'insécurité dans le foyer et leur envie de pouvoir aller au plus vite dans un foyer dédié exclusivement aux mineurs non accompagnés.

Conclusion : Suggestions et recommandations

Le système d'accueil de mineurs non accompagnés au Luxembourg continue à évoluer au fur et à mesure pour répondre aux besoins de cette population. Depuis les premières visites de l'ORK dans les foyers qui hébergent ces jeunes, en 2016, les expériences des foyers ont permis, pour la plupart, des adaptations et des améliorations pour garantir le bien-être et la protection des jeunes résidents. L'ORK note surtout les progrès positifs en termes de séparation entre mineurs non accompagnés et adultes dans les foyers mixtes, ainsi qu'une présence accrue de personnel spécialisé pour ces jeunes.

Cependant, les visites de l'ORK effectués en 2018 ont permis d'identifier certaines faiblesses, qui pourraient, avec une volonté de la part des autorités, être remédiées assez facilement pour permettre un système qui met vraiment l'intérêt supérieur de l'enfant en premier lieu. A cette fin, l'ORK souhaite conclure ce rapport avec quelques suggestions et recommandations, basées sur nos recherches et les visites décrites ci-dessus.

Aux autorités publiques :

Garantir que tout mineur non accompagné reçoit, au plus vite possible, un administrateur ad hoc, indépendamment du temps qui reste avant que le mineur atteigne l'âge de 18 ans.

Assurer une priorisation des dossiers de demande de protection internationale des mineurs non accompagnés et œuvrer afin qu'aucun enfant ne doive attendre plus que 12 mois la décision sur son statut.

Garantir une information et des mises à jour régulières à chaque mineur non accompagné concernant sa demande de protection internationale. Mettre en place un système d'information spécifique pour chaque enfant dont la décision tarde plus que 12 mois, afin de garantir que celui-ci soit au courant des raisons et puisse être rassuré.

Limiter le nombre d'entretiens avec les mineurs non accompagnés au minimum indispensable. S'il est estimé qu'un entretien ne suffira pas, informer l'enfant déjà avant le premier entretien qu'il/elle aura deux entretiens et en expliquer la raison.

Permettre aux mineurs non accompagnés de se faire accompagner à l'entretien par une personne de confiance de son foyer, sans devoir demander l'autorisation 2 semaines à l'avance. S'il faut une autorisation, celle-ci devrait pouvoir être demandé jusqu'au jour même de l'entretien.

Évaluer, et prendre en considération dans chaque décision, l'intérêt supérieur de l'enfant. L'intérêt supérieur de l'enfant devrait être évalué par un organe de protection de l'enfance, non pas par des autorités d'immigration. Chaque évaluation de l'intérêt supérieur d'un enfant devrait d'office inclure une participation directe de l'enfant en question, sauf si ce dernier ne veut pas ou ne peut pas y participer.

Assurer des formations et formations continues pour tous les membres du personnel des foyers qui travaillent en contact avec des mineurs non accompagnés. Les visites ont montré un manque de formation adéquate chez un grand nombre d'éducateurs. Cela est ressenti par le personnel même, qui est parfois dépassé par les situations, et il y a un souhait de pouvoir suivre des formations plus adaptées.

Assurer la présence régulière de psychologues dans les foyers. Les visites effectuées et les témoignages du personnel montrent une présence insuffisante d'appui psychologique dans la plupart des foyers.

Assurer un contrôle externe régulier et obligatoire des foyers hébergeant des mineurs non accompagnés. L'ORK devrait être doté d'un mandat clair et des ressources nécessaires pour pouvoir effectuer ces visites et communiquer avec les enfants et adolescents.

Aux foyers pour mineurs non accompagnés :

Favoriser les réunions de groupe avec les jeunes résidents, y inclus la présence du directeur et tous les membres du personnel éducatif, afin de discuter ensemble de la situation et permettre une prise de décisions commune concernant les règles de vie.

Garantir quelques règles claires et fermes de base, fondées sur une prise de responsabilité commune et qui visent à responsabiliser les jeunes. L'excès de règles sans fondement crée de la frustration et un sentiment d'être emprisonné.

Assurer un suivi régulier avec chaque résident concernant sa procédure de demande de protection internationale. Même en cas d'absence d'information concernant un dossier précis, la personne de référence dans le foyer devrait avoir un échange avec le jeune afin de répondre à d'éventuelles inquiétudes et parler de la situation.

Les membres du personnel devraient avoir le droit et l'obligation de suivre une formation. En outre, des contacts réguliers plus informels entre les membres du personnel des différents foyers seraient souhaitables, afin de permettre un échange sur des bonnes pratiques qui pourraient amener à un meilleur fonctionnement ainsi qu'à une meilleure cohérence entre les foyers.

Encourager tous les membres du personnel à être attentifs au fait qu'il peut y avoir une difficulté au niveau de la confiance que les jeunes ont en eux-mêmes (insécurité etc.) et dans les autres, et qu'il faut donner le temps nécessaire pour construire cette confiance à travers une bonne écoute, une compréhension et en prenant chacun au sérieux.

Garder toujours à l'esprit que les mineurs non accompagnés, même avec leurs souhaits d'autonomie et de responsabilité, sont encore des enfants (souvent ayant vécu des situations extrêmement difficiles et traumatisantes) et que parfois le besoin de pouvoir parler avec un adulte des craintes et des inquiétudes se fait sentir. Ces moments ont tendance à venir plutôt tard le soir ou la nuit, quand le sommeil ne veut pas s'installer, et c'est à ces moment-là qu'un éducateur à l'écoute est d'une importance cruciale.

Aux écoles :

Intensifier les efforts pour l'intégration des mineurs non accompagnés, en facilitant des interactions et activités communes dans les écoles. Aucun enfant ne devrait passer plus d'une année académique dans une classe d'accueil (ou similaire), et les enfants devraient au plus vite être scolarisés dans des classes normales, qui devraient être dotées de ressources suffisantes pour assurer un accueil de qualité et un aide spécifique pour les élèves qui en ont besoin.

Annexe: Tableau montrant la durée des demandes de protection internationale pour les mineurs non accompagnés

Nom (anonyme)	Dépôt de demande	Entretien au MAEE	Réponse	Durée de procédure (jours)
1	21.08.15	31.05.16	05.12.16	472
2	21.08.15	31.05.16	05.12.16	472
3	11.09.15	01.09.2016 + 30.09.2016	07.07.17	665
4	23.09.15	?	18.05.16	238
5	23.09.15	?	18.05.16	238
6	20.10.15	24.06.16	23.08.16	308
7	03.11.15	31.03.2017 + 28.04.2017	19.10.17	716
8	19.11.15	20.08.2017 + 12.10.2017	11.01.18	784
9	19.11.15	01.06.2017 + ?	30.08.17	650
10	08.12.15	08.09.2017 + 15.09.2017	22.03.18	835
11	08.12.15	02.06.2017 + 16.06.2017	22.03.18	835
12	13.04.16	06.11.2017 + 06.12.2017	en attente	
13	26.04.16	25.09.2017 + 17.10.2017	01.03.18	674
14	06.04.17	19.10.2017 + 07.12.2017	en attente	
15	15.05.17	10.11.17	en attente	
16	23.11.17	23.03.18	en attente	
17	18.01.18	en attente	en attente	
18	14.02.18	19.06.18	Non	
19	16.12.15	08.08.2017 + 02.05.2018	11.06.18	908
20	11.01.17	29.03.17	07.07.17	177
21	02.12.16	29.03.17	01.09.17	273
22	03.11.15	20.04.17	08.11.17	736
23	26.04.16	12.10.17	19.02.18	664
24	16.02.17	05.05.18	17.08.17	182
25	arrivé par regroupement familial			
26	arrivé par regroupement familial			
27	15.01.16	03.07.17	15.02.18	762
28	15.01.16	03.07.2017 (fait par frère)	15.02.18	762
29	30.12.15	19.06.2017	19.01.18	751
30	30.12.15	21.06.2017	19.01.18	751

31	29.12.15	21.09.2017 27.10.2017 09.11.2017	21.03.18	813
32	12.07.17	Convoqué à 3 reprises entre déc.2017 et jan.2018. Entretien n'a jamais eu lieu à cause de trois absences de l'interprète		
33	11.11.15	0	27.06.17	594
34	08.06.16		14.03.18	644
35	28.11.17	06.04.2018		
36	29.11.17	06.06.2018		
37	28.11.17	0		
38	31.08.17	04.01.2018 24.01.2018	20.04.18	
39	04.12.15	24.07.2017	27.10.17	693
40	16.03.16	28.09.2017 + 09.11.2017 + 07.12.2017	22.12.17	646
41	27.07.18	05.04.18	en attente	
42	07.09.17	22.01.18	en attente	
43	04.09.17	21.11.17	en attente	
44	23.11.17	09.02.18	1 réponse négative	
45	13.02.18	21.09.18	en attente	
46	10.08.17	23.04.18	09.07.18	333
47	31.01.18	17.10.18	en attente	
48	02.08.18	?		
49	28.08.18	?		

**Temps moyen
d'attente (jours) :**

572

QUELQUES CHIFFRES-CLÉ SUR LE PLACEMENT DES MINEURS

Relevé des mineurs internés à la section disciplinaire période du mois de novembre 2017 au mois d'octobre 2018					
prénoms	date de naissance	entrée	sortie	durée en jours	motif de la sortie
garçon	août-99	05.12.2016	03.11.2017	333	congé à durée indéterminée
garçon	août-00	05.09.2017	14.05.2018	251	transfert Unité UNISEC Dreiborn
garçon	avr-00	01.01.2018	29.01.2018	28	transfert Dreiborn
garçon	févr-00	05.01.2018	02.02.2018	28	mainlevée mesure de garde provisoire
garçon	déc.2001	11.01.2018	30.04.2018	109	transfert Unité UNISEC Dreiborn
garçon	sept-00	02.02.2018	06.02.2018	4	transfert Unité UNISEC Dreiborn
garçon	févr-00	02.02.2018	21.02.2018	19	majeur

2008 - 2018 Evolution du nombre de Mineurs placés au Centre Penitentiaire de Luxembourg											
Durée en jours	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
< 10	3	3	2	3	0	3	2	0	0	1	1
11-60	13	7	15	15	1	3	6	1	1	13	3
61-120	3	7	3	2	1	4	2	1	0	0	1
121-180	2	3	2	6	1	1	4	0	0	1	0
> 180	3	2	2	2	1	1	2	1	3	2	2
Total	24	22	24	28	4	12	16	3	4	17	7

Enfants et adolescents vivant au Luxembourg qui sont accueillis ou placés en institution ou en famille d'accueil au Luxembourg et à l'étranger en date du 1er avril 2018/					
Lieu d'accueil institutionnel au Luxembourg	Nombre	Placements judiciaires	Accueils volontaires	Total	
Centres d'accueil classiques	9	392	81,16%	91	483
Accueil urgent	4	46	90,20%	5	51
CSEE Schrassig pour adolescentes et Dreiborn pour adolescents	2	86	100,00%	0	86
Institutions spécialisées:	/	34	73,91%	12	46
mineurs non accompagnés	/	0	0,00%	58	58
TOTAL		558	77,07%	166	724
Accueil institutionnel à l'étranger	/	51	61,45%	32	83
jour et nuit	/	459	90,18%	50	509
individualisé intensif	/	34	94,44%	2	36
Accueil en famille	/	493	948,08%	52	545 dont 227 auprès de famille proche
TOTAL FINAL		1102	81,51%	250	1352
Enfants adolescents et/ou familles bénéficiant d'un encadrement en milieu ouvert	270 jeunes en SLEMO 20 enfants et adolescents en famille d'accueil de jour 12 enfants et jeunes en institution spécialisée jour				

Evolution de l'Accueil Institutionnel à l'étranger Enfants et adolescents dans les institutions à l'étranger				
y compris les mesures d'accueil individualisé intensif				
Date	Placements judiciaires		Accueils volontaires	Total
1er avril 2018	85	71,43%	34	119
1er avril 2017	84	64,12%	47	131
1er octobre 2016	74	61,67%	46	120
1er avril 2016	75	57,25%	56	131
1er octobre 2015	73	54,89%	60	133
1er avril 2015	77	57,46%	57	134
1er octobre 2014	71	56,80%	54	125
1er avril 2014	76	61,79%	47	123
1er avril 2013	68	59,65%	46	114
1er octobre 2013	73	58,87%	51	124
1er octobre 2012	61	48,03%	66	127
1er avril 2012	76	56,72%	58	134
1er octobre 2011	67	44,97%	82	149
1er avril 2011				154
1er octobre 2010				113
1er avril 2010				154

LE RAPPORT D'ACTIVITÉS DE L'OMBUDSMAN FIR D'RECHTER VUM KAND

Les consultations et les saisines de particuliers

157 nouveaux dossiers ont été ouverts entre le 1^{er} novembre 2017 et le 31 octobre 2018. Ces nouveaux dossiers et le suivi de dossiers de la période antérieure ont occasionnés 307 entretiens. Il faut cependant noter que tous les entretiens avec des particuliers ne mènent pas nécessairement à l'ouverture d'un dossier. Par contre un dossier n'est ouvert, que si les personnes ont eu un entretien avec l'Ombudsman.

Evolution du nombre de nouveaux dossiers par an						
Année	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-18 ans	Total enfants concernés	nouveaux dossiers
2003	18	28	26	15	87	81
2004	25	54	46	26	151	124
2005	30	78	42	33	183	126
2006	41	69	52	54	216	142
2007	37	71	49	65	222	138
2008	32	53	63	53	201	130
2009	29	59	85	40	213	145
2010	45	77	57	46	224	152
2011	34	73	63	34	204	153
2012	48	57	68	65	238	158
2013	30	40	56	20	146	96
2014	53	48	57	30	188	111
2015	38	44	45	22	149	115
2016	46	61	53	23	183	92
2017	46	73	62	30	211	128
2018	58	81	98	41	278	157

L'Ombudsman et la juriste sont aussi beaucoup sollicités pour des demandes d'information ou des consultations par téléphone : 228 consultations téléphoniques avec des particuliers, 89 consultations téléphoniques avec des professionnels.

Tout comme par le passé, l'ORK renonce à tout formalisme. Les saisines du Comité peuvent se faire par voie téléphoniques, par courrier (électronique, fax ou postal) et sur rendez-vous.

Pour que l'ORK ouvre un dossier nous demandons à l'enfant, au jeune, au parent et à toute personne qui veut saisir l'ORK d'une situation de prendre un rendez-vous pour un premier entretien

avec le président et/ou la juriste. Le but de cet entretien est de bien saisir et comprendre la demande, de discuter dans quelle mesure et à quel niveau l'ORK peut utilement devenir actif, d'ouvrir le cas échéant un dossier et de convenir ensemble de la manière de procéder.

Motif des saisines et sexe des enfants			
THEMATIQUE	féminin	masculin	Total
Crèche/Maison relais/Maison de jeunes***Crèches/Maisons Relais divers	1		1
Droit de visite pour tierces personnes***Droit de visite pour grand-parents	3	1	4
Enfants migrants***Enfants migrants autres	5	3	8
Enfants migrants***Famille DPI déboutée	4	2	6
Enfants migrants***Famille DPI en procédure	3		3
Enfants migrants***Mineur non accompagné		7	7
Enfants migrants***Problèmes administratifs enfants migrants	1	1	2
Enseignement/Ecole***Elève à besoins spécifiques	2	4	6
Enseignement/Ecole***Enseignement divers	5	10	15
Enseignement/Ecole***Orientation	4		4
Enseignement/Ecole***Relations enfant/enseignant	4	3	7
Enseignement/Ecole***Sanctions disciplinaires		2	2
Famille***Recherche parents	1		1
Handicap/Enfants à besoins spécifiques (hors enseignement)***Handicap autres	1	1	2
Pauvreté/Précarité sociale***Allocations familiale et autres aides sociales	2		2
Pauvreté/Précarité sociale***Logement	1		1
Pauvreté/Précarité sociale***Autres		1	1
Placement judiciaire***Placement autres	2	1	3
Placement judiciaire***Placement en famille d'accueil	1	1	2
Placement judiciaire***Placement en foyer		2	2
Placement judiciaire***Placement judiciaire en psychiatrie	2		2
Problèmes administratifs***Etablissement/Renouvellement papier identité	1	2	3
Problèmes administratifs***Problèmes administratifs Enregistrement enfant	1	1	2
Problèmes administratifs***Problèmes administratifs autres	4	6	10
Santé/Bien-être***Santé autres	2	2	4
Santé/Bien-être***Santé mentale		1	1
Santé/Bien-être***Tran's ou intersexe		1	1
Séparation/Divorce***Droit de garde/droit de visite	19	17	36
Séparation/Divorce***Divers	3	5	8
Situation spéciale des parents***Parents Santé Mentale	1		1
Situation spéciale des parents***Situation spéciale Parents divers	3	3	6
Violence contre les enfants***Autre violence/maltraitance	1	1	2
Violence contre les enfants***Mobbing/Harcèlement	1		1
Violence contre les enfants***Violence sexuelle extrafamiliale		1	1
Total	78	79	157

Lorsqu'un problème signalé concerne une situation où une instruction judiciaire est en cours, l'ORK ne peut intervenir. Il essaie néanmoins d'offrir une aide appropriée en orientant le demandeur vers le service compétent. Les saisines individuelles auprès de l'Ombudsman pour les Droits de l'enfant, outre qu'elles fournissent un soutien et une orientation aux personnes, aident aussi l'ORK à distinguer et comprendre les déficits dans la prise en charge des enfants, et à détecter les failles dans le système.

Parfois nous constatons aussi à travers un dossier individuel des progrès réalisés ou nous découvrons de bonnes pratiques qui méritent d'être relevées. Le traitement des dossiers individuels et la multitude de contacts avec des professionnels de terrain et les autorités publiques nourrissent nos questionnements et nous amènent à proposer des améliorations et à formuler des recommandations.

L'agenda de l'Ombudsman

Présentation du Rapport 2017	
20. Nov. 2017	Remise du Rapport à Mars di Bartolomeo, Chambre de Députés
20. Nov. 2017	Remise du Rapport à Xavier Bettel, Ministère d'Eta
20. Nov. 2017	Présentation publique Centre Culturel Cessange
	Présentation du Rapport 2017 en Commissions de la Chambre des députés
Formation Droits de l'Enfant	
8. Jan. 2018	Formation ORK Kannerrechter - Aide socio-éducative CNFPC
16. Jan. 2018	IFEN Formation Mënschenrechter - Kannerrechter
6. März 2018	Centre de propédeutique Walfer Formation Kannerrechter, Walferdange
16. Apr. 2018	7G3_LML - Formation Kannerrechter,
16. Apr. 2018	7G1_LML - Formation Kannerrechter
17. Apr. 2018	7EC1_LML - Formation Kannerrechter
18. Apr. 2018	7G2_LML - Formation Kannerrechter,
20. Apr. 2018	7IE3_LML - Formation Kannerrechter,
23. Apr. 2018	7EC2_LML - Formation Kannerrechter
26. Apr. 2018	7G4_LML - Formation Kannerrechter
3. Juli 2018	KR - Atelier - MEE, Schifflange
10. Juli 2018	KR - Atelier - MEE, Schifflange
18. Juli 2018	World City Miselerland, Maison Relais Schengen/Remerschen
11. Sep. 2018	Guiden an Scouten, aal Seeërei
15. Sep. 2018	Guiden a Scouten Kannerrechter a Kannerschutz
29. Sep. 2018	Formation kr efj ork, Entente des Foyers de Jour Asbl
Participation de l'Ombudsman à des séminaires, conférences, tables rondes etc.	
7. - 8. Nov. 2017	European Forum on childrens rights, Bruxelles
8. Nov. 2017	Conférence Nationale Europlan Maladie Rares
9. Nov. 2017	Cecilia, Ciné Utopia
14. Nov. 2017	Konferenz: Beziehungsstörung in der Trennungs- und Scheidungsphase
15. Nov. 2017	Fachtagung Scheidung und Trennung
17. Nov. 2017	ECPAT Table Ronde - 10 ans d'Ecpat au Mali, Cercle Municipal
22. Nov. 2017	6ième conférence nationale sur l'éducation non-formelle des enfants et des jeune
3. - 5. Dez. 2017	Formation AOMF à Bruxelles
12. Dez. 2017	Urmila: My Memory is my Power, CNA Dudelange
13. Dez. 2017	Santé Scolaire 6ième Journée Nationale, Alvisse Parc Hotel
19. Jan. 2018	Table Ronde avec Frédéric Lenoir Fondation S E V E Savoir Être et Vivre Ensemble
19. Jan. 2018	Conférence Frédéric LENOIR, Uni.lu
8. Feb. 2018	Film Mädchensseele - Transgender
9. Feb. 2018	International Conference Measuring the effectiveness of children's rights, Egmont Palace Bruxelles
28. Feb. 2018	Mental Health Conference in Bruxelles FG
7. März 2018	Film Erziehungspartnerschaft an der stationären Hëllef, BGL Kirchberg
8. März 2018	"Déi LénkOsten" eng Soirée zum Thema Prekaritéit, Kulturhuef Grevenmacher
15. März 2018	Conférence: Autorité parentale - Quel défi pour la famille?
28. März 2018	Quo vadis ...Protection de la Jeunesse? Conférence-Débat avec M. Félix Braz, Cercle Municipal
26. Apr. 2018	FG Praxisworkshop: Umgang mit schwierigen Klienten und Kunden
27. Apr. 2018	FG Praxisworkshop: Umgang mit schwierigen Klienten und Kunden
27. Apr. 2018	ATD Quart Monde
6. Mai 2018	Journée de sensibilisation aux droits de l'enfant, Parc Merveilleux Bettembourg
8. Mai 2018	Inauguration du Centre national de Référence pour la Promotion de la Santé affective et sexuelle, Planing Familial
16. Mai 2018	EUR&QUA conférence inaugurale
31. Mai 2018	ORK at Dag vun der politescher Bildung, Walferdange
31. Mai 2018	Déi Lénk Norden, Aal Séerei Diekirch
1. Juni 2018	Elterenschoul ORK - Rechter a Pflichten vun den ELTEREN
5. Juni 2018	Symposium psychotraumatisme, Soeurs Franciscaines
20. Juni 2018	Un défi pour les défenseurs des droits de l'Homme en Europe: combattre les préjugés racistes et xénophobes à l'égard des migrants
25. Juni 2018	Conférence. brauchen Kanner prérekt Elteren?

	CERES
26. Juni 2018	Documentaire Grand H
3. Juli 2018	Cycle de déjeuners-séminaires Enfants non-accompagnés ou séparés,
5. Juli 2018	Cycle de déjeuners-séminaires Enfants non-accompagnés ou séparés
12. Juli 2018	Cycle de déjeuners-séminaires Enfants non-accompagnés ou séparés,
16. -28. Juli 2018	MINILÉNSTER
19. -21.Sep. 2018	ENOC 22nd Annual Conference related to the theme of Children's Mental Health
23. Sep. 2018	Chefdag - Letzebuenger Guiden a Scouten, Remich
25. Sep. 2018	YOUth Talk! - UN Youth Delegates Luxembourg
2. Okt. 2018	Unicef - Inauguration
4. Okt. 2018	10 ans Hopital de Jour Hopitaux Robert Schumann Jugendpsychiatrie, Kulturfabrik Esch
9. Okt. 2018	Semaine de la Santé Mentale Table Ronde "Die psychische Gesundheit unserer Kinder.
8. Okt. 2018	Semaine de la Santé Mentale Conférences Die suicidale Krise - Digitale Bildschirmmedien
8. Okt. 2018	Semaine de la Santé Mentale Table Ronde - Accessibilité des Services de santé mentale pour les personnes en situation de Handicap intellectuel
15. Okt. 2018	50 Joer Kannerduerf, Neumunster
16. Okt. 2018	"Foire vun der Jugendaarbecht 2018"
17. Oktober 2018	Centre de Médiation asbl - Conférence, Auberge de Jeunesse Luxembourg
17. Oktober 2018	ATD QUART MONDE - CCDH - Journée mondiale du refus de la misère, Neumunster
18. Okt. 2018	6. Praxis und KONTAKTTAG - pRAXISBüRO Uni.lu
23. Okt. 2018	Workshop sur les procédures d'évaluation (BIA) et de détermination (BID) de l'intérêt supérieur de l'enfant,
Réunions avec des professionnels	
2. Nov. 2017	Unicef -Luxembourg
7. Nov. 2017	ECPATL Luxembourg
7. Nov. 2017	Police Rumelange
8. Nov. 2017	Time for Equality
9. Nov. 2017	Claudia Monti
9. Nov. 2017	CCDH
10. Nov. 2017	AG Signalement
21. Nov. 2017	Eur&Qua Copil
24. Nov. 2017	MENEJ M Meisch, M Achten
27. Nov. 2017	Hans van LOON, Den Haag
28. Nov. 2017	Maison des Droits
28. Nov. 2017	BEE SECURE Advisory Board, Forume Geeseknäppchen
30. Nov. 2017	GT Signalement - Menej
6. Dez. 2017	Foyer St François
6. Dez. 2017	Groupe de travail Placement Transferts
7. Dez. 2017	Comité interministériel des droits de l'homme avec la société civile
11. Dez. 2017	Ralf Schroeder - CSEE
11. Dez. 2017	Mme Valente CSEE
19. Dez. 2017	SOS Villages d'enfants
4. Jan. 2018	Uni Luxembourg - M Petry
5. Jan. 2018	SOSVE - Mme Schauer
8. Jan. 2018	Eur&Qua - lancement, Uni.lu Belval
10. Jan. 2018	KJT
11. Jan. 2018	ORK meets MENEJ - Présentation et discussion du Rapport 2017
17. Jan. 2018	CHL - Dr Laurent LE SAINT
23. Jan. 2018	OLAI,
24. Jan. 2018	Groupe de travail LGBTI
30. Jan. 2018	KJT - Preparation Formation Ifen
7. Feb. 2018	GT - Placements Transition
8. Feb. 2018	ORK meets Claudia MONTI, Médiatrice
13. Feb. 2018	Centre pénitentiaire, Mineurs en prison,
19. Feb. 2018	Direction Régionale Suman&Paulus
20. Feb. 2018	COSL
23. Feb. 2018	ORK meets Claude Janizzi
26. Feb. 2018	Mariendall Table Ronde
1. März 2018	Présentation publique du rapport sur la situation des femmes en prison (CPL et CPG), chd.lu
6. März 2018	CCDH & CET
6. März 2018	SOSVE ,Atelier - "Éducation au Développement Durable
7. März 2018	Christian TREITZ - Minilénster
7. März 2018	ECPAT - MEN

7. März 2018	Vidéo "C'est compliqué" - A. Grimée
9. März 2018	Pédopsychiatre
14. März 2018	G. Schmit
20. März 2018	Comité Interministériel des droits de l'homme
23. März 2018	KJT preparation formation cb
27. März 2018	Maison Relais Schengen
29. März 2018	Suivi Troisvierges
30. März 2018	Groupe Protection de la Jeunesse
6. Apr. 2018	Vidéo "C'est compliqué" - A. Grimée
17. Apr. 2018	Mr Chase
19. Apr. 2018	AG Placements
24. Apr. 2018	Arcus Kannerheim Itzig
2. Mai 2018	LGS, Aal Géisserei Eich
3. Mai 2018	Scating.lu
3. Mai 2018	MinSanté Mme D'Alimonte et M.- Ziade
7. Mai 2018	G. Schmit
11. Mai 2018	G. SCHMIT
14. Mai 2018	Féd.lux Sport de Glace
15. Mai 2018	KJT
17. Mai 2018	SOS Détresse
22. Mai 2018	G SCHMIT
28. Mai 2018	Fondation UP
28. Mai 2018	Comité Interministériel Droits de l'Homme
30. Mai 2018	MdDH - Visite Chantier
30. Mai 2018	Batiments publics
30. Mai 2018	ORK meets ADR
1. Juni 2018	Thomas Kauffman
1. Juni 2018	Entrevue Zentrum fir politesch Bildung, Edu Pöle
4. Juni 2018	Déi Gréng
11. Juni 2018	Eur&Qua Debriefing
12. Juni 2018	ORK meets LSAP
12. Juni 2018	RAP18 Péitrushaus
13. Juni 2018	COSL, Strassen
14. Juni 2018	G. Schmit
15. Juni 2018	AG - Placements
18. Juni 2018	RAP18 Ligue d'Hygiène mentale
19. Juni 2018	Pédopsychiatre
19. Juni 2018	Eure&Qua Copil -
20. Juni 2018	Architekt Maison des Droits
20. Juni 2018	ORK meets CSV
21. Juni 2018	SOS VE
21. Juni 2018	BEE SECURE - Advisory Board
25. Juni 2018	Passerelle Kannerschlass, Fondation Kannerschlass
26. Juni 2018	Objektiv Famill - Maischi Tibessart
26. Juni 2018	KJT
27. Juni 2018	Lycée Michel Lucius
28. Juni 2018	Comité interministeriel LGBT
29. Juni 2018	Zentrum fir politesch Bildung
29. Juni 2018	After Youth Work SNJ Abschied Eric Krier

3. Juli 2018	RAPP18_Service de psychiatrie juvénile, hôpital Kirchberg
4. Juli 2018	ORK meets_DP
6. Juli 2018	RAPP18 Service Impulse
9. Juli 2018	Rap18 PSY-Jeunes, Croix Rouge
9. Juli 2018	Rap18_PSYea
11. Juli 2018	Minilënster - Préparation
11. Juli 2018	ORK meets ASTI
12. Juli 2018	Comité interministériel des droits de l'homme, Bâtiment Mansfeld
24. Juli 2018	ARCUS _Placement familial
25. Juli 2018	Expertengruppe Mallette Kinderrechte
25. Juli 2018	ORK meets Déi Lenk
26. Juli 2018	Foyer Lily UNDEN
27. Juli 2018	RAP18 - ONE
27. Juli 2018	Visite Minilënster
31. Juli 2018	RAP18 SDIP – SERVICE DE DÉTECTION ET D'INTERVENTION PRÉCOCE POUR TROUBLES PSYCHIQUES
1. Aug. 2018	G. Schmit
2. Aug. 2018	Mme Lis De Pina - Mediation Scolaire, Ministère de l'Education Nationale...
3. Aug. 2018	Metaph - Site Web
7. Aug. 2018	INHOPE meets ORK
9. Aug. 2018	Olivier Worré US Embassy
9. Aug. 2018	Georges Haan Bienveillance
16. Aug. 2018	RAP18 - Association des Familles ayant un proche atteint de Psychose au Luxembourg (AFPL)
22. Aug. 2018	RAP18 Erziehungs - a Familienberodung
23. Aug. 2018	Foyer Lily Uden
11. Sep. 2018	Service Treff-Punkt
14. Sep. 2018	EUR&QUA Action4
17. Sep. 2018	Ork meets ONE
20. Sep. 2018	SOSVE
24. Sep. 2018	ATD Quart Monde - ORK
25. Sep. 2018	Croix-Rouge - Service Placement familial
26. Sep. 2018	Ministère des Affaires Etrangère - Direction de l'Immigration
27. Sep. 2018	Rap18 - ORK meets JM Wagner Itzig
1. Okt. 2018	MENEJ - Claude Janizzi
9. Okt. 2018	RAP18Kannerhaus Maacher
11. Okt. 2018	RAP18 Anna Herdtle Uni.lu
16. Okt. 2018	Rap18 CPAS - Antoinette Rollinger
17. Okt. 2018	RAP18- Centre KanEl Esch
19. Okt. 2018	Rap18 Dr Seil - Moreels
19. Okt. 2018	Solidarité Jeunes Réunion Préparation
22. Okt. 2018	RAP18 - Mme Di Ronco - Mamerhaff
22. Okt. 2018	EUR&QUA Action 4, Nancy
26. Okt. 2018	Menej - Reding Pierre

L'ORK et ses réseaux internationaux



Le Réseau européen des médiateurs pour enfants (ENOC) est une association sans but lucratif regroupant des institutions des droits de l'enfant indépendants. Son mandat est de faciliter la promotion et la protection des droits des enfants, tel que formulé dans la Convention des Nations Unies SUR les droits de l'enfant.. www.enoc.eu



ASSOCIATION DES OMBUDSMANS ET
MÉDIATEURS DE LA FRANCOPHONIE

L'Association des Ombudsmans et des Médiateurs de la Francophonie (AOMF) a pour mission principale de promouvoir le rôle de l'Ombudsman et du Médiateur dans la Francophonie et d'encourager le développement et la consolidation des institutions indépendantes de médiation dans l'espace francophone.

<https://www.aomf-ombudsmans-francophonie.org/>



Eurochild
Putting children at
the heart of Europe

Eurochild est un réseau d'organisations et d'individus qui travaillent dans et à travers l'Europe afin de promouvoir les droits et le bien-être des enfants et des jeunes. <https://www.eurochild.org/>



L'ORK est partenaire dans le Projet Interreg Eur&Qua - Projet de développement d'un espace transfrontalier de protection internationale de l'enfance

<http://www.eurequa.com/>



ANNEXES AU RAPPORT 2018 DE L'ORK

1. ENYA 2018: Let's Talk Young, Let's Talk about MENTAL HEALTH »
Annexes page 3
2. ENOC - Position Statement on "Child Mental Health in Europe"
Annexes page 9
3. ENOC Statement on the Right to Education of Children on the Move
Annexes page 17
4. ENOC Position Statement on "Intercountry Adoption"
Annexes page 25
5. Convention Internationale des Droits de l'Enfant
Annexes page 33
6. Kinderrechtskonvention für Kinder
Annexes page 55
7. Loi de l'ORK
Annexes page 61



Rapport 2018
Annexe 1

ENYA 2018: Let's Talk Young, Let's Talk about MENTAL HEALTH »



ENYA 2018: Let's Talk Young, Let's Talk about MENTAL HEALTH »

Young People's recommendations:



Mental health defined by the young people

Mental health is a psychological state that affects your life in good or bad ways. Mental health can be positively affected by going to parks and surrounding yourself with nature, by feeling confident, by receiving the support of family and friends, by meeting groups and by working hard (to reach your potential).

On the opposite, your mental health can be negatively affected by stress (due for instance to financial issues, exams, relationships, addictions or otherwise).

If you are mentally healthy: you can feel comfortable in yourself and have good self-esteem, you feel you can trust yourself, you feel strong and you know you can overcome challenges.

Despite the stigma that surrounds it, mental health is as important as physical health.

Recommendations of the young people

Education

- Teachers should be trained to improve prevention and detect child and adolescent mental health issues in a timely manner, especially regarding those that require immediate attention. Training should also be given to children regarding acceptance and diversity.
- Schools should have specialized staff. A school psychologist and social worker should be available in all schools in order to provide support and information regarding existing services.
- Young people should be made aware of their mental health rights.
- Coordination between the school and the centers of mental health should be improved in order to respond to the mental health needs of children and adolescents.
- Prevention measures regarding the consumption of toxic substances and support for families should be increased.
- There should be more talks about Mental Health in schools, which would include interventions from professionals, testimonies and experiences of people affected by mental health issues, in order to break the stigma, to eliminate labels and to prevent discrimination. Such talks should start in primary schools.
- Mental Health should be included in the syllabus of Personal and Social Development classes.
- Childhood experiences directly affect mental health. Although some aspects of a discussion on mental health may be too sensitive for young children, sessions could be held to teach them positive ways of expressing their emotions and how to deal with negative emotions.
- **'Spaces' should be created within schools where children feel comfortable to open up and ask for support with no fear of judgement. There should also be allocated 'spaces' for young people to have some alone time should they require it.**
- Students should have more opportunities to be listened to.
- Changes must be applied to the educational system in order to give equal importance to the emotional development of children and not to only focus on academic success. The system should also allow children to have more leisure time.
- Stress in education should be reduced by giving less homework and by putting less pressure on students regarding exams.

Health

- There is a need for awareness-raising campaigns in order to reduce stigma. This will encourage young people to ask for help. The visit of a child to a psychologist should not be considered a taboo.
- Awareness-raising should include active participation of young people, **in a "peer-to-peer" way, in**

order to deliver the message to other youngsters, thus making communication more effective.

- Focus should be on what good mental health looks like in order to generate a positive message. Awareness-raising should include explanations on the importance of environmental factors on mental health and could highlight practical solutions such as healthy eating, regular exercise, **having a support network of trusted people etc...**
- Children should be able to ask for professional help without the consent of their parents. The age of medical consent should at least be lowered to the age of 16.
- More resources are needed in the health sector to reduce waiting lists in child mental health centers/services and to give immediate attention to children and adolescents who require it.
- Mental health services for children should be provided by specialized personnel who are trained on **children's issues**.
- Children and young people should have access to community-based services as much as possible.
- Accident and Emergency Departments providing help for children and young people in crisis should be improved. Waiting times are too long and paper-thin cubicles are not appropriate for young people.
- The health sector and the educational sector should be more coordinated, in order to improve prevention and detection of child and adolescent mental health issues, especially for those who require immediate attention.
- There should be more communication and collaboration amongst different healthcare bodies when providing mental health services. Such issues are often linked to social/physical issues; therefore, there is a need for a holistic approach.
- **There is a need for more investment in young people's mental health.**
- Information about help centers should be disseminated and services should be made more accessible to children and adolescents.
- A child-focused helpline that would provide guidance and support to children regarding mental health issues should be set up. This should be available 24/7.
- Approaches that are not only based on medicating children and adolescents, but which also focus on offering support to children and their families should be explored. Such support would promote positive family relationships, solve conflicts, instill trust and reduce aggressiveness. Guidelines on how to improve the quality of life of the child should also be established.
- Prevention toward the consumption of toxic substances and its consequences should be increased from early stages.
- More research should be made in the area of mental health.
- National Standards regarding Mental Health should be established.

Media

- The public should be made more aware of the proximity and breadth of "Mental Health"! Its scope should be explained from an integrative perspective.
- Public awareness should be increased through TV programs and messages to promote diversity and inclusion.
- Advertisements should incorporate different profiles of children and adolescents in an inclusive way.
- Media should be informed on how to work on this issue to protect people with mental health problems from stigma.
- The broadcasting of such messages has to be accessible to young people, for example through the platforms they use every day like Instagram, Facebook, YouTube and TV channels.
- Famous people that young people follow, like singers or actors, can promote the messages in order to reduce stigma.

- Websites and other information portals offering support to young people should be promoted.

Government

- **Parents and educators should be educated on issues related to children's rights and the development of children in a healthy environment.**
- Workshops for children and parents on promoting healthy relationships should be organized. Sessions should be held both together and separately. Such workshops should be fun so that young people will continue to attend.
- There should be mandatory courses for parents, to be held at the place of work. This course will help the parent learn how to recognize signs of distress in their children.
- The State must provide financial assistance to families in need. In cases where financial support is needed, this should be done in a discrete way.
- There is a need in investing in financial support for families, to encourage children to continue studying after compulsory school age and not to drop out of school to work and support their families.
- The State must provide services for children with disabilities or children who face health issues in order for them to be able to ask for support once they need it.
- Appropriate infrastructure should be created, such as ramps so that children with disabilities can fully participate in all activities. This will have a positive impact on their mental health.
- Laws and measures should be in place to ensure that there is no discrimination toward people suffering from mental health disorders.

Community

- Support groups should be created within the community.
- Spaces within the community where children can participate in various activities along with experts should be created.
- Spaces within the community where children and adults can discuss issues that affect them should be created.
- Opportunities for free participation of children in sports and cultural activities during their leisure time should be provided.



Rapport 2018
Annexe 2

ENOC - Position Statement on “Child Mental Health in Europe”

European Network of Ombudspersons for Children (ENOC)**Position Statement on “Child Mental Health in Europe”****Adopted at the 22nd ENOC General Assembly, 21st September 2018, Paris**

“Emotions are what make us human. Protecting and enhancing our children’s emotional wellbeing and mental health is the responsibility of humanity”¹

We, members of the European Network of Ombudspersons for Children (ENOC), call upon our governments, the European Commission and the Council of Europe to undertake all appropriate actions to ensure children’s right to enjoy the highest attainable standard of mental health.

ENOC defines child mental health as:

A state of wellbeing that allows children to develop and become aware of their own unique personality, to build their own identity, to fulfil their own potential, to cope with the challenges of growing up; to feel loved, secure and accepted as unique individuals and to be able to be happy, play, learn and to participate and contribute to family and community².

Protecting and enhancing children’s mental health is not only a key component of promoting their rights including their best interests but also has immense advantages. It gives children the best opportunity to live a happy, fulfilled life. It enables them to make the most of their childhoods and of growing up to be productive and happy adults. The benefits to Society are also immense.

Having a) considered the relevant international binding and non-binding legal instruments and other instruments, and in particular:

- The UN Convention on the Rights of the Child (1989) (CRC)
- The General Comments no. 4, 9, 12, 13, 15 of the UN Committee on the Rights of the Child
- The UN Human Rights Council resolution A/HRC/RES/36/13 of 28 September 2017 and the reports A/HRC/34/32 and A/HRC/35/21
- Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966)
- Article 25 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006)
- WHO relevant work and especially its Mental health action plan 2013 - 2020
- Article 11 of the European Social Charter (1961)
- The European Charter for children in hospital (European parliament, 1986)

¹ Paul Gilligan, Clinical Psychologist, CEO St. Patrick’s Mental Health Services (Dublin), ENOC expert advisor on Child Mental Health

² WHO definition of mental health adapted to children and enhanced

- The European Convention on Human Rights and Freedoms and its additional Protocols
 - The Council of Europe Guidelines on child-friendly health care (2011)
 - The European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment of the Council of Europe (2002)
- b) consulted with the young people who participate in the European Network of Young Advisors (ENYA) run by ENOC
- c) considered the findings of an ENOC comparative study³ on “child and adolescent mental health”, involving 25 ENOC members, that identified similar shortcomings in the child mental health systems across Europe⁴.

ENOC recommends:

1. The introduction and implementation of national children’s strategies

“The Convention [on the Rights of the Child] recognizes the interdependence and equal importance of all the rights (civil, political, economic, social and cultural) that enable all children to develop their mental and physical abilities, and their personality and talent to the fullest extent possible⁵”. Supporting the healthy development of children and addressing their mental health needs is best achieved through a holistic approach of children. Children, because of their developmental needs and vulnerabilities should be supported with specific and dedicated strategies and policies. Specific actions that need to be taken include:

- a. **Establish a comprehensive national children’s strategy** based on the Rights of the Child as defined by the UNCRC
- b. Consult with children on the development of the strategy and throughout on its implementation
- c. Seek, through the strategy, to create a healthy, child-centered society, which serves to **enhance children’s wellbeing and which reduces risks to children’s mental health**
- d. **Define, in the strategy, specific action plans to enhance children’s mental health, to prevent mental health difficulties, to establish holistic mental health care and support services.** In addition there is a need for plans to develop a whole system, cross Government and **interdisciplinary approach to children’s mental health**
- e. Put in place mechanisms to evaluate and monitor the implementation and impact of the strategy with a particular emphasis on obtaining feedback from children
- f. Identify how the needs of children in vulnerable situations, particularly their mental health needs, will be addressed. Vulnerability can result from different factors: social

³ <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-enoc-gb-num-05.09.18.pdf>

⁴ Legislation, regulations, services and supports are not children’s rights based. Meaningful participation of children is weak, as is the mental health information provided to children. The right of a child to access appropriate services and to give informed consent to treatment is a significant issue. Maintaining access to education and family ties while utilising services is a challenge. The stigmatisation of children with mental health difficulties is widespread. As well as a lack of consideration of the specific needs of children in vulnerable situations there are particular challenges meeting the mental health needs of geographically and socially isolated children, with territorial and social inequalities having a significant impact. Coordination between the social, health, education and justice sectors is poor. Services are under-resourced with mental health specialists being particularly difficult to access, resulting in long waiting times and many children not receiving an appropriate service.

⁵ CRC/C/GC/15 para. 7

disadvantage, cultural differences, sexual orientation or disability. While these factors themselves do not confer vulnerability, the stigma and discrimination that may accompany them, and the obstacles that may result from this, can make children more vulnerable.

- g. Create an appropriate and transparent funding system for mental health promotion, prevention and treatment services, including guarantee that essential child mental health services are provided to children and families free of cost to them.

2. The implementation of human rights-based mental health legislation, regulations and standards

Ensuring children receive appropriate, timely mental health care and protecting their rights while receiving care or treatment, requires robust legislation and regulation. Specific actions that need to be taken include:

- a. Introduce human rights-based mental health legislation with a particular emphasis on protecting, promoting their best interests⁶ and fulfilling the rights of children
- b. **Enact legislation that explicitly and comprehensively provides for children's consent to and refusal of medical treatment and does so in a manner that clearly recognises children's evolving capacities**
- c. Where children do not have capacity to consent to treatment as defined by law, ensure their views on their care and treatment are taken into account in accordance with their age and maturity
- d. Guarantee that all children, regardless of their age, have access to complaints mechanisms when engaging with mental health and support services
- e. Ensure parental consent is not a barrier to children accessing mental health support
- f. Establish an independent regulatory body with statutory powers and with the responsibility to promote, encourage and foster high standards and good practices in the delivery of mental health services and to protect the interests of people who are involuntarily admitted to mental health services. Ensure this body is sufficiently resourced to carry out its functions fully
- g. Establish inspection and monitoring mechanisms that requires the independent mental health regulatory body to inspect all children mental health services on a regular basis⁷
- h. Provide an independent information and advocacy service for children using mental health services.

3. Combating stigma through awareness and prevention

Stigma and discrimination can have a devastating impact on people with mental health difficulties, particularly children who are still developing. This can prevent the child or his/her parents / carers / legal representatives seeking help.

Enhancing public awareness and running comprehensive and continuous prevention programmes helps to reduce stigma, enhances early detection of difficulties and increases the likelihood of **people seeking help at an earlier stage**. ENOC's European Network of Young Advisors emphasises that raising awareness of anti-discrimination laws would help to combat stigma, empowering people

⁶ UNCRC GC 14

⁷ Optional Protocol to the Convention against Torture

to talk about their mental health difficulties without fear of negative repercussions. Specific actions that need to be taken include:

- a. Design and implement public awareness raising and prevention campaigns focused on wellbeing and on enhancing evidence-based knowledge of all forms of mental health difficulties
- b. Run specific training and awareness raising programmes for those working in the media
- c. In consultation with children, design and implement specific wellbeing and mental health awareness raising and prevention programmes for children
- d. Provide accessible and understandable evidence based information for all, particularly children, on wellbeing and mental health difficulties in a range of age appropriate formats, and using sources which are child friendly
- e. Establish awareness raising and support programmes for expectant parents, parents and guardians on positive parenting, wellbeing and mental health difficulties, with an emphasis on vulnerable parents and parents in difficulty
- f. Develop support programmes for young carers to enable them to better enhance and protect their mental health
- g. Strengthen the training of all professionals working with children (including those working in sport, leisure, youth work) in child development, wellbeing and mental health difficulties.

4. Promote child-centred, mentally healthy and inclusive schools

ENOC members recognize that schools have a special responsibility and play a central role in creating **the optimum environment for the development of a child's personality, abilities and talents, promoting a child's wellbeing and identifying and responding to children's mental health difficulties.** Specific actions that need to be taken include:

- a. Encourage caring and inclusive schools that promote feelings of security, safety and **belonging by introducing regulations, standards and guidelines which promote a children's rights based, positive educational ethos and with a particular emphasis on the participation and empowerment of children**
- b. As emphasised by the European Network of Young Advisors reduce the stress related to education by creating comfortable learning areas, interactive and practical learning opportunities and integrating lessons on mental health into the curriculum
- c. Strengthen anti-bullying policies and practices
- d. Ensure the involvement of the full range of mental health professionals including a **"designated" professional who would be the identified point of contact for children about mental health issues in schools**
- e. Create the opportunity for social and emotional learning and skills development in schools by supporting the implementation of age appropriate personal development, wellbeing and mental health courses which are subject to ongoing evaluation and review
- f. **Train education professionals in the recognition and management of children's mental health difficulties, and provide structures and specific therapeutic support for teachers and school staff to enhance their positive mental health.**

5. Develop specialist, comprehensive community based mental health care for children

In line with WHO recommendations, comprehensive community-based mental health and social

care services encompassing a recovery-based approach and incorporating human rights principles should be established. These need to be cross-sectoral incorporating mental health, physical health, education, housing, employment, justice, sport and leisure. The participation of children in the design and operation of these services is vital. It is also essential that services be known to children and be particularly responsive to the needs of vulnerable and marginalized groups⁸. Specific actions that need to be taken include:

- a. Put in place nationwide, high quality, evidence-based, multi-disciplinary, community mental health care services, which span the continuum of care. Such services should be sufficiently resourced to ensure children are assessed and provided with appropriate treatment in a timely and culturally appropriate manner
- b. Develop strong interagency communication and collaboration, including through the **development of standardised and coherent referral processes within children's mental health services, and between children's mental health services and adult mental health services**
- c. Ensure the development of early identification and management services at all stages of childhood, commencing at early infancy
- d. Establish direct access information and advice services such as toll free helplines that provide non-directive mental health support and referral to appropriate services
- e. Take specific measures to ensure that children from communities that do not access public services for cultural, societal or awareness reasons are facilitated to access mental health support
- f. Promote the management of mental health difficulties through talk and activity based therapies, where appropriate, and introduce and apply regulations for the prescribing of medication to children. For example, the European Network of Young Advisors recommends the use of peer discussion groups and group therapy as well as art and animal therapy.

6. Ensure the provision of children's rights based in-patient services

The treatment of children with mental health difficulties should be provided in the least restrictive setting and as close to the child's community as possible. **Nonetheless ENOC recognizes that some children will require in-patient treatment and it is vital that such treatment is grounded within a children's rights framework.**

The European Charter for children in hospital complements the CRC and sets out principles to specifically guarantee the rights of child service users and their families and / or legal representatives. The Charter specifies the right to receive information on illness and care, the right to participate in decisions that concern them and the right to be treated in age appropriate settings.

The European Network of Young Advisors emphasises the importance of in-patient facilities being child-friendly, integrated into the community and containing committed, experienced staff trained on how to interact with children. It is also vital to create an environment that is conducive to staff committing to work for the service and to avoid any unnecessary change of staff. Specific actions that need to be taken include:

- a. Ensure that it is mandatory to seek the fully informed consent of the child to receive in-patient treatment, unless it can be demonstrated that the child lacks the capacity to give consent;

⁸ WHO, Mental health action plan 2013 – 2020, Objective 2

- b. Guarantee that a child detained on an involuntary basis for the treatment of a mental health difficulty is afforded at least the same legal protections as an adult who is the subject of involuntary detention;
- c. Establish sufficient specialist inpatient facilities for children with complex mental health needs to ensure the discontinuation of the practice of admitting children to adult services;
- d. **Guarantee the child and their parents/legal representative's right to accessible information** is adhered to throughout the in-patient treatment process;
- e. Establish mechanisms to ensure the active participation of the child in the admission, treatment and discharge process and in decisions regarding their care and establish Youth Advisory Panel for each inpatient unit to ensure that children are heard and their views are considered;
- f. Through legislation, put in place regulations and standards for services providing in-patient care to children;
- g. **Prohibit the use of "seclusion" and establish robust regulation and** monitoring systems, including a complaint mechanism, for the use of restraint with children and ensure that these regulations are adhered to. Restrictive practices should only be used as a measure of last resort, exclusively to prevent harm to the child or others, and only for the shortest necessary period of time;
- h. Put in place structures that promote the maintenance of age appropriate care, family contact and peer relationships, unless there is evidence that this would cause harm;
- i. Establish mechanisms to ensure children's access to general and vocational education and to social and leisure activities while receiving in-patient treatment;
- j. Ensure that in-patient treatment is provided as part of a continuum of care involving community follow-up and support.

7. Introduce European indicators to enhance a better understanding of Child mental health

Having up to date European wide data on the mental health needs of children and the difficulties they experience would improve the development and monitoring of public policies related to children and would enable the development of more effective responses. Specific actions that need to be taken include:

- a. Establish common indicators and a standardized methodology for the collection of data at European level. This data should be disaggregated across the life course of children and across gender, with a particular emphasis on vulnerable groups. This data should involve consulting with children in identifying indicators that are important to them and should include:
 - Feedback from children on their wellbeing
 - School completion rates
 - Attempted suicides/suicides/self-harm rates
 - Rates on **children's** addictions
 - Prevalence rates of disorders affecting children
 - Prescription rates for psychoactive drugs
 - Funding allocated to and spent on child mental health services
 - Data on the types and duration of services used by children
 - Rates and duration of usage of outpatient / inpatient care (including the use of adult inpatient units)

- Rates of access to mental health services during and after normal working office hours
 - Length of waiting time to access support
 - Ratio of mental health staff per 100,000 children
 - WHO measures adherence to in-patients' rights⁹:
 - Availability of schooling facilities for children who are using in-patient service
 - Number of restraints, length and reasons
 - Access to and the use of complaints procedures
 - Frequency of inspections by regulatory body
 - Number of professionals trained in mental health: be it general practitioners, childcare professionals and educational staff
 - Number of parental support schemes and number of families benefiting from them
- b. Support rights-based research in the area of child mental health. Encourage the launch in each Member State of research and studies that would enhance understanding of children's developmental trajectories and mental health. This research should inform and be reflected in legislation, policy and practice.

⁹ WHO, Mental health Atlas, p. 25

Rapport 2018
Annexe 3

ENOC Statement on the Right to Education of Children on the Move

European Network of Ombudspersons for Children (ENOC)

ENOC Statement on the Right to Education of Children on the Move

Adopted at the 22nd ENOC General Assembly, 21st September 2018, Paris

"Children on the move are children first and states have the obligation to fulfill their rights to education based on principles of social and educational inclusion"

∞

ENOC adopts the following definition of children on the move:

"Children on the move" covers all children who migrate from their country of origin to and within the territory of a European country in search of survival, security, improved standards of living, education, economic opportunities, protection from exploitation and abuse, family reunification, or a combination of these factors. They may travel with their family, or independently, or with non-family members. They may be seeking asylum, victims of trafficking, or undocumented migrants. The status of children on the move may differ at various stages of their journey and they may encounter many differing situations of vulnerability."

Having considered the relevant binding and non-binding legal instruments and documents, in particular:

- The UN Convention on the Rights of the Child (1989.);
- The General Comments no 1, 6, 14, 20, 22 and 23 of the Committee on the Rights of the Child;
- The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950) and its Protocols;
- UNESCO Convention against Discrimination in Education, 1960;
- The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966;
- **ENOC Task Force for Children on the Move Report and Recommendations "Safety and Fundamental Rights at Stake for Children on the Move" (2016);**
- ENOC Statement on State Obligations for the Treatment of Unaccompanied Children (2006);
- ENOC Statement on the EU „Return“ Directive (2008);
- ENOC Position statement on „Children on the Move“ (2013);
- ENOC Position statement on Equal Opportunities for All Children in Education (2016);
- **ENOC Recommendations and Background Report "Safeguarding and Protecting the Rights of the Children on the Move: The Challenge of Social Inclusion" (Athens, 2017);**
- Findings of the European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) Report "Current Migration Situation in the EU: Education" (May 2017);
- Data provided by sixteen Ombudspersons for Children – ENOC members¹ through a questionnaire of the ENOC Working Group "Children on the Move" ;

Recognising that every child has the right to quality education which develops, to the fullest potential, the child's capacities and abilities and that it is the responsibility of States to ensure this right to every child on their respective territories;

¹ Basque Country (Spain), Belgium (Flemish), Belgium (French community), Catalonia (Spain), France, Finland, Greece, Italy, Latvia, Lithuania, Malta, Montenegro, The Netherlands, Poland, Republic of Srpska (Bosnia and Herzegovina), Serbia

ENOC calls States, national, regional and international authorities, bodies, organizations, and decision-makers to make further efforts to establish full accessibility of education based on principles of social and educational inclusion, to every child on the move and on all levels of education within the national mainstream education system.

Over a million refugees and migrants entered the territory of Europe in 2015, the number increased by 500,000 in 2016 and 2017². Of the total number of asylum seekers in Europe, 30% are children; of this number, over 40% are girls³. In 2017, asylum was granted to 191.117 children-asylum seekers, out of 303.360 (63%). The remaining requests (37%) were rejected. 52% of children were granted refugee status, 37% subsidiary protection, and 11% humanitarian status⁴. Although the number of entries to the territory of Europe is significantly lower than in previous years, in 2018 tens of thousands of entries have been recorded⁵, of which there are many children.

Out of 3.4 million Syrian refugees in Turkey, 33% are illiterate, and a further 13% are not going to school but learn to write and read on their own⁶. **37% of Syrian children are "out of the education system", while 63% are schooled either within** Temporary Training centres (TTC), public schools or open schools⁷. This is an improvement when comparing to previous years⁸.

Comparing to the previous years, access of children on the move to education in Europe has improved in 2017, primarily in: shortening the waiting time for enrolment in the educational process, number of children enrolled in schools; and greater inclusion of children in education at the first reception stage⁹.

However, the inclusion of children on the move in education is still incomplete. In some parts of certain European countries, in 2016 and 2017, asylum seekers and refugees had no access to the formal education system¹⁰. Currently, early childhood education for children on the move is compulsory in a small number of countries (exception are preparatory classes)¹¹. This form of education is not sufficiently available to children on the move¹², even though early childhood

² <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/61936.pdf>, accessed 08.09.2018.

³ <https://www.unicef.org/eca/what-we-do/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children> , accessed 08.09.2018.

⁴ <https://www.unicef.org/eca/what-we-do/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children>, accessed 08.09.2018.

⁵ 46,407 sea arrivals recorded up to July 5th. Source: UNHCR, http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean#_ga=2.104875905.322274210.1530786472-499977447.1509968703 , accessed 08.09.2018.

⁶ „Syrians in Turkey“, Special report, The ombudsman institution in Turkey, Ankara 2018, p. 70

⁷ „Syrians in Turkey“, Special report, The ombudsman institution in Turkey, Ankara 2018, p. 74

⁸ In 2014/2015 only 30% of children were enrolled in education; in 2015/2016 – 37%; in 2016/2017 – 56%. Source:

„Syrians in Turkey“, Special report, The ombudsman institution in Turkey, Ankara 2018, p. 76

⁹ Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC show improvement in children on the move education comparing to previous period (up to 2015) which is included in the ENOC Task Force for Children on the Move Report and Recommendations “Safety and Fundamental Rights at Stake for Children on the Move” (2016)

¹⁰ Germany, Greece, Hungary. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> accessed 08.09.2018.

¹¹ For example, children on the move are compulsory enrolled to early childhood education in France, Catalonia (Spain) and Greece. Source: Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

¹² In some States, children have to wait for several months before enrolling in early childhood education. In other States, there is an insufficient number of facilities for this kind of education; while, some States (mostly transit) don't even have

education is one of the most effective measures to prevent early school leaving and creates great potential for later success in school. Elementary school children are more involved in the educational process, due to the obligatory character of elementary education, but the coverage is still not complete. This is particularly the case in transit countries¹³ and in the case of children who are in immigration detention¹⁴. Although there are countries which compulsorily include children on the move in secondary education¹⁵, in most cases there is no obligation to enrol children on the move in secondary school, which is one of the factors that lead to a reduced number of children on the move covered by secondary education, especially vocational training¹⁶.

Although enrolment of children on the move in the educational system is faster than in the previous period¹⁷, the waiting time for enrolment has still not been shortened, on average it is between one to three months¹⁸. On the other hand, some countries¹⁹ established models of enrolment of children on the move into education immediately upon arrival in the host country or in the short term. However, education is not provided in detention centres, which still exist in some countries.

Children on the move are enrolled in the regular education system mostly in the following ways: through regular groups and classes in mainstream education institutions with additional support for

information that children on the move are or can be enrolled in the early childhood education. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> (accessed 08.09.2018.); Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

¹³ For example, in Serbia in 2017/2018 school year 657 children on the move have been enrolled in schools (due to the fact that Serbia is transit country this number is not permanent), which is around 50% of total number of children on the move in Serbia (1444 in December 2017). Source: Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire; „Latest statistics and graphics on refugee and migrant children“, UNICEF, <https://www.unicef.org/eca/what-we-do/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children> accessed 08.09.2018.

¹⁴ On the other hand, in the Netherlands, Poland and Slovakia education is accessible to children on the move in immigration detention regardless of the length of children’s stay. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> (accessed 08.09.2018.); Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

¹⁵ Basque Country (Spain), Belgium, Catalonia (Spain), France, Greece, Italy, , Lithuania, the Netherlands, Poland. Source: Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

¹⁶ For example, in Poland children on the move consist 0,016% of total number of children enrolled in vocational training. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> accessed 08.09.2018.

¹⁷ Unlike in 2016, when in some countries enrolment of children on the move in education was delayed for several months, children on the move now get into elementary education within a period between one and three months, and the classes are organized in the first stage reception centres. (Source: „Monthly data collection on the current migration situation in the EU - July 2016 monthly report“, FRA, http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-july-2016-monthly-migration-report-local-communities_en.pdf (accessed 08.09.2018.); Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

¹⁸ even nine months in Germany. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> (accessed 08.09.2018); Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

¹⁹ Children on the move are enrolled in education immediately upon arrival in Italy, Malta and Spain and in two weeks time in Lithuania and partially in Austria (in Vienna). Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> (accessed 08.09.2018.); Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

language learning²⁰; through special classes and groups for a period of one, even two school years²¹; through the organization of education within reception and other centres where children on the move are placed²². **The child's access to education should be based on thorough assessment of child's best interests, through enrolment in education as soon as possible, preferably in regular institutions and classes, with support services and an individual plan for education.** Individual plans for education should ensure: overcoming stress, bridging the language barrier, preservation of national and cultural identity, engaging in a peer groups, achieving academic knowledge in accordance with the child's capacities and learning the skills needed to navigate in a sensitive situation which children on the move face.

Educational systems are predominantly oriented towards raising academic knowledge of children and often insufficiently flexible in selecting methods for achieving this goal²³. This is one of the reasons why the language barrier, the level of academic knowledge of children on the move, the expectation of leaving the host country, placement of children in certain forms of reception and other centres, stress and trauma, are seen as obstacles to education. Education of children on the move that will not seek exclusively or predominantly academic progress, but the maximum individual progress of the particular child in all aspects, including socialization and integration of the child into peer groups, can ensure the involvement of every child on the move at **every** level of the educational process. School can be the environment where children on the move feel safe and secure, adjust to a regular life rhythm and can simultaneously enjoy learning and playing, according to their age needs. An individual education plan, based on a quality assessment of the **child's strengths, potentials and specific educational and other needs, as well as quality and objective assessment of all obstacles,** will enable every child on the move to acquire the level of academic education that is adapted to his/her capacities, while maximizing integration and socialization. Therefore, specialised learning materials, diversified teaching methods and specially trained teachers are needed.

Support services in the education of children on the move often depend on financial forms of assistance, host country language classes and certain activities aimed at preserving the cultural and national identity and overcoming stress/psychological support. Activities that contribute to the inclusion of children on the move in the community, in which they live, such as connecting with peers and peer groups, participation in sports, cultural, art and other activities which nurture, promote and learn positive values are mostly organized by civil society organizations and most often are of limited duration²⁴.

As children's rights are interdependent, different elements of a child's life that are not directly related to the right to education may have a great impact on a child's effective enjoyment of the right to education. Changes of the legal status of children on the move and resettlements (including leaving the host country) may lead to a termination of child education and early dropout. Educational systems do not have information about the child's previous education and a system of

²⁰ Austria, Greece, Italy, Poland, Serbia, Spain, Sweden

²¹ For example, Denmark, Finland, Greece, The Netherlands. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education> (accessed 08.09.2018)

²² In some countries (like in Greece) this happens only for kindergartens / schools for the very young ages

²³ This approach is indicated by some challenges which are often pointed out, such as: difficulties in following the national teaching plan due to high turnover; language barriers; differences in education systems of the country of origin and country of destination or transit; demotivation of students; trauma; cultural barriers. Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017 <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education>, accessed 08.09.2018.

²⁴ Non-governmental organizations organize some forms of informal or non-formal education, like art or other workshops, trainings etc. Source: Information provided by 16 ombudspersons – members of ENOC who responded to the WG Children on the Move questionnaire

monitoring and information exchange has not yet been established. Educational schemes that would allow for the continuation of the education, include measures against the termination of education based on or due to decisions regarding the legal status of the child in the host country, and foresee the development of a system of information sharing between the educational systems of the various countries through which children pass, **would improve children's educational progress** and reduce the number of dropouts. The system of sharing information would also contribute to **the faster and more effective assessment of the child's situation and needs** which would lead to more appropriate and more integrative educational plans.

Particular attention should be given to the enrolment of girls and children with disabilities in education. Those children are particularly at increased risk of additional multiple marginalisation. Currently, adequate support services for these children, aimed at inclusion in the educational process in a way that guarantees the full realization of their potential, are not fully developed²⁵.

ENOC recommends:

- 1. Enrolment of children on the move in mainstream preschool, elementary and secondary education (including vocational training) within one month upon arrival in the host country;**
- 2. Enrolment of children on the move in early childhood education and enrolment of children on the move above compulsory school age in secondary education and vocational training as much as possible. Enrolment should be based on the comprehensive assessment of the individual child's situation, needs and best interests, and followed by individual education plan and available support services;**
- 3. Enrolment of children on the move in regular groups and classes in the mainstream preschool, elementary and secondary education as soon as possible. Education in separated classes and groups and within reception and other centres should be provided only as an exception, if in the children's best interest and should be provisional pending inclusion in regular groups or classes. Illiteracy or lack of expected knowledge should not in any way become an obstacle for enrolling children in mainstream schools and regular classes but rather a reason for tailoring specific support measures;**
- 4. Ending all forms of immigration detention of children on the move. At the same time, as long as immigration detention of children exists and children are placed in such centres, it is crucial to provide enrolment of children in mainstream education;**
- 5. Conducting a comprehensive assessment of the child's situation and needs, which will be the basis for an individual and child-adjusted education plan. Assessment should be carried out interdisciplinary and participatory, and special attention should be given to girls and children with disabilities who need additional specific forms of support;**
- 6. The education plan must be in accordance with the best interests of every particular child on the move and must ensure the child's inclusion in the community, integration into peer groups and the acquisition of the necessary knowledge and skills in accordance with the child's capacities. The education plan should also be in line with the specific needs of the child, which differ depending on whether the child is in the country of transit or destination, what the legal status of the child is (asylum seeker, family reunification, denied asylum, etc.), whether he/she is separated or unaccompanied, whether relocation is expected;**

²⁵ Source: „Current migration situation in the EU: Education“, European Union Agency for Fundamental Rights, May 2017, <http://fra.europa.eu/en/publication/2017/current-migration-situation-eu-education>, accessed 08.09.2018.

7. **Offering educational certificates to all children on the move attending school, after assessing their progress and securing the continuation of their studies in case they are moved to another country;**
8. **Providing effective forms of support for children on the move, during education. This support should expand to services such as: services for inclusion of children in peer groups; services to reduce stress and overcome trauma; involvement in peer and community activities; learning life skills; inclusion in youth, sports, cultural and artistic activities, as well as the provision of financial and other benefits for inclusion of children in education;**
9. **Developing a system of information exchange between European countries on the education of children on the move, which would provide all the necessary information for child's assessment and education plan creation, so that when children move from one country to another the existing assessment will follow them. This information exchange mechanism must fully secure child's right to protection of his/her personal data and protect the child from unlawful or arbitrary interference with child's privacy, family, home and correspondence, in line with the provisions of Article 16 UNCRC;**
10. **Developing educational schemes that enable the continuation of education, regardless of decisions regarding the child's legal status, such as for example, enabling children and young people who turn 18 to finish the education programme that they are enrolled in, regardless of their legal status, distance/digital learning, the extension of residency in the host country to the end of schooling, etc;**
11. **Facilitating the formal acquisition of the child's home language / standard language of country of origin and learning about the culture of the country of origin, in order to promote both the development of the identity of children on the move (bi-cultural) as well as the possibility for children on the move to eventually continue their education in their country of origin, particularly in the case of children and families who are denied international protection in their actual host country and face return to the country of (their parents') origin;**
12. **Establishing and strengthening monitoring mechanisms of school attendance and dropout rates and tailoring specific measures to prevent absenteeism, as well as to reduce and address poor or irregular attendance.**

ENOC stresses that mere enrolment of children into the mainstream education system should not, in any case whatsoever, provide an alibi for the state. Enrollment should always be accompanied with policies and measures that would promote and sustain academic success, inclusion and the cultural capital of each and every individual child. Policies that fail to meet these three conditions, both simultaneously and individually, are inadequate and therefore cannot be considered as suitable to secure children's rights.

Rapport 2018
Annexe 4

ENOC Position Statement on “Intercountry Adoption”

European Network of Ombudspersons for Children (ENOC)

Position Statement on “Intercountry Adoption”¹

Adopted at the 22nd ENOC General Assembly, 21st September 2018, Paris

“Towards a policy and practice with full respect for the perspective and the rights of the child”

We, members of the European Network of Ombudspersons for Children (ENOC), express our concerns regarding the situation of children in intercountry adoption in our respective countries and the notable deficiencies in European, national and local policies in responding to their needs and interests. Our aspiration is to work towards an organization of intercountry adoption, focusing on the rights of children. The perspective of the child in intercountry adoption and the rights and welfare of the child him/herself need to be the guiding principles.

ENOC strongly stresses the need for substantial review and where necessary improvement of existing laws, policies and practices across Europe, in line with the UN Convention on the Rights of the Child (UNCRC) and other relevant international instruments and standards.

We make this call based on our experience with individual complaints from adoptees or those representing adoptees, as well as on the results of the survey conducted among ENOC members in 2018. Also having considered the relevant international legal instruments, and in particular:

- The European Convention on Human Rights (1950)
- The UN Convention on the Rights of the Child (1989)
- The Hague Convention on the Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption (1993),
- The (revised) European Convention on the Adoption of Children (2008)²

We urge that various measures and recommendations should be endorsed, implemented and supported by European States.

Introduction

Adoption is a welfare and protection measure that enables an orphaned or definitively abandoned child to benefit from a permanent family. Intercountry adoption (ICA) entails a change in the child’s habitual country of residence, whatever the nationality of the adopting parents.³ There exist two legal categories: simple adoption (does not break off the filial tie between a child and the biological parents) and full adoption (the filial tie between a child and his/her biological parents is broken and all the rights and duties of the adoptive parents are in force). Distinction can also be made between closed adoptions (in which there is no longer any contact between the child and its family) and open adoptions (in which this contact is still possible).

At first sight, adoption seems to be a quite simple action: a child without parental care is offered a permanent home and family. In reality, however, it is one of the most complex measures in the

¹ We heartily thank all the ENOC members as well as the external reviewers (Nigel Cantwell, Prof. Geoffrey Shannon and the International Social Service (ISS)) for their time and valued contributions.

² This Convention is not entered into force yet in several European States.

³ Intercountry adoption, United Nations Children’s Fund, 1998.

field of child welfare and protection, more than ever in its intercountry form, because it involves **transfer beyond national borders and consequently the child's transfer from his physical environment.**

Europe provides a unique opportunity to examine the practices of intercountry adoption because it contains States that act as countries of origin for children entering into intercountry adoption as well as States that act as receiving countries, where children are placed with adoptive parents. A minority of European States act as both sending and receiving country.

The focus of the position paper is specifically on the rights of children in intercountry adoption placements with unknown prospective adoptive parents; relative and stepparent adoptions fall outside the scope. Although the rights of birth parents and adoptive parents, as well as public policy interests cannot be disregarded dismissed, the perspective of the child, his/her rights and welfare will be the guiding principle of the position paper. This approach is mandated by the UNCRC, which under article 21 requires that States that recognize or permit adoption, ensure that the best interests of the child shall be the paramount consideration. While the majority of the rights in the UNCRC are subject to the requirement that the welfare of the child be a primary consideration – as provided for in article 3 – this wording makes clear that in matters of adoption, no other rights or interests, including those of birth parents, prospective adopters, or economic or political considerations, should override those of the child.⁴

ENOC recommends the following actions to strengthen the process of intercountry adoption:

First of all, we want to clarify that ENOC neither encourages greater use of intercountry adoption as a placement for children, nor proposes that it needs to be curtailed or abolished. We recognize that intercountry adoption can be a beneficial placement option for certain children, provided that it is appropriately regulated, implemented and carried out in accordance with the rights and best interests of the child.

Secondly, ENOC recognizes the importance of subsidiarity as a founding principle of the 1993 Hague Convention (art. 4 b) and the UNCRC (art. 21). Although the formulation and interpretation are somewhat different in both international instruments, the importance of this principle lies in the integration of intercountry adoption into the national child protection system. States must ensure that no appropriate domestic or internal measures are available before considering intercountry adoption. To further promote the principle of subsidiarity, we encourage European States and regions to strengthen their domestic child protection system. Lack of resources in some sending countries remains one of the most significant challenges to the implementation of the subsidiarity principle. Therefore, we also encourage European States and regions to support other countries to improve their domestic child protection system.

1. Data base must be strengthened

The lack of accessible and useful data on the adoption situation in many countries is an obstacle to have a reliable indication of practices. The questionnaire highlights how difficult it is to have access to reliable information on intercountry adoption, especially the data of sending countries, disaggregated data regarding **child profiles (country of origin, age, gender, special needs,...) as well as the costs of adoption and the number of individuals/couples who are interested to adopt and effectively adopt.** In this light, greater transparency and accountability are necessary to effectively

⁴ UNITED NATIONS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, "Report of the Working Group on a Draft Convention on the Rights of the Child", 1989, E/CN.4/1989/48, 359-364; C. FENTON-GLYNN, *Children's Rights in Intercountry Adoption*, Cambridge-Antwerp-Portland, Intersentia, 2014, 15; Cantwell, N (2014). *The Best Interests of the Child in Intercountry Adoption*. Innocenti Insight, Florence: UNICEF Office of Research. Available at: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/unicef%20best%20interest%20document_web_re-supply.pdf.

develop a clear view of the European adoption landscape and to establish adequate policies. On the other hand, it is important to recognize the work done by many European Central Authorities to get accessible statistics, and for some, such data is disaggregated.

The ENOC questionnaire has also identified a lack of harmonization in the collection, compilation and dissemination of information on adoption as an obstacle to understand the adoption landscape. There is currently no standardized or unified system for recording statistics on child adoption at EU level. Moreover, systems of data recording and disaggregation vary between – and sometimes also within – countries, which raises issues of comparability.⁵ However, we want to refer to the Hague statistics/template as a good model to compile information.⁶

Data regarding children in intercountry adoption should be systematically and comprehensively collected, elaborated, harmonized, and disaggregated and should be available and accessible. ENOC recommends that all European States and regions ensure that they collect sufficient, reliable and appropriately disaggregated data on children in the intercountry adoption. It is important to submit the general statistics on an annual basis to the Permanent Bureau of the Hague Conference using the the Hague template.⁷ This data must serve as the basis of evidence-policy-making in the context of intercountry adoption and is important to improve procedures and services for children and families.

2. The necessity to comply with the obligations of the Hague Convention and to encourage Non-State Parties to ratify the Convention

The 1993 Hague Convention is the principal international instrument, exclusively focusing on the intercountry adoption of children. This treaty under private international law deals with procedural safeguards to ensure an efficient system of intercountry adoption by allocating responsibilities between receiving and sending States. When countries ratify the 1993 Hague Convention, they are bound to implement its provisions.⁸ However, since adoption remains a national competence, there are significant differences in national legislations and practices between States. Despite ratification, countries interpret and implement provisions of the Hague Convention in their own way.⁹ There is no central institution that monitor the implementation of the convention by the contracting States and possibly sanctions them to the Hague Convention.

Although the Hague Convention has been in force for more than twenty years, and despite the ever-growing number of countries that have ratified it, a critical number of intercountry adoptions still take place outside this legal framework. In 2016, 4 of the top 10 countries of origin did not ratify the 1993 Convention.¹⁰ This means that a substantial number of adoptions are carried out where there are less rules and more possibilities of illegal trade.¹¹ The ENOC questionnaire indicates also that a lot of countries/regions still allow the intercountry adoption process with non-Hague countries.¹² Some of them still permit private and independent adoptions.

⁵ EUROPEAN PARLIAMENT, "Adoption of children in the European Union", 2016, [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/583860/EPRS_BRI\(2016\)583860_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/583860/EPRS_BRI(2016)583860_EN.pdf), 8.

⁶ <https://www.hcch.net/en/instruments/conventions/publications1/?dtid=32&cid=69>.

⁷ *Ibid.*

⁸ All the receiving States ratified the 1993 Hague Convention.

⁹ EUROPEAN PARLIAMENT, "Adoption of children in the European Union", 2016, [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/583860/EPRS_BRI\(2016\)583860_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/583860/EPRS_BRI(2016)583860_EN.pdf), 2.

¹⁰ <https://assets.hcch.net/docs/a8fe9f19-23e6-40c2-855e-388e112bf1f5.pdf>.

¹¹ HAGUE CONFERENCE ON PRIVATE INTERNATIONAL LAW, "20 years of the 1993 Hague Convention assessing the impact of the convention on laws and practices relating to intercountry adoption and the protection of children", 2015, <https://assets.hcch.net/docs/f9f65ec0-1795-435c-aadf-77617816011c.pdf>, 4-5.

¹² Fifteen of the twenty responding countries/regions allow the adoption with non-Hague countries, only five out of twenty do not.

ENOC strongly stresses the need for full compliance of existing laws, policies and practices across Europe with the 1993 Hague Convention. In accordance with the recommendation of the Special Commission on the 1993 Hague Convention, we urge States to ban private adoptions – adoptions which are arranged directly between birth and adoptive parents, as well as independent adoptions where the adoptive parent is approved to adopt in the receiving state and sending state without the intervention of a Central Authority or accredited body.¹³ In dealing with non-convention countries, ENOC recommends that the countries that have acceded to the 1993 Hague Convention should apply the standards and safeguards of the Convention, again as urged in a recommendation from the Special Commission.¹⁴ The Hague Convention countries have an ethical responsibility to ensure children from non-Hague countries benefit from the same legal protection as children from Hague countries.

3. Considering the changing landscape of intercountry adoption

In intercountry adoption, there is a common perception that children are adopted as young healthy orphans. The reality, however, is quite different. Many children who are presented for international adoption are not orphans. They have at least one living parent.¹⁵ Moreover, The majority of children put forward for intercountry adoption now have special needs, meaning that they are older (generally older than 6 or 7), are in a sibling group or have a disability/serious (mental/physical) illness.

ENOC acknowledges that the landscape of intercountry adoption has changed over the past years and encourages European States and regions to ensure that their laws and practices adequately respond to the changing reality of ICA. We strongly emphasize the need for:

- Collecting reliable and complete information from the country of origin. Based on this information, suitable adoptive parents for a child can be searched for. In case of serious doubt about the reliability of given data, the cooperation with the related country or organization should be suspended
- **An individual assessment of the child's adoptability and of his or her specific needs by a multidisciplinary team of trained professionals**
- Counselling and preparation of the child
- Taking into the account the views of the child
- Selection, mandatory preparation and counselling of prospective adoptive parents
- A professional matching process by an independent multi-disciplinary expert group to ensure that the needs of the child are matched with the capacities of the parents.
- The implementation of open adoption for certain children with adequate professional support. Special attention must be given to older children in intercountry adoption. As they have the opportunity of getting to know their own relatives, family and country, it is a much bigger step leaving everything behind

¹³ HAGUE CONFERENCE ON PRIVATE INTERNATIONAL LAW, Special Commission 2010, Conclusions and Recommendations, 1.g https://assets.hcch.net/upload/wop/adop2010_rpt_en.pdf

¹⁴ HAGUE CONFERENCE ON PRIVATE INTERNATIONAL LAW, Special Commission 2000, Recommendation 11, <https://assets.hcch.net/upload/scrpt33e2000.pdf>

¹⁵ Save the Children signals that worldwide a minimum of four out of five children in institutions has one or two parents who are still alive. Save the Children (2009), Keeping Children out of harmful Institutions, London, Save the Children UK, http://www.crin.org/en/docs/Keeping_Children_Out_of_Harmful_Institutions_Final_20.11.09.pdf.

- A European ethical commission or working group that reflects on the challenges of the changing landscape of intercountry adoption. Adopted children should be represented therein.

4. Providing ongoing post-adoption support adapted to the specific needs of the child

The situation in which families and adopted children find themselves is sometimes difficult. An **intercountry adoption is a major change in a child's life, so children and families need the support** of specialists when necessary (interpreters, psychological counselling, assistance and contacts with the country of origin). This support must be provided in a post-adoption system. In some European countries however, no official services are offered to families. The adoptive families are only entitled to ordinary social welfare services, as any other family. Or post-adoption support is only provided for a short period of time.

ENOC recognizes that post-adoption services are essential and should consider the life-long nature of adoption. Adequate post-adoption support should be provided in all European States. States have the responsibility to allocate sufficient resources to competent authorities for post-adoption services. In countries where aftercare is already implemented, there should be a low-threshold access. In most European countries, post-adoption support is offered for by the adoption agencies. Adoptees however do not always trust these agencies. By providing members of (an) independent regulated profession(s) who are not linked to any institution, States can offer guarantees of professionalism and independency.

5. Ensuring meaningful participation of every child in intercountry adoption

Child participation, the right of a child who is capable of forming his or her views to express those freely in all matters affecting the child (art. 12), is one of the four general principles of the UNCRC. In intercountry adoption, however, up until now the right to participation has received little attention. The common perception is that children are adopted as young babies and are not able to express their views. Two remarks on this perception should be made. First of all, as indicated before, older children are also placed in intercountry adoption. Secondly, we want to point out that all children, including those of pre-school age, have a right to be heard in all matters affecting them. ENOC is convinced that hearing children and giving due weight to their views in accordance with their age and maturity is necessary for the effective implementation of their right to have their best interests be the paramount consideration in adoption.

ENOC recommends that European States ensure that all children can exercise their right to be heard, to be taken seriously and to participate in decision making in all matters affecting them during the adoption process. Their views have to be given due weight in accordance with their age and maturity. The child should be heard by qualified professionals. Information conveyed to the child should be age-appropriate, accessible, in child-friendly formats and in (native) language that children understand.

6. Respecting and fulfilling the right of the child to have access to biological information

Another significant challenge in intercountry adoption concerns the issue of access to birth records **and information concerning an adoptee's origin. Two issues arise: whether the information is collected and whether the child is allowed to have access to this information.** Other issues that also

should be addressed are: which info is being collected, for how long, who is keeping records, who can access and how.

The principal provisions **addressing this issue in the UNCRC are article 7** (*The child shall be registered immediately after birth and shall have the right from birth to a name, the right to acquire a nationality and, as far as possible, the right to know and be cared for by his or her parents.*) **and article 8** (*States Parties undertake to respect the right of the child to preserve his or her identity, including nationality, name and family relations as recognized by law without unlawful interference. Where a child is illegally deprived of some or all of the elements of his or her identity, States Parties shall provide appropriate assistance and protection, with a view to speedily re-establishing his or her identity*). Surely reference should also be made to article 30 of the 1993 Hague Convention (*The competent authorities of a Contracting State shall ensure that information held by them concerning the child's origin, in particular information concerning the identity of his or her parents, as well as the medical history, is preserved.*).

First of all, The questionnaire makes clear that further work is required to collect and preserve information on the origins of the children. Incomplete information concerning birth parents and **other aspects of children's origins in some states of origin** makes it difficult for adoption professionals to comply with Article 30 of the Hague Convention and respect children's rights and meet their needs. Concerning the access to information, the questionnaire reveals that only a few countries or regions fully recognize the right of a child of knowing his or her origins and thus require adoptive parents to tell their child that he/she is adopted. In most European countries, **however, the child's right to know his or her origins is protected, although its extent** is restricted by the age of the child or other circumstances (consent of the adoptive parents, consent of the biological parents, consent of an authority,...).

ENOC recommends European countries and regions to assure that all relevant (birth) information of adopted children is collected and retained at the earliest possible opportunity. In accordance with the UNCRC, countries and regions have to ensure that all children have the right to know that they are adopted and to access information on their origins and provide the children with adequate professional support.

7. Avoiding sibling separation

Closed adoption "closes" the biological relation and kinship between siblings. If adoptive parents are not willing to establish or maintain contacts and relationship between siblings, this relationship shall be disconnected, causing children's emotional and psychological suffering.

UNCRC poses a duty on State Parties to respect the right of the child to preserve his family relations (Article 8). Furthermore, adoption of siblings by the same adoptive family is widely and **mainly considered as the siblings' best interest. This is due to the fact that relationship of siblings** promotes the development of the children, their identity and self-esteem. Sibling separation can be **the cause of great suffering and grief, can negatively effect the child's development and can have** lifelong consequences.

The legal framework in many countries recognizes the importance of relation between adoptees and their relatives, especially siblings. Also, the UN Committee for the Rights of the Child stressed the importance of a relationship between a child and close family members, including siblings.

ENOC recommends that all European States and regions avoid sibling separation and enhance their respective legal framework in a way which will allow national authorities to enforce, maintain and protect established closed relationships between adoptees and his/her siblings.

Rapport 2018

Annexe 5

Convention Internationale des Droits de l'Enfant

MEMORIAL

Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL

Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A— N° 104

29 décembre 1993

Sommaire

DROITS DE L'ENFANT

Loi du 20 décembre 1993 portant

- 1) approbation de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989
- 2) modification de certaines dispositions du code civil 2189

Loi du 20 décembre 1993 portant

- 1) approbation de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989
- 2) modification de certaines dispositions du code civil.

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Notre Conseil d'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 26 octobre 1993 et celle du Conseil d'Etat du 16 novembre 1993 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons:

Art. 1^{er}. Est approuvée la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1990.

Art. 2. Lors du dépôt des instruments de ratification le Grand-Duché de Luxembourg fera les réserves suivantes:

- 1) Le Gouvernement luxembourgeois considère qu'il est dans l'intérêt des familles et des enfants de maintenir la disposition de l'article 334-6 du code civil libellé comme suit:

Art. 334-6. Si au temps de la conception, le père ou la mère était engagé dans les liens du mariage avec une autre personne, l'enfant naturel ne peut être élevé au domicile conjugal qu'avec le consentement du conjoint de son auteur.

- 2) Le Gouvernement luxembourgeois déclare que la présente Convention n'exige pas de modification du statut juridique des enfants nés de parents entre lesquels existe une prohibition absolue à mariage, ce statut étant justifié par l'intérêt de l'enfant, tel que prévu à l'article 3 de la Convention.
- 3) Le Gouvernement luxembourgeois déclare que l'article 6 de la présente Convention ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la législation luxembourgeoise relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption de la grossesse.

- 4) Le Gouvernement luxembourgeois considère que l'article 7 de la Convention ne fait pas obstacle à la procédure légale en matière d'accouchement anonyme qui est considérée comme étant dans l'intérêt de l'enfant, tel que prévu à l'article 3 de la Convention.
- 5) Le Gouvernement luxembourgeois déclare que l'article 15 de la présente Convention ne tient pas en échec les dispositions de la législation luxembourgeoise en matière de capacité d'exercice des droits.

Art. 3. Le code civil est modifié comme suit:

- 1) L'article 380 du code civil est rédigé comme suit:

«**Art. 380.** Sur l'enfant naturel l'autorité parentale est exercée par celui des père et mère qui l'a volontairement reconnu, s'il n'a été reconnu que par l'un d'eux. Si l'un et l'autre l'ont reconnu, l'autorité parentale est exercée par la mère. Toutefois l'autorité parentale peut être exercée en commun par les deux parents s'ils en font la déclaration conjointe devant le juge des tutelles.

Dans tous les cas, le juge des tutelles peut, à la demande du père, de la mère ou du ministère public, modifier les conditions d'exercice de l'autorité parentale à l'égard d'un enfant naturel. Il peut décider qu'elle sera exercée soit par l'un des deux parents, soit en commun par le père et la mère; il désigne, dans ce cas, le parent chez lequel l'enfant aura sa résidence habituelle.

Le juge des tutelles peut accorder un droit de visite, d'hébergement et de surveillance au parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale.»

- 2) Il est ajouté entre les chapitres 1^{er} et 2 du titre X du Livre Premier du code civil un chapitre 1^{er}-I intitulé:

«L'audition de l'enfant en justice et la défense de ses intérêts»

comprenant un article 388-I libellé comme suit:

«(1) Dans toute procédure le concernant, le mineur peut sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou la personne désignée à cet effet, à moins que l'âge ou l'état du mineur ne le permette pas.

(2) Lorsque le mineur fait la demande son audition ne peut être écartée que par une décision spécialement motivée. Celle-ci n'est susceptible d'appel qu'avec la décision qui statue sur le fond du litige.

Le mineur peut être accompagné par la personne de son choix.

(3) L'audition du mineur ne lui confère pas la qualité de partie à la procédure.

(4) Lorsque dans une instance concernant un mineur les intérêts de celui-ci apparaissent en opposition avec ceux de ses représentants légaux, un administrateur ad hoc lui est désigné par le juge saisi de l'instance ou par le juge des tutelles dans les conditions prévues à l'article 389-3.»

- 3) Le deuxième alinéa de l'article 1527 est remplacé par le texte suivant:

«Néanmoins dans le cas où il y aurait à la date du mariage soit des enfants d'un précédent mariage, soit des enfants dont la filiation est établie à l'égard d'un des époux, toute convention qui aurait pour conséquence de donner à l'un des époux au-delà de la portion réglée par l'article 1094 au titre «Des donations entre vifs et des testaments» sera sans effet pour tout l'excédent; mais les simples bénéfices résultant des travaux communs et des économies faites sur les revenus respectifs quoique inégaux, des deux époux, ne sont pas considérés comme un avantage fait au préjudice de ces enfants.»

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*Le Ministre des Affaires Etrangères,
du Commerce Extérieur
et de la Coopération,
Jacques F. Poos*

*Le Ministre de la Famille
et de la Solidarité,
Fernand Boden*

*Le Ministre de la Justice,
Marc Fischbach*

*Le Ministre de la Jeunesse et des Sports,
Johny Lahure*

Château de Berg, le 20 décembre 1993.
Jean

Convention relative aux droits de l'enfant

Adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989

Entrée en vigueur le 2 septembre 1990, conformément à l'article 49

Préambule

Les Etats parties à la présente Convention,

Considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

Ayant à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales,

Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté,

Reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,

Considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité,

Ayant à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant

adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,

Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»,

Rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé,

Reconnaissant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière,

Tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant,

Reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement,

Sont convenus de ce qui suit :

Première partie

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 6

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.

2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Article 7

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

2. Les Etats parties veillent à mettre ces droits en oeuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

Article 8

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa

nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale. < 2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Article 9

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 10

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.

2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

Article 11

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.
2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.
2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 13

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.
2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :
 - a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou
 - b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

Article 14

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.
2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.
3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.
2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la

sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

Article 16

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties :

a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;

b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;

c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;

d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;

e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Article 18

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Article 19

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

Article 20

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnaissent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

Article 22

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations

pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 26

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en oeuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

Article 28

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;

b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;

c) Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;

d) Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;

e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3. Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29

Observation générale sur son application

1. Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :

a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;

b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;

c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;

d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;

e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Article 30

Dans les Etats où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

Article 31

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :

a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;

b) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;

c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher : < a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;

b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;

c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et

multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien- être.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que :

a) Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;

b) Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;

c) Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;

d) Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

Article 38

1. Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.

3. Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.

4. Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

Article 40

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

2. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier :

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes :

i) Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

ii) Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;

iii) Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

iv) Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;

v) S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;

vi) Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;

vii) Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier :

a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

Article 41

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

a) Dans la législation d'un Etat partie; ou

b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

Deuxième partie

Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix-huit experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention.^{1/} Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5. Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des représentants des Etats parties présents et votants.

6. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10. Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

12. Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits :

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés;

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

5. Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6. Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention :

a) Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;

b) Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;

c) Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;

d) Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions

et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

Troisième partie

Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 49

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 50

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

Article 51

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.

2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

L'Assemblée générale, dans sa résolution 50/155 du 21 décembre 1995, a approuvé l'amendement qui consiste à remplacer, au paragraphe 2 de l'article 43 de la Convention relative aux droits de l'enfant, le mot "dix" par le mot "dix-huit". L'amendement est entré en vigueur le 18 novembre 2002 après son acceptation par une majorité des deux tiers des États parties (128 sur 191).

Rapport 2018
Annexe 6

Kinderrechtskonvention für Kinder

Übereinkommen über die Rechte des Kindes (KRK)

(Kinderfreundliche Fassung)



Artikel 1, Wer ist ein Kind?

Bis du achtzehn Jahre alt bist, wirst du als Kind angesehen und hast alle Rechte, die in dieser Konvention beschrieben sind.

Staatsangehörigkeit zu bekommen, zu wissen, wer deine Eltern sind, und von ihnen betreut zu werden.

Artikel 2, der Schutz vor Diskriminierung:

Niemand hat das Recht, dich wegen deiner Hautfarbe, deines Geschlechts, deiner Sprache, deiner Religion, deiner Meinung, deiner Herkunft, deines gesellschaftlichen Ansehens, deiner wirtschaftlichen Verhältnisse, deiner Behinderung, deiner Abstammung oder irgendeiner anderen Eigenschaft deiner selbst, deiner Eltern oder deines Vormunds zu diskriminieren.

Artikel 8, das Recht auf Wahrung der Identität:

Die Regierungen müssen dein Recht auf einen Namen, eine Staatsangehörigkeit und deine Familie achten.

Artikel 3, das Wohl des Kindes:

Alle Maßnahmen und Entscheidungen, die Kinder betreffen, müssen daran ausgerichtet sein, was für dich bzw. jedes andere betreffende Kind am besten ist.

Artikel 9, Trennung von den Eltern:

Niemand hat das Recht, dich von deinen Eltern zu trennen, es sei denn, dies ist in deinem eigenen Interesse (zum Beispiel, wenn du von einem Elternteil schlecht behandelt oder vernachlässigt wirst). Wenn deine Eltern sich getrennt haben, hast du das Recht, mit beiden Elternteilen Kontakt zu haben, es sei denn, dadurch würde dir Schaden zugefügt.

Artikel 4, das Recht auf Einhaltung der Rechte dieser Konvention:

Die Regierung muss dafür sorgen, dass du und alle anderen Kinder diese Rechte genießen können.

Artikel 10, das Recht auf Familienzusammenführung:

Wenn deine Eltern in verschiedenen Ländern leben, hast du das Recht, zwischen diesen Ländern hin und her zu reisen, um mit deinen Eltern in Kontakt zu bleiben oder als Familie zusammenzukommen.

Artikel 5, Anleitung durch die Eltern und die sich entwickelnden Fähigkeiten des Kindes:

Deine Familie muss dir mit Rat und Tat zur Seite stehen, damit du mit zunehmendem Alter lernst, deine Rechte anzuwenden. Die Regierungen müssen dieses Recht achten.

Artikel 11, das Recht auf Schutz vor Entführung in ein anderes Land:

Die Regierungen müssen verhindern, dass man dich illegal außer Landes bringen kann.

Artikel 6, das Recht, zu leben und sich zu entwickeln:

Du hast das Recht, gut zu leben und aufzuwachsen. Die Regierungen müssen sicherstellen, dass du am Leben bleibst und dich gesund entwickeln kannst.

Artikel 12, das Recht auf Achtung vor der Meinung des Kindes:

Wenn Erwachsene Entscheidungen treffen, die etwas mit dir zu tun haben, dann hast du das Recht, frei zu sagen, was du möchtest, und darauf, dass deine Meinung berücksichtigt wird.

Artikel 7, das Recht auf Registrierung bei der Geburt, Name, Staatsangehörigkeit und Betreuung durch die Eltern:

Du hast das Recht, bei deiner Geburt in ein amtliches Register eingetragen zu werden, einen Namen und eine

Artikel 13, das Recht auf freie Meinungsäußerung und Informationsfreiheit:

Du hast das Recht, Informationen in jeder Form (z. B. schriftlich, durch Kunst, Fernsehen, Radio und das Internet) zu beschaffen, zu erhalten und weiterzugeben, solange diese Informationen für dich und andere nicht schädlich sind.



Artikel 14, das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit:

Du hast das Recht, alles zu denken und zu glauben, was du willst, und deine Religion auszuüben, solange du andere Menschen nicht daran hinderst, ihre Rechte zu genießen. Deine Eltern müssen dir dabei mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Artikel 15, das Recht, Vereinigungen zu bilden und sich friedlich zu versammeln:

Du hast das Recht, dich mit anderen Kindern zu treffen und Gruppen und Organisationen beizutreten, solange du dadurch andere Menschen nicht daran hinderst, ihre Rechte zu genießen.

Artikel 16, das Recht Privatsphäre und Schutz der Ehre und des Rufes:

Du hast das Recht auf eine Privatsphäre. Niemand hat das Recht, deinem guten Namen zu schaden, ohne deine Erlaubnis deine Wohnung zu betreten, deine Briefe und E-Mails zu öffnen oder dich und deine Familie ohne triftigen Grund zu bedrängen.

Artikel 17, das Recht auf Zugang zu Informationen und Medien:

Du hast das Recht auf verlässliche Informationen aus verschiedenen Quellen, einschließlich Büchern, Zeitungen und Zeitschriften, Fernsehen, Radio und Internet. Informationen müssen für dich zuträglich und verständlich sein.

Artikel 18, die gemeinsame Verantwortung der Eltern:

Deine Eltern sind gemeinsam für deine Erziehung verantwortlich und sollten dabei stets abwägen, was für dich am besten ist. Die Regierung muss Eltern dabei unterstützen, besonders wenn beide Elternteile berufstätig sind.

Artikel 19, das Recht auf Schutz vor jeder Form von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung:

Die Regierungen müssen sicherstellen, dass ordentlich für dich gesorgt wird, und dich vor Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung durch deine Eltern oder andere Betreuungspersonen schützen.

Artikel 20, alternative Betreuung:

Wenn Eltern oder andere Familienmitglieder nicht gut für dich sorgen können, dann müssen andere Menschen diese Aufgabe übernehmen. Diese müssen deine Religion, deine Traditionen und deine Sprache respektieren.

Artikel 21, Adoption:

Wenn du adoptiert wirst – egal ob in dem Land, in dem du geboren bist, oder in einem anderen Land –, dann muss dabei die wichtigste Überlegung sein, was für dich am besten ist.

Artikel 22, Flüchtlingskinder:

Wenn du in ein anderes Land gekommen bist, weil das Land, in dem du geboren bist, unsicher war, dann hast du ein Recht auf Schutz und Unterstützung. Du hast dieselben Rechte wie die Kinder, die in diesem Land geboren sind.

Artikel 23, Kinder mit Behinderungen:

Wenn du eine Behinderung hast, dann hast du ein Recht auf besondere Betreuung, Unterstützung und Bildung, sodass du, deinen Fähigkeiten entsprechend, ein vollwertiges und unabhängiges Leben führen und am Leben der Gemeinschaft teilnehmen kannst.

Artikel 24, das Recht auf medizinische Betreuung und Gesundheitsdienste:

Du hast das Recht auf eine gute medizinische Betreuung (z. B. Medikamente, Krankenhäuser, medizinische Fachkräfte). Außerdem hast du das Recht auf sauberes Wasser, vollwertiges Essen, eine saubere Umwelt und darauf, zu lernen, wie du gesund bleiben kannst. Reiche Länder sollen ärmeren Ländern helfen, dies zu erreichen.

Artikel 25, das Recht, dass regelmäßig überprüft wird, wie du behandelt wirst:

Wenn du statt von deinen Eltern von Behörden oder in Einrichtungen betreut wirst, dann hast du ein Recht darauf, dass deine Situation regelmäßig überprüft wird, um sicher zu stellen, dass du gut betreut und behandelt wirst.



Artikel 26, das Recht auf Sozialleistungen:

Die Gesellschaft, in der du lebst, muss dir Sozialleistungen zur Verfügung stellen, die dir helfen, dich zu entwickeln und unter guten Bedingungen zu leben (z. B. Bildung, Kultur, Ernährung, Gesundheit, soziales Wohlergehen). Die Regierung muss für die Kinder bedürftiger Familien zusätzlich Geld zur Verfügung stellen.

Artikel 27, das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard:

Du hast das Recht auf gute Lebensbedingungen, unter denen du dich körperlich, geistig, seelisch, moralisch und sozial entwickeln kannst. Die Regierung muss Familien unterstützen, die sich einen solchen Lebensstandard nicht leisten können.

Artikel 28, das Recht auf Bildung:

Du hast ein Recht auf Bildung. Die Disziplin in der Schule darf nicht gegen deine Menschenwürde verstoßen. Der Besuch der Grundschule muss verpflichtend und kostenlos sein. Reiche Länder sollen ärmeren Ländern helfen, dies zu erreichen.

Artikel 29, die Ziele der Bildung:

Deine Bildung soll darauf ausgerichtet sein, deine Persönlichkeit, deine Begabungen und deine geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung zu bringen. Sie soll dich aufs Leben vorbereiten und dir Achtung vor deinen Eltern, deiner Gesellschaft und anderen Kulturen gegenüber vermitteln. Du hast das Recht, deine Rechte kennenzulernen.

Artikel 30, Kinder, die Minderheiten und Ureinwohnern angehören:

Du hast das Recht, die Traditionen und die Religion deiner Familie kennenzulernen und danach zu leben, ihre Sprache zu lernen und sie zu sprechen, egal ob die Mehrheit der Menschen in deinem Land das ebenfalls tut oder nicht.

Artikel 31, das Recht auf Freizeit, Spiel und Kultur:

Du hast das Recht, dich auszuruhen, zu spielen und an einer Vielzahl von Freizeit- und kulturellen Aktivitäten teilzunehmen.

Artikel 32, das Recht auf Schutz vor Kinderarbeit:

Die Regierung muss dich vor Arbeit bewahren, die für deine Gesundheit oder Entwicklung gefährlich ist, die deine Bildung beeinträchtigt oder die Menschen dazu verleiten könnte, dich auszunutzen.

Artikel 33, das Recht auf Schutz vor Drogenmissbrauch:

Die Regierung muss dich vor der Anwendung, der Produktion und dem Verkauf gefährlicher Drogen schützen.

Artikel 34, das Recht auf Schutz vor sexueller Ausbeutung:

Die Regierung muss dich vor sexuellem Missbrauch schützen.

Artikel 35, das Recht auf Schutz vor Kinderhandel, Verkauf und Entführung:

Die Regierung muss sicherstellen, dass dich niemand entführt, verkauft oder in andere Länder verschleppt, um dich dort auszubeuten.

Artikel 36, das Recht auf Schutz vor anderen Formen der Ausbeutung:

Du hast das Recht, vor allen Handlungen bewahrt zu werden, die deiner Entwicklung und deinem Wohlergehen schaden könnten.

Artikel 37, das Recht auf Schutz vor Folter, erniedrigender Behandlung und dem Verlust der Freiheit:

Wenn du gegen das Gesetz verstößt, hat niemand das Recht, dich grausam zu behandeln. Man darf dich nicht zusammen mit Erwachsenen im Gefängnis einsperren und du hast das Recht, mit deiner Familie in Kontakt zu bleiben.

Artikel 38, der Schutz von Kindern in bewaffneten Konflikten:

Wenn du unter fünfzehn bist (bzw. unter achtzehn in den meisten europäischen Ländern), darf die Regierung dich nicht zum Militärdienst oder irgendeiner direkten Beteiligung an Kriegshandlungen zulassen. Kinder in Kriegsgebieten haben ein Recht auf besonderen Schutz.



Artikel 39, Wiedergutmachung für kindliche Opfer:

Wenn du vernachlässigt, gefoltert oder misshandelt worden bist, wenn du ein Opfer von Ausbeutung und Kriegshandlungen geworden bist oder wenn du im Gefängnis warst, dann hast du ein Recht auf besondere Hilfe, um körperlich und geistig wieder ganz gesund zu werden und dich wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Artikel 40, Jugendgerichtsbarkeit:

Wenn man dich beschuldigt, gegen das Gesetz verstoßen zu haben, dann hast du ein Recht auf menschenwürdige Behandlung. Du hast ein Recht auf einen Rechtsanwalt und man darf dich nur für sehr schwere Verbrechen im Gefängnis einsperren.

Artikel 41, Achtung höherer Menschenrechtsstandards:

Wenn die Gesetze deines Landes für Kinder besser sind als die Artikel dieser Konvention, dann müssen diese Gesetze angewandt werden.

Artikel 42, das Recht über die Kinderrechtskonvention informiert zu werden:

Die Regierung muss alle Eltern, Einrichtungen und Kinder über die Konvention informieren.

Artikel 43–54, Pflichten der Regierungen:

In diesen Artikeln wird erklärt, wie Erwachsene und Regierungen zusammenarbeiten sollen, um sicherzustellen, dass alle Kinder ihre Rechte wahrnehmen können.

.....

Anmerkung: Die KRK wurde 1989 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und trat 1990 als internationales Recht in Kraft. Die KRK hat 54 Artikel, in denen dargelegt wird, welche Rechte Kinder haben und wie diese von den Regierungen zu schützen und zu fördern sind. Fast alle Länder der Welt haben diese Konvention ratifiziert und damit versprochen, alle darin enthaltenen Rechte anzuerkennen.

Diese kinderfreundliche Version wurde vom Europarat entwickelt und für die deutschsprachige Ausgabe von COMPASITO – Handbuch zur Menschenrechtsbildung mit Kindern von Marion Schweizer für das Institut für Menschenrechte übersetzt und bearbeitet. Die Reproduktion für nicht-kommerzielle Zwecke im Bildungsbereich ist mit Quellenangabe ausdrücklich erwünscht.



Rapport 2018
Annexe 7

Loi de l'ORK

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 85

9 août 2002

Sommaire

Loi du 25 juillet 2002 portant institution d'un comité luxembourgeois des droits de l'enfant,
appelé «Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand» (ORK) page 1750

Loi du 25 juillet 2002 portant institution d'un comité luxembourgeois des droits de l'enfant, appelé

«Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand» (ORK).

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Notre Conseil d'Etat entendu;

De l'assentiment de la Chambre des Députés;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 11 juin 2002 et celle du Conseil d'Etat du 2 juillet 2002 portant qu'il n'a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons :

Art. 1^{er}. La présente loi a pour objet la promotion et la protection des droits de l'enfant tels qu'ils sont notamment définis dans la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et approuvée par la loi du 20 décembre 1993.

Art. 2. A cette fin il est institué un comité luxembourgeois des droits de l'enfant, appelé "Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand", désigné par l'abréviation "ORK" dans la présente loi.

La mission de l'ORK est de veiller à la sauvegarde et à la promotion des droits et des intérêts des enfants, c'est-à-dire des personnes âgées de moins de dix-huit ans.

Art. 3. Dans l'exercice de sa mission, l'ORK peut notamment :

- a) analyser les dispositifs institués pour protéger et promouvoir les droits de l'enfant, afin de recommander, le cas échéant, aux instances compétentes des adaptations nécessaires;
- b) émettre son avis sur les lois et règlements ainsi que sur les projets concernant les droits de l'enfant;
- c) informer sur la situation de l'enfance et veiller à l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant;
- d) présenter au Gouvernement et à la Chambre des Députés un rapport annuel sur la situation des droits de l'enfant ainsi que sur ses propres activités;
- e) promouvoir le développement de la libre expression de l'enfant et de sa participation active aux questions qui le concernent;
- f) examiner les situations dans lesquelles les droits de l'enfant ne sont pas respectés et faire des recommandations afin d'y remédier;
- g) recevoir des informations et des réclamations relatives aux atteintes portées aux droits de l'enfant et écouter, à cet effet, selon les modalités à déterminer par lui, tout enfant qui en fait la demande;
- h) émettre à partir d'informations et de réclamations ou au sujet de cas particuliers instruits par lui, des recommandations ou des conseils permettant d'assurer une meilleure protection des droits et des intérêts de l'enfant.

Art. 4. Les membres de l'ORK exercent leur mission en toute neutralité et indépendance.

Dans l'exercice de leur mission, des informations touchant à des situations ou des cas individuels sont soumises au secret professionnel. Ce secret professionnel ne s'oppose pas à la communication aux autorités judiciaires compétentes de toute information susceptible de léser l'intérêt supérieur de l'enfant.

Les membres de l'ORK exercent leurs fonctions sans intervenir dans des procédures judiciaires en cours.

Dans l'exercice de leur mission et dans les limites fixées par les lois et règlements, les membres de l'ORK peuvent accéder librement à tous les bâtiments d'organismes publics ou privés engagés dans l'accueil avec ou sans hébergement, la consultation, l'assistance, la guidance, la formation ou l'animation d'enfants.

Les membres de l'ORK ont le droit de s'enquérir de toute information, pièce ou document, à l'exception de ceux couverts par le secret médical ou par un autre secret professionnel.

Art. 5. L'ORK se compose de six membres qui sont nommés par le Grand-Duc et parmi lesquels un président et un vice-président sont choisis paritairement entre les deux sexes.

Le mandat de cinq ans peut être renouvelé une fois.

Les membres de l'ORK sont désignés en fonction de leur compétence en la matière.

Les fonctions de membre de l'ORK sont incompatibles avec les mandats de député, de membre du Conseil d'Etat, de membre du Gouvernement et de membre du conseil communal.

Sur proposition du Gouvernement en conseil, l'ORK entendu en son avis, le Grand-Duc peut révoquer tout membre qui se trouve dans une incapacité durable d'exercer son mandat ou qui perd l'honorabilité requise pour l'exercice de son mandat.

En cas de démission, de décès ou de révocation avant terme du mandat d'un membre, il est pourvu à son remplacement dans le délai de deux mois à partir de la vacance de poste par la nomination d'un nouveau membre qui achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 6. Le président de l'ORK porte le titre de "Ombudspersoun fir d'Rechter vum Kand". Pendant la durée de son mandat, il exerce sa fonction à plein temps.

Art. 7. L'ORK adopte un règlement intérieur qui définit son organisation interne, son fonctionnement et ses procédures de travail.

Art. 8. 1. Lorsque le président de l'ORK est issu du secteur public il obtient un congé spécial pour la durée de son mandat avec maintien de tous les avantages et droits découlant de son statut respectif. Il continue notamment à jouir de son traitement, indemnité ou salaire suivant le cas, ainsi que du régime de sécurité sociale correspondant à son statut.

En cas de cessation du mandat, il est réintégré sur sa demande dans son administration d'origine à un emploi correspondant au traitement qu'il a touché précédemment, augmenté des échelons et majorations de l'indice se rapportant aux années de service passées comme président jusqu'à concurrence du dernier échelon du grade.

Toutefois, si l'autorité investie du pouvoir de nomination estime que la nature du travail accompli et l'expérience acquise par l'intéressé au sein de l'ORK justifient sa nomination à une fonction supérieure à celle visée ci-dessus, elle peut procéder à une telle nomination sans que le bénéficiaire ne puisse, de ce fait, accéder à une fonction ou obtenir un rang plus élevé que les fonctionnaires de la même carrière entrés au service de l'Etat en même temps que lui ou avant lui.

A défaut de vacance, il peut être créé un emploi hors cadre correspondant à ce traitement: cet emploi est supprimé de plein droit à la première vacance qui se produit dans une fonction appropriée du cadre normal.

2. Lorsque le président de l'ORK est issu du secteur privé, il touche une rémunération calculée par référence à la réglementation fixant le régime des indemnités des employés occupés dans les administrations et services de l'Etat qui est applicable en la matière, sur base d'une décision individuelle prise en vertu de l'article 23 du règlement grand-ducal du 28 juillet 2000 fixant le régime des indemnités des employés occupés dans les administrations et services de l'Etat.

Il reste affilié au régime de sécurité sociale auquel il était soumis pendant l'exercice de sa dernière occupation.

En cas de cessation du mandat, il touche pendant une durée maximale d'un an une indemnité d'attente mensuelle correspondant au salaire ou traitement mensuel moyen du dernier revenu professionnel cotisable annuel mis en compte au titre de sa carrière d'assurance en cours avant le début de sa fonction de président.

Cette indemnité d'attente est réduite dans la mesure où l'intéressé touche un revenu professionnel ou bénéficie d'une pension personnelle.

3. Le président et les autres membres de l'ORK bénéficient d'une indemnité spéciale tenant compte de l'engagement requis par les fonctions, à fixer par le Gouvernement en conseil.

Art. 9. Le secrétariat de l'ORK est assuré par des fonctionnaires et employés de l'Etat. Ils ne peuvent être membres de l'ORK. Ces personnes peuvent être détachées de l'administration gouvernementale.

Art. 10. Les frais de fonctionnement de l'ORK sont à charge du budget de l'Etat.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Mémorial pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

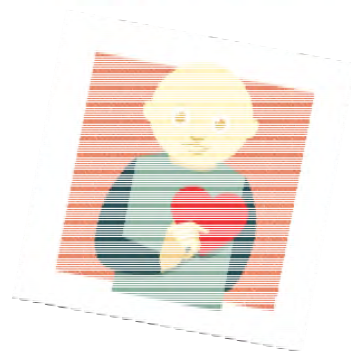
*La Ministre de la Famille, de la Solidarité
sociale et de la Jeunesse,
Marie-Josée Jacobs*

Cabasson, le 25 juillet 2002.
Henri

Doc. parl. 4137; sess. ord. 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002.



Vous pouvez commander
le matériel de promotion
par email contact@ork.lu
ou par téléphone au 26 123 124



Ombuds Comité
fir d'Rechter vum Kand
2 rue Fort Wallis
L-2714 Luxembourg
Tel. : 26 123 124
contact@ork.lu

www.ork.lu