https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdgasdhosdpjj-n-2002-282-du-3-mai-2002-relative-a-la-prise-en-charge-concertee-des-troubles-psychiques-des-enfants-et-adolescents-en-grande-difficulte/
Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté
03/05/2002
La ministre de l'emploi et de la solidarité, la ministre de la justice, garde des sceaux, le ministre délégué à la santé à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation ; Madame et Messieurs les directeurs régionaux de la protection judiciaire de la jeunesse ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la protection judiciaire de la jeunesse
La santé physique et mentale des adolescents est aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique soulignée par le haut comité de la santé publique. Ce sujet mérite une attention encore plus aiguë quand il s'agit d'enfants et d'adolescents en grande difficulté, notamment s'ils relèvent d'une décision judiciaire.
Cette circulaire a pour objet de vous demander d'inscrire en priorité les réponses aux besoins d'éducation et de santé de ces mineurs dans les programmes de santé ou de l'enfance et de prévoir le cadre d'intervention qui doit permettre une meilleure association des compétences de chacun des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social.
Les programmes et dispositifs existants permettent d'intervenir sans ajouter de nouveaux programmes ou de nouvelles instances de coordination ; vous trouverez ci-dessous une présentation coordonnée de ces actions. Vous devrez, de manière plus systématique, veiller à ce que les problématiques des adolescents en grande difficulté soient clairement identifiées et que les réponses à apporter soient précisées et programmées.
1. Déterminer des principes généraux d'intervention
1.1. Identifier les publics
Le haut comité de la santé publique souligne que si la mortalité est faible à l'adolescence, dans 70 % des cas il s'agit d'une mortalité violente et évitable. En effet, plus de la moitié des décès sont survenus par suite d'accidents et près d'un décès sur sept par suite d'une tentative de suicide. Dans une étude INSERM de 1998 auprès des adolescents de la protection judiciaire de la jeunesse, il était relevé que les conduites violentes dans l'année concernaient 50 % des garçons et 42 % des filles, que 41 % des garçons et 55 % des filles avaient été victimes de violences physiques et que 12 % des garçons et 49 % des filles avaient fait une tentative de suicide durant leur vie. Ces données suggèrent la prédominance des troubles psychosociaux à l'adolescence importants à analyser pour mieux les prévenir et ou les prendre en charge.
Les jeunes identifiés en grande difficulté, outre la souffrance psychique parfois intolérable dont leur comportement ou leur passage à l'acte témoignent, laissent les institutions démunies et nécessitent des prises en charge extrêmement complexes dont les résultats restent aléatoires. En effet, les parcours de vie de ces jeunes sont faits de ruptures successives que traduisent les échecs répétés des prises en charge - échec scolaire, exclusion des institutions, renvoi de la famille. L'adolescent difficile ne trouve pas de réponse adéquate dans le cadre de son environnement qu'il met en tension ou en échec, induisant de ce fait des attitudes de ruptures et de rejet et le renvoi sur d'autres filières de prise en charge, souhaitées plus « contenantes ».
Afin de mieux connaître ces publics pour agir avec pertinence, il importe de mettre en commun les données disponibles, de développer et d'actualiser études et recherches sur ce thème.
1.2. Partager une préoccupation pluri-sectorielle
La nécessité d'une approche pluridisciplinaire et partenariale de la question des prises en charge de ces mineurs en grande difficulté est reconnue par tous les professionnels.
Les informations issues d'une enquête (en cours d'exploitation) réalisée auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des directions départementales de la protection judiciaire de la jeunesse (DDPJJ), et quelquefois par l'intermédiaire de ces directions auprès des conseils généraux, par les services centraux des ministères, pour l'ensemble des départements, ont permis une meilleure connaissance des freins rencontrés au plan local et des outils mis en oeuvre, pour la prise en charge des enfants et adolescents en grande difficulté.
Près des deux tiers des départements signalent l'absence de structures adaptées de prise en charge ou l'insuffisance des collaborations entre les professionnels.
Toutefois, la préoccupation pour ce public et le souci de traiter cette problématique sont manifestes, dans presque tous les départements, dans les instruments de planification sanitaire, sociale et médico-sociale (schémas régionaux ou départementaux) ou les outils de programmation programmes régionaux de santé (PRS) et programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
1.3. Décloisonner les logiques institutionnelles
L'étude des trajectoires de ces enfants et adolescents montre le caractère relativement aléatoire de leur orientation sur des filières sanitaire, sociale et judiciaire ou médico-sociale, en lien notamment avec l'offre locale de service et de soins, ainsi que la succession possible dans le temps des différents modes de prise en charge.
La recherche d'une cohérence impose dès lors de travailler dans le sens de la recherche des complémentarités susceptibles de construire les réponses les mieux adaptées à l'accompagnement de ces enfants et adolescents. Seules des réponses diversifiées permettent leur prise en charge globale, qu'ils vivent dans leur famille ou qu'ils soient accueillis dans une institution sociale ou médico-sociale.
Il convient de proposer des réponses multiples à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques qui ne se substituent pas les unes aux autres, peuvent se cumuler en tant que de besoin ou se relayer sans discontinuité. Cela suppose au préalable une coordination des instances décisionnelles et une mise en réseau des réponses institutionnelles. Ces collaborations doivent favoriser à la fois une vigilance partagée sur la situation de l'enfant ou de l'adolescent et une juste reconnaissance des missions, compétences et limites des équipes professionnelles engagées auprès de lui. Elles doivent s'efforcer de rechercher une cohérence de son parcours sur toute la durée de la prise en charge.
2. Définir des objectifs dans les différents champs concernés
Les collaborations doivent particulièrement être développées dans quatre domaines essentiels : la prévention, la réponse à l'urgence et à la crise, l'hospitalisation et les soins ambulatoires et de suite.
2.1. La prévention
Constats
Un travail de définition est nécessaire pour délimiter la prévention. Des incompréhensions entre les différentes catégories de professionnels concernés sont la source de difficultés. Ce travail doit être l'objet de concertations locales et de formations communes.
La prévention comporte l'exercice de la vigilance, notion communément partagée par l'ensemble des acteurs, et peut exiger des interventions alors que les différents professionnels ne sont pas encore tous persuadés de la nocivité de la situation.
La prévention concerne directement les enfants et adolescents pris en charge par les différents services et établissements dont les difficultés psychiques s'expriment souvent à travers des agressions à l'égard des autres ou d'eux-mêmes. De nombreux travaux effectués autour de ces formes de pathologies témoignent des carences affectives précoces vécues par ceux-ci et de la discontinuité de leur histoire, marquée par des ruptures. En ce sens une politique de prévention doit se renforcer autour de ces données reconnues comme pathogènes ou favorisant les exclusions.
La prévention concerne autant les parents, et l'environnement social que l'enfant et l'adolescent. Elle renvoie, d'une part, à la nécessité d'accompagnement des passages que l'on sait fragiles pour toute la population, quelles que soient les conditions économiques, sociales et culturelles, et d'autre part, à la nécessité d'attention aux premiers signes de difficulté.
Construire une prévention dans la continuité, signifie porter attention aux enfants de tous les âges et à leur famille, et notamment aux enfants de 6-12 ans envers lesquels une nouvelle vigilance est nécessaire.
Objectifs
Les différents services concernés, directions départementales des affaires sanitaires et sociales, directions départementales de la protection judiciaire de la jeunesse, devront, en associant les magistrats de la jeunesse et les inspections académiques et en invitant les conseils généraux à se joindre à leurs travaux :
effectuer un état des lieux précis des ressources locales, des établissements et services, et en assurer la diffusion. Ce travail devra faire l'objet d'une large concertation, sous l'autorité du préfet et du procureur de la République, à laquelle seront également associées les structures associatives compétentes ;
accompagner cet état des lieux d'une évaluation des besoins ; celle-ci est une étape nécessaire d'un processus de planification d'une politique globale avec la définition d'objectifs précis et communs visant à :
éviter la segmentation par symptômes ou tranches d'âge ;
articuler les financements ;
favoriser la formation à la prévention de tous les professionnels, notamment en développant l'aide aux aidants - en s'appuyant sur le secteur psychiatrique - afin d'accroître les compétences de chacun (y compris les familles et les enfants et adolescents) dans le repérage et la prise en charge des troubles ;
prendre en compte et anticiper la souffrance des professionnels par la mise en place de temps de travail collectifs permettant réflexion et mise à distance des pratiques, et accompagnés dans la mesure du possible par un intervenant extérieur à l'institution ;
inscrire la santé dans les schémas conjoints de la protection de l'enfance et de la famille pour favoriser la complémentarité de ces efforts avec ceux des conseils généraux.
Une circulaire spécifique traitera de la prévention précoce des troubles du comportement et des réponses éducatives, sociales et médico-sociales susceptibles d'être apportées dans ce cadre à partir d'une réflexion en cours sur les missions des instituts de rééducation.
2.2. La réponse à la crise et à l'urgence
Constats
Si la crise n'a pas obligatoirement une connotation négative et a pu être comparée, chez l'adolescent, à une sorte d'épreuve initiatique, l'urgence qui en résulte est souvent liée à un manque d'anticipation ou à un retard de prise en charge, pouvant induire la recherche de solutions précipitées souvent mal adaptées aux enfants et adolescents (hospitalisation, placement en urgence dans un foyer mais aussi garde à vue ou incarcération, qui peuvent dans certains cas se révéler inadaptées). A cet égard il convient de souligner que la crise et l'urgence se révèlent être un mode d'entrée prédominant des adolescents dans le système de soin, et notamment de soins spécialisés.
La réponse à la crise et à l'urgence sera d'autant moins efficiente qu'il existe un manque de formation des personnels intervenant auprès des enfants et adolescents, une méconnaissance réciproque des intervenants institutionnels des missions de chacun, un manque de coordination et de confiance, une absence de référents identifiés. Le mot « urgence » recouvre en soi des réalités différentes selon que l'on est travailleur social, magistrat ou psychiatre.
Objectifs
Il s'agit, en amont de la crise, d'améliorer l'articulation entre les équipes éducatives et soignantes. Cela revient notamment à développer une connaissance et une reconnaissance des institutions, des acteurs de terrain entre eux, permettant de clarifier les responsabilités et les rôles de chacun, de travailler en complémentarité.
Les professionnels de santé ont à élaborer une culture commune qui fédère l'ensemble des acteurs autours de la spécificité d'une clinique de l'adolescence, marquée par l'importance de la violence, de la transgression et du passage à l'acte. Le développement de formations en direction des équipes de psychiatrie infanto-juvénile et adultes, des équipes pédiatriques, des médecins généralistes, des professionnels sociaux, médico-sociaux et judiciaire ainsi que l'élaboration de formations communes doivent y contribuer. On peut désigner là un socle commun à l'ensemble des professionnels de la protection de l'enfance, qui doit trouver une réalité à court terme sur chaque département et faire l'objet d'une commande précise.
2.3. L'hospitalisation des enfants et adolescents en grande difficulté
Constats
Moment particulier dans le projet thérapeutique et socio-éducatif d'ensemble, l'hospitalisation doit être négociée et préparée en amont, dans ses différentes modalités, avec l'adolescent et sa famille, mais aussi entre les équipes soignantes, sociales et éducatives, et répondre à une indication précise. La préparation en amont de l'hospitalisation doit permettre qu'elle ne soit pas vécue par l'enfant et l'adolescent comme une sanction ou comme une contrainte insupportable, l'hospitalisation en milieu psychiatrique restant entachée d'un risque de stigmatisation. Une hospitalisation en dernier recours, réalisée en urgence, est en effet peu favorable à une bonne mise en place des soins.
Les hospitalisations des enfants et adolescents en grande difficulté se répartissent entre les services de pédiatrie et de médecine adolescente et les services de pédopsychiatrie, voire de psychiatrie générale.
L'hospitalisation complète sert principalement à déployer des soins intensifs et permanents autour de l'adolescent. L'hospitalisation à temps plein a également pour fonction de contenir et contrôler le comportement extrême du jeune, de le séparer de son environnement et d'observer son comportement.
Elle permet également de transférer la charge du soin de la famille ou du milieu de vie vers les professionnels du soins et de réguler les tensions microsociales, effet et cause du symptôme.
L'hospitalisation est un acte médical et doit le rester, même si la décision d'hospitalier peut être négociée ou considérée comme un moment de rupture profitable à l'adolescent comme aux professionnels médicosociaux ou socio-éducatifs qui en ont la responsabilité. Elle peut permettre de reconsidérer les modalités de prise en charge.
En ce sens, l'article 19 IV de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, insérant un article 375-9 dans le code civil, subordonne les décisions judiciaires de placement des mineurs dans un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux à un avis médical qui devra être confirmé à l'issue d'un délai de 15 jours par un psychiatre de l'établissement d'accueil.
Objectifs
Mettre en oeuvre au cours de l'hospitalisation une approche globale intégrant l'amont et l'aval de celle-ci et assurer la continuité de la prise en charge. Cela suppose la collaboration entre les différents partenaires des champs soignant, judiciaire, éducatif et social, la participation de la famille et la mobilisation forte des différents intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, soignants) en veillant à la qualité des relais.
Ces collaborations sont garantes de conditions favorables de sortie et permettent d'envisager précocement les suites de l'hospitalisation (retour en famille ou en établissement social ou médico-social, prise en charge par le secteur psychiatrique).
Disposer de lits spécifiques pour adolescents au sein de petite unités intersectionnelles.
L'approche globale de l'adolescent qu'elles permettent a été mise en avant lors du séminaire santé-justice des 25 et 26 mai 2000. La réduction des inégalités de moyens entre les secteurs psychiatriques et l'ouverture de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile dans les départements actuellement dépourvus restent des priorités de financement de la mise en oeuvre des schémas régionaux de psychiatrie. Ce développement doit s'accompagner d'un renforcement de l'articulation avec le secteur somatique et la psychiatrie adulte, de l'organisation d'un travail en réseau avec l'ensemble des professionnels en charge des mineurs en difficulté permettant de définir au mieux les indications et les conditions d'accès à l'hospitalisation.
2.4. Les soins ambulatoires et de suite
Les soins ambulatoires et de suite consistent à prendre en charge les enfants et les adolescents, à les soutenir ainsi que leur environnement (famille, professionnels) et à organiser des relais avec les professionnels du secteur social, éducatif et judiciaire. L'accompagnement par l'équipe de psychiatrie doit avoir pour objectif dans le cadre des soins de suite de ne pas les maintenir dans une dépendance et viser, à terme, au retrait de la psychiatrie. Les passages se font d'autant mieux que l'équipe de soins spécialisés est présente, ne disparaît pas brutalement et peut toujours être activée par ses partenaires.
3. Retenir des méthodes d'action
La complémentarité des actions conduites par les différents professionnels auprès des enfants et adolescents ou de leur environnement passe par le développement du travail en réseau. Le plan « santé mentale », la mise en place de coordonnateurs, la mobilisation des professionnels, la mise à disposition d'un outil de guidance et le développement de formations communes favoriseront la réalisation des objectifs définis.
3.1. Le travail en réseau
Constat
Les réseaux sont des espaces de lien et de coordination permettant la mise en commun organisée des compétences et la complémentarité des rôles.
Le principe de recherche de transversalité, de décloisonnement entre les institutions a été souligné tant à propos de la prévention qu'au sujet de la réponse à l'urgence, de l'hospitalisation et des soins ambulatoires et de suite. Il s'agit, tout en respectant le rôle de chacun, de fédérer les institutions et structures associatives concernées sur un territoire donné, lorsqu'il est avéré que la famille ou l'institution ne peut plus pourvoir seule aux missions d'éducation et de soin.
Un réseau ne se décrète pas : il doit correspondre à une dynamique locale suscitée par les acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et éducatifs eux-mêmes. Sa fonction est d'assurer une prise en charge globale, adaptée et continue, centrée sur la personne grâce à la reconnaissance des acteurs et à la mutualisation de leurs moyens d'intervention et de recherche.
Les réseaux mobilisent les ressources appropriées à chaque situation rencontrée. Chaque institution peut, tour à tour, être le pôle principal de la prise en charge sachant que ce pôle peut se déplacer d'une institution à une autre au fur et à mesure du parcours de l'enfant ou de l'adolescent. Dès lors, on soulignera l'importance du respect de la place centrale de celui-ci, de la reconnaissance de chacune des étapes de sa trajectoire et de la spécificité du travail de chaque professionnel (soignant, juge, éducateur, enseignant, travailleur social) référencé à sa propre institution, ces points constituant d'indispensables exigences déontologiques.
L'existence de blocs de compétences prédéfinis entre l'Etat, le conseil général et la justice suppose, pour une meilleure articulation institutionnelle, une souplesse dans l'organisation et une mutualisation des moyens.
Objectifs
La mise en place de ces réseaux doit être encouragée par les décideurs institutionnels locaux (préfets, agences régionales de l'hospitalisation, présidents de conseils généraux...).
Il convient de noter l'importance d'une formalisation au niveau de ces institutions. Il est nécessaire que ces décideurs institutionnels locaux valident les objectifs communs dans lesquels le travail en réseau s'inscrit. Cette formalisation permet de garantir la pérennité et la continuité du travail développé par les professionnels des différents champs. En toute hypothèse, le réseau ne peut être créé qu'à partir de la volonté et de l'engagement des acteurs, et doit être formalisé par la rédaction de documents (charte ou convention constitutive) précisant :
- la place des usagers ;
- l'identification du ou des promoteurs ;
- l'identification des acteurs concernés ;
- les objectifs poursuivis, le thème et l'objet du réseau ;
- le champ d'intervention du réseau (territoire et population) ;
- la structure juridique choisie, le cas échéant ;
- les intervenants, l'organisation interne et les modalités de coordination des soins et des interventions ;
- le système d'information et les modalités de formation ;
- les moyens à disposition et les modalités de financement ;
- les relations avec les partenaires ;
- le suivi et l'évaluation.
Le financement de ces réseaux peut s'inscrire, en ce qui concerne la dimension sanitaire, dans les dispositions relatives aux réseaux de santé définis par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé (art. 84). Ils pourront bénéficier, suivant une procédure déconcentrée au niveau régional, de financements publics de l'Etat, de l'assurance maladie et notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 142-46 du code de la sécurité sociale (loi relative au financement de la sécurité sociale pour 2002) ainsi que des collectivités territoriales, à condition de satisfaire aux critères d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par un décret en cours d'élaboration. Ainsi, ce nouveau dispositif législatif et réglementaire mis en place en 2002 pourra contribuer à la mise en oeuvre des réseaux d'amélioration de la prise en charge concertée des enfants et adolescents en grande difficulté.
3.2. Le plan santé mentale
Le 14 novembre 2001 a été annoncé un plan global d'actions répondant aux besoins sanitaires et sociaux des personnes souffrant de troubles mentaux, de façon à construire une vision cohérente de la politique de santé mentale. Le partenariat des institutions et des professionnels oeuvrant en direction des jeunes en grande difficulté pourra utilement s'appuyer sur les actions développées dans ce plan.
Parmi les axes du plan santé mentale figure le développement des partenariats entre les différents acteurs concernés :
La nécessité d'une articulation interministérielle renforcée avec le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Justice est clairement affichée afin :
- d'une part, de renforcer les moyens psychopédagogiques autour des besoins des enfants et pour faciliter le repérage précoce des signes de mal-être et les comportements violents en milieu scolaire ;
- d'autre part, de développer un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité des troubles des mineurs les plus en difficulté.
L'articulation des décideurs institutionnels locaux sera favorisée par l'élaboration de contrats pluriannuels de santé mentale entre les préfets, les conseils généraux, les municipalités, les agences régionales de l'hospitalisation.
Des conseils locaux de santé mentale permettront également le développement des partenariats entre les acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social, Education nationale, justice...).
Ces deux dernières mesures feront l'objet de dispositions législatives qui détermineront les conditions concrètes de leur mise en oeuvre.
Enfin, ce plan prévoit la poursuite du renforcement des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile.
3.3. Les coordonnateurs chargés de développer les actions de prévention et le travail en réseau
Conformément à la décision du conseil de sécurité intérieure de janvier 2001, la circulaire DGS-/DSS-1A/DHOS-O-F2 n° 2001649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale prévoit de financer la création d'une fonction de coordonnateur chargé de développer les actions de prévention et le travail en réseau.
Si la prévention et la réinsertion entrent dans les missions du secteur de psychiatrie, il ne peut intervenir seul. Il lui faut développer des partenariats multiples et diversifiés. Il convient en effet de rappeler l'importance du repérage et du diagnostic précoce ainsi que la mise en place d'une prise en charge adaptée, à proximité du lieu de vie de l'enfant ou du jeune, en lien avec l'ensemble des professionnels intéressés (protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, Education nationale, protection judiciaire de la jeunesse, instituts de rééducation, secteurs de psychiatrie, centres médico-psycho-pédagogiques et centres d'action médico-sociale précoce), ainsi que les mesures d'aide à la parentalité.
Il ne s'agit pas de construire le réseau autour des services de psychiatrie, mais bien de permettre à ces derniers de dégager du temps et des moyens pour développer les partenariats nécessaires à ce travail en réseau. A ce titre, des postes de coordonnateur seront créés par les agences régionales de l'hospitalisation et rattachés à la psychiatrie publique. Leurs missions seront de recenser l'ensemble des actions actuellement menées par les secteurs de psychiatrie ainsi que les spécificités auxquelles elles répondent (institutions et publics concernés), d'analyser la mobilisation des ressources des secteurs de psychiatrie en la matière et de recenser les attentes et les besoins des différents partenaires. A partir de cet état des lieux, les coordonnateurs proposeront, en lien avec les équipes de psychiatrie, un programme d'interventions et de formations communes dont ils assureront la coordination de la mise en oeuvre. A partir de cette programmation, les équipes de psychiatrie concernées devront construire le travail de partenariat. Cette fonction devra notamment concerner les enfants et adolescents en grande difficulté dont la violence des manifestations de mal-être est actuellement difficilement gérée par les équipes ou traitée de manière cloisonnée sans réelle efficacité.
L'intervention de ces coordonnateurs au niveau départemental apparaît particulièrement pertinente eu égard, d'une part, à l'implantation à ce niveau d'autres services compétents en matière de prévention, et d'autre part, à la dimension du territoire qui favorisera des échanges entre professionnels de proximité. Les vingt-six départements identifiés par la circulaire interministérielle du 6 novembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan gouvernemental de lutte contre la délinquance seront pourvus prioritairement d'un poste.
3.4. La mobilisation des acteurs du champ judiciaire
La prise en compte de la dimension de la santé dans la prise en charge des mineurs confiés à l'institution judiciaire est un souci croissant. Une politique de santé publique est développée au sein de la protection judiciaire de la jeunesse visant à :
- inscrire cet objectif dans les politiques publiques de santé ;
- intégrer la santé dans le travail éducatif ;
- promouvoir un travail clinique concernant la santé des mineurs.
Cette préoccupation doit être prise en compte dans les projets départementaux de la protection judiciaire de la jeunesse.
Une sensibilisation de toutes les catégories professionnelles à l'importance de cette prise en compte précoce et intégrée aux missions judiciaires et éducatives est l'objet d'un effort particulier notamment en termes de formation.
Les infirmiers de la protection judiciaire de la jeunesse assurent auprès des directions territoriales le lien avec les dispositifs et programmes de santé locaux.
Les psychologues de la protection judiciaire de la jeunesse peuvent jouer un rôle d'interface entre les institutions éducatives et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (évaluation des difficultés psychiques de l'adolescent, mobilisation autour de sa vie psychique, précision de l'orientation).
3.5. L'outil de guidance pour la prise en charge des enfants et adolescents en période de grande difficulté
Elaboré dans les suites du séminaire santé-justice de mai 2000, ce guide a pour objectif de fournir aux différents professionnels concernés par cette prise en charge, à la fois des éléments d'analyse de la réalité à travers différents angles de lecture théorique, des points de repères concrets et des expériences d'élaborations de réponses locales concertées. Il sera diffusé au cours du deuxième semestre 2002.
3.6. Le développement de formations communes
Cette nécessité précédemment soulignée doit être prise en compte au niveau national mais aussi au niveau régional et départemental.
A titre d'exemple, le diplôme universitaire « adolescents difficiles : approche éducative et psychopathologique » mis en oeuvre à l'université Pierre-et-Marie-Curie Paris VI, est le résultat d'une collaboration entre les secteurs concernés de la santé, de la justice et de l'éducation nationale. Il a pour objectif d'offrir aux différents professionnels de ces champs un apport sur les connaissances psychologiques, psychopathologiques, psycho-sociales et légales nécessaires à la compréhension des adolescents dits « difficiles » et du contexte social et familial dans lequel ils évoluent. L'ouverture de ce diplôme à l'ensemble des professionnels concernés permet un partage d'expérience, une réflexion sur les pratiques et un travail d'élaboration sur les pré-requis nécessaires à la prise en charge de ces mineurs.
Il serait souhaitable que de telles initiatives se développent dans d'autres universités, et si possible en réseau, voire en télé-conférences.
Il faut rappeler également que l'amélioration des connaissances des professionnels des différents champs sanitaire, social, médico-social et éducatif, sur le meilleur repérage et la prise en charge des personnes en souffrance psychique et particulièrement celles en crise suicidaire, constitue un des axes majeurs de la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005).
Dans ce cadre, en 2002, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales ont la charge d'organiser des formations territoriales interdisciplinaires sur la crise suicidaire auprès de personnes ressources dans différents champs d'intervention, sanitaire et socio-éducatif, dont les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse et ceux de l'éducation nationale. Ces formations seront effectuées par un binôme de formateurs régionaux, composé d'un médecin psychiatre et d'un psychologue, ayant suivi en 2001 une des sessions nationales de formations de formateurs régionaux dans ce domaine à partir des conclusions de la conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie et de l'ANAES sur « la crise suicidaire : repérer et prendre en charge » d'octobre 2000.
Les personnes ressources qui seront formées en 2002, outre le fait qu'elles auront amélioré leurs pratiques, auront la charge de relayer cette formation par la diffusion d'informations pertinentes sur la prévention du suicide dans leur champ d'intervention.
Il a été demandé aux référents sur la prévention du suicide désignés dans chaque DRASS de prendre l'attache de leurs partenaires institutionnels, dont les directions régionales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les rectorats, pour rechercher les personnes ressources susceptibles d'être formées.
Nous vous demandons de vous rapprocher, si cette démarche n'est pas déjà entreprise, pour mettre en oeuvre ces orientations et veiller à leur prise en compte dans les programmes régionaux et dans les projets et schémas départementaux.
Vous voudrez bien nous rendre compte de cette mise en oeuvre, des difficultés rencontrées et des avancées constatées, avant le 31 décembre 2002. Ceci permettra d'actualiser les informations apportées par le questionnaire auquel vous avez largement répondu et de favoriser l'adaptation des réponses aux besoins d'éducation et de soin de ces enfants et adolescents en grande difficulté.
La directrice de la protection judiciaire de la jeunesse
Le directeur général de la santé, Professeur L. Abenhaim
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
La directrice générale de l'action sociale