

Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

11/12/1992

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'est considérablement développée au cours de ces dernières années : outre le fait que les techniques de prises en charge se sont très sensiblement améliorées, dorénavant plus de 350 000 enfants bénéficient de prestations dans le secteur public ou associatif (centres médico-psycho-pédagogiques, hôpitaux de jour de statut privé).

Toutefois, il convient d'observer que :

- certaines classes d'âge, pathologies ou catégories de population sont encore imparfaitement prises en charge;
- les actions de prévention, de diagnostic, de soins et le cas échéant d'intégration font l'objet d'une coordination insuffisante entre les divers professionnels et les institutions concernées comme entre les instances de décision que sont notamment les services de l'Etat et les collectivités territoriales ;
- les moyens alloués à la psychiatrie infanto-juvénile restent encore disparates et très inégaux.

Si la circulaire du 14 mars 1990 fixe les principales orientations de la politique de santé mentale, le présent texte a pour objet de proposer des solutions aux problèmes ci-dessus évoqués et de définir les perspectives des équipes de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, dans le respect des nouvelles dispositions instaurées par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Un enjeu de santé publique

Il s'agit de :

- contribuer à l'amélioration des conditions de développement psycho-affectif et intellectuel des enfants et adolescents;
- traiter précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence;
- prendre en considération les risques évolutifs à plus long terme, et leurs conséquences à l'âge adulte.

Deux objectifs majeurs à satisfaire

Dans cette perspective, il convient d'articuler la politique de santé mentale autour de deux objectifs essentiels:

1. Poursuivre l'amélioration du dispositif public de la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile, pour mettre en oeuvre des actions de prévention primaire, dépister précocement les difficultés psychiques des enfants et adolescents, réaliser des formules d'accueil et de soins adaptées, au sein du milieu de vie habituel.

2. Assurer la complémentarité entre dispositif public et dispositif privé aussi bien dans le domaine sanitaire que médico-social (hôpitaux de jour de statut privé, centres médico-psycho-pédagogiques, établissements médico-éducatifs...).

En effet, c'est l'ensemble du système d'offre de soins et de services en ce domaine qui doit être pris en compte, de façon à évaluer, autant que faire se peut, les possibilités de réponse à la population, mais aussi les carences et les progrès à réaliser prioritairement ; si le constat de l'existant met en évidence au plan national des points forts, il est aussi apparent que certaines situations et pathologies sont traitées de façon peu satisfaisante ; mieux y répondre nécessite une adaptation spécifique de structures et services mais aussi une meilleure coordination des réseaux déjà existants.

Cinq actions prioritaires à développer

Outre les priorités régionales que vous serez amenés à définir, je vous demande de :

- mieux assurer l'accueil et le suivi de populations jusqu'ici difficilement accessibles, telles que, d'une part, les nourrissons et très jeunes enfants et, d'autre part, les adolescents, ou certains groupes très défavorisés ;
- favoriser les interventions des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, au sein de la collectivité;
- développer les formules de prise en charge à temps partiel et tout particulièrement les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- maintenir un potentiel de soins à temps complet, par secteur ou groupe de secteurs, répondant à un projet thérapeutique et technique précis ;

- promouvoir des actions partenariales avec l'ensemble des acteurs concernés par les programmes d'action en faveur de l'enfance ou de l'adolescence, au sein des réseaux habituels ou dans des actions finalisées (maltraitance, développement social des quartiers, etc.) auxquelles la psychiatrie peut apporter sa contribution.

Trois principaux instruments à utiliser

1. La détermination de priorités régionales, inscrites dans le schéma régional d'organisation sanitaire en psychiatrie en cohérence et en complémentarité avec les schémas départementaux de santé mentale (en application de l'arrêté du 31 mars 1992 portant définition des schémas régionaux d'organisation sanitaire).

2. L'élaboration de bilans et l'analyse des projets de transformation proposés par les équipes de santé mentale pour établir les schémas départementaux d'organisation en santé mentale.

Des premiers éléments de l'analyse de ces schémas, il ressort que le bilan ne prend pas assez en compte l'ensemble des équipements et ressources disponibles en psychiatrie infanto-juvénile. La concertation entre les institutions quel que soit leur statut est actuellement très insuffisante.

3. La mise en place d'un groupe de concertation : j'insiste sur la nécessité de constituer un sous-groupe spécialisé émanant du conseil départemental de santé mentale, pour traiter de la santé mentale des enfants et adolescents et être une réelle instance de concertation et d'échange permanent entre institutions ; ce groupe doit comporter des représentants des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, des centres médico-psycho-pédagogiques (C.M.P.P.) des hôpitaux de jour de statut privé, lorsqu'il en existe ; il associe les représentants des structures ou services agissant dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, incluant les établissements médico-sociaux et des représentants de professionnels d'exercice libéral (pédo-psychiatres, pédiatres, psychologues, et autres professionnels spécialisés, le cas échéant). Dans ce cadre vous rechercherez également la collaboration des services départementaux chargés de l'enfance.

Des rééquilibrages à opérer

La circulaire du 14 mars 1990 a fixé un seuil minimum de structures ambulatoires propres à chaque secteur d'ici à 1995 (au moins deux centres médico-psychologiques répondant à un certain nombre de critères de fonctionnement ; au moins deux formules de soins institutionnels à temps partiel ou séquentiel) ; vous préciserez au plan local les services et équipements nécessaires à chaque secteur pour diversifier des modalités d'accueil et de soins ambulatoires ou à plein temps.

S'il est indispensable que chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose d'un minimum de moyens propres, certains équipements spécialisés doivent en fonction de la taille du département, de sa zone d'attraction et des besoins locaux être d'emblée conçus à vocation plurisectorielle ou départementale ; un fonctionnement interdépartemental peut se justifier à titre exceptionnel, soit en raison de la densité de la population, soit en raison du caractère très spécialisé de l'équipement en question. Dans ce cas, vous veillerez à ce que le calcul des indices se fasse en rapport avec la population desservie.

Dans le cadre des procédures de planification, un changement de rattachement de secteur au bénéfice d'un autre centre hospitalier peut être envisagé, pour s'adapter plus étroitement à l'évolution de la pratique et des besoins.

Les moyens d'un certain nombre de secteurs rattachés à des hôpitaux généraux restent insuffisants, et les besoins de la psychiatrie infanto-juvénile sont trop souvent sous-estimés. Vous vous attacherez à réduire ces différentes disparités qui doivent être prises en compte dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire en faisant appel aux moyens dont vous disposerez tant au plan départemental que régional.

Vous trouverez ci-après une annexe technique qui précise les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, actualise les missions et l'organisation du service public de psychiatrie infanto-juvénile et aborde la coopération avec le dispositif social et médico-social.

J'appelle votre attention sur le fait que certaines précisions qualitatives données dans l'annexe technique peuvent servir de référence pour les équipements et services tels qu'hôpitaux de jour et C.M.P.P. qui ne participent pas à la sectorisation

psychiatrique.

La diffusion de la présente circulaire et de son annexe devra être assurée par vos soins à l'ensemble des membres du conseil départemental de santé mentale et aux institutions et services que vous estimerez particulièrement concernés.

La mise en oeuvre de ces orientations fera l'objet d'un suivi à l'aide notamment des informations recueillies dans les rapports annuels de secteur.

Références :

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ;
Décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;
Décret du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires ;
Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement ;
Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques ;
Arrêté du 31 mars 1992 portant définition du contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
Circulaire du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents ;
Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale ;
Circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Textes complétés et modifiés :

Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents ;
Circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile ;
Instruction du 24 août 1981 portant sur la psychiatrie infanto-juvénile et les adolescents.

Texte abrogé :

Circulaire du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique.

ANNEXE TECHNIQUE

TITRE Ier

Problématique générale et principales orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

I. - LA POPULATION

La population des moins de vingt ans représente plus du quart de la population totale de la France (environ 15 millions de moins de vingt ans, soit 27 p. 100 de la population totale) dont 10 millions de moins de quinze ans (1).

(1) Source I.N.S.E.E. recensement de la population de 1990.

L'exploitation des rapports annuels de secteur de psychiatrie infanto-juvénile fait apparaître qu'en 1986, plus de 200 000 enfants et adolescents ont bénéficié de prestations dans le secteur public (près de 230 000, en 1988) ; également en 1986, une enquête nationale indique que 125 000 enfants et adolescents ont été suivis dans les centres médico-psychopédagogiques ; ainsi on constate qu'à cette période, ce sont plus de 300 000 enfants et adolescents qui ont eu recours au dispositif de santé mentale à titre préventif, diagnostic, ou curatif, sans compter les consultations et prises en charge effectuées dans le secteur libéral.

Les études mettent en évidence dans la population prise en charge dans le secteur public, une sur-représentation des enfants âgés de cinq à neuf ans et une sous-représentation des moins de cinq ans et des jeunes de quinze à dix-neuf ans (2) ; même en l'hypothèse d'une morbidité très différente dans ces deux dernières classes d'âge, une inadaptation de l'offre de soins pour répondre à leurs besoins de santé mentale est manifeste.

(2) En comparaison avec la répartition par âge des 0-19 ans en population générale.

II. - HISTORIQUE

1. L'individualisation d'un dispositif de santé mentale destiné spécifiquement aux enfants et adolescents

Au cours des dernières décennies sont apparus des renouvellements fondamentaux dans le champ de la clinique et de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Ce mouvement d'idées s'est concrétisé en France dans les institutions et l'organisation du dispositif.

En portant notamment un autre regard sur la déficience mentale et sur les établissements d'enfants, les praticiens ont soutenu la nécessité d'apporter à ces enfants des soins psychiatriques appropriés et de créer des services adaptés.

Dans ce courant de pensée se créent et se développent rapidement les centres médico-psycho-pédagogiques qui relèvent d'associations privées, tandis qu'apparaissent dans les premiers textes relatifs à la sectorisation psychiatrique, les germes de l'individualisation de la psychiatrie infanto-juvénile publique, en incitant à créer des services de neuropsychiatrie infantile. A l'initiative de certains psychiatres du secteur public ou associatif, des projets expérimentaux voient le jour, s'appuyant sur les principes suivants : la compréhension nouvelle des troubles et déficiences du jeune âge oblige à mettre l'accent sur la prévention et les moyens de cure ambulatoire qui permettent de maintenir l'enfant dans son milieu naturel ; la prise en charge doit être globale, en lien avec les autres spécialistes de l'enfance ; elle concerne dans le même mouvement l'enfant et son entourage.

Les circulaires ministérielles de 1972 et 1974, formalisent les objectifs exposés ci-dessus au moyen d'un dispositif de secteur différencié en faveur des enfants et adolescents, l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, et incitent à leur mise en place. Votre rôle a été déterminant pour élaborer et mettre en oeuvre dans chaque département cette nouvelle organisation de la psychiatrie, en concertation avec les conseils généraux et les établissements : c'est ainsi que près de 120 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont été créés au cours des années 1972 et 1973.

En application de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, le décret d'application du 14 mars 1986 consacre l'existence du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. On compte en 1992 : 301 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

La circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale confirme l'intérêt fonctionnel d'un dispositif consacré aux enfants et aux adolescents et souligne qu'il ne doit cependant pas conduire à un clivage entre psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile.

2. Le contexte actuel

2.1. Des données cliniques et sociologiques en évolution

D'une façon générale, la famille se modifie dans sa composition, ses aspirations et ses exigences. Un autre regard sur les droits de l'enfant est porté, comme en témoigne l'adoption de la convention internationale des droits de l'enfant par les Etats membres des Nations unies.

Des situations aiguës d'isolement et de rupture sociale apparaissent avec une plus grande fréquence et intensité.

Par ailleurs, il importe de tenir compte de nouveaux éclairages sur la santé mentale des enfants et adolescents:

- une approche clinique renouvelée par les découvertes sur les compétences du nourrisson et les interactions précoces avec l'entourage, et une meilleure connaissance de la psychopathologie qui sous-tend certains comportements de l'adolescent ;
- des modifications dans les tableaux cliniques (évolution des troubles graves largement modifiée par les soins plus précoces, polymorphisme de certains tableaux, nécessitant la mise en commun de plusieurs approches) ;
- l'identification de nouveaux problèmes de santé publique : par exemple, l'utilisation croissante et banalisée de psychotropes chez les très jeunes enfants, les formes diverses des conduites à risques des adolescents et jeunes adultes, les nouvelles toxicomanies, la fréquence des perturbations graves des conduites alimentaires ;
- l'expression au grand jour de certains problèmes : violences intra-familiales et maltraitance, dont les abus sexuels à l'égard des enfants sont un des aspects, d'importance encore mal connue ;
- l'apport conceptuel nouveau de PHN. Wood (1) qui permet de sortir des oppositions réductrices entre maladie et handicap et d'aborder dans toute sa complexité le problème du suivi au long cours de certains enfants et adolescents.

(1) Selon ces travaux, les phénomènes de santé se jouent simultanément sur plusieurs plans d'expérience : le plan du processus morbide est celui du diagnostic ; l'atteinte d'un organe ou d'une fonction définit le plan des déficiences ; la gêne qui en résulte pour l'individu, la limitation dans les activités quotidiennes correspondent au niveau de l'incapacité, le dernier plan étant celui du désavantage social, résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement ; les trois derniers plans sont les conséquences des maladies, base de la classification internationale des handicaps, et compléments descriptifs du premier plan, celui du diagnostic repéré par les classifications des maladies ; l'ensemble de cette démarche permet de restituer une vision plus synthétique de la maladie, des conséquences qui en résultent, et des interactions entre ces plans d'expérience.

2.2. L'évolution générale du dispositif

L'ensemble du dispositif de santé a connu une importante mutation du fait :

- de l'individualisation de domaines spécifiques en matière sanitaire, sociale et médico-sociale qui a parfois pu conduire à des clivages préjudiciables. Actuellement les travaux internationaux sur les concepts de maladie et handicap apportent des clarifications contribuant à dépasser ces oppositions, et l'évolution générale va dans le sens d'une meilleure utilisation des complémentarités.

Par ailleurs la place particulière qu'occupent les centres médico-psychopédagogiques dans le dispositif de soins ambulatoires destiné aux enfants et adolescents mérite d'être rappelée : régis par l'annexe XXXII du décret du 9 mars 1956, ils figurent parmi les établissements médico-éducatifs qui relèvent de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ; ils travaillent dans le champ de la santé mentale et accueillent un nombre important d'enfants et d'adolescents de zéro à vingt ans ; au nombre de 303, ils couvrent, avec leurs antennes, la presque totalité du territoire. Certains d'entre eux ont passé des conventions avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

- de la réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 et 1986. Dès 1987, une procédure d'analyse et d'estimation des besoins de santé restant à satisfaire en matière de santé mentale est lancée par un guide de planification en santé mentale ; c'est désormais un schéma régional de psychiatrie qui doit être établi conformément à la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière en cohérence avec l'ensemble du schéma régional, relatif aux autres disciplines et équipements.

- du transfert de compétences en matière d'action sanitaire et sociale résultant des lois de décentralisation de 1982 et 1983 (notamment en ce qui concerne la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, l'aide sociale à l'enfance et l'action sociale en faveur des personnes handicapées).

III. - ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

1. Problématique générale

La reconnaissance des besoins est particulièrement délicate en psychiatrie de l'enfant puisqu'elle s'exprime en général par le biais de son entourage ; il s'agit la plupart du temps de besoins objectivables, sous la forme de troubles d'intensité variée, apparus dans le domaine scolaire, relationnel, comportemental. Vous vous attacherez en premier lieu à répondre aux besoins patents, ainsi qu'exprimé dans la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Il s'y ajoute en psychiatrie infanto-juvénile un autre objectif : s'efforcer de mettre en évidence des besoins latents, qui ne sont pas toujours perçus par l'entourage, ni par les personnels de santé ; on peut rappeler à ce propos l'absence de repérage précoce de difficultés réelles de certains nourrissons, ou la banalisation de comportements à risques de certains adolescents. Vous apporterez une attention particulière et suscitez réflexion et action dans ce domaine dont l'enjeu est particulièrement important, puisqu'il vise au développement de la santé mentale, mais appelle une grande rigueur chez tous les intervenants pour apprécier leur juste place.

2. les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

Contribuer, pour ce qui est de son ressort, à une approche globale du développement des enfants et adolescents, qui suppose d'identifier les spécificités propres à chaque registre (somatique, psychique, éducatif, social) et leurs interactions.

Favoriser une perception des problèmes de santé mentale des enfants et adolescents, dans leur entourage familial mais

aussi dans le milieu social et scolaire.

Renforcer des actions particulières en prévention, mettant à contribution des ressources disponibles en dehors du champ propre de la psychiatrie.

Accroître la compétence des professionnels, pour :

- mieux identifier les problèmes de santé mentale des enfants et adolescents et leur mesure réelle;
- susciter des approches spécifiques.

Améliorer la qualité de l'accueil et définir des cadres d'intervention qui intègrent dans le travail thérapeutique avec l'enfant la prise en compte de ses besoins de développement dans les champs éducatif, scolaire et social.

Développer la collaboration avec les familles et notamment avec les parents et améliorer l'intégration des soins dans la vie quotidienne des enfants et des familles.

Rendre plus adéquates les conditions d'accueil, d'adaptation et d'insertion des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux durables et source d'incapacités, selon les définitions de l'OMS en la matière. Pour ceux-ci, il importe à la fois de reconnaître et traiter les processus morbides, dans le registre de la maladie, et aussi de reconnaître les limitations et les handicaps qui s'y relie afin d'affiner sur ce plan les mesures éducatives, pédagogiques et sociales requises.

Planifier l'offre de soins pour la mettre mieux en adéquation avec les besoins exprimés par la population.

TITRE II

Missions et organisation du service public de psychiatrie infanto-juvénile

La psychiatrie infanto-juvénile de service public est organisée en secteurs rattachés à de rares exceptions près, à des établissements de santé publics ou privés participant au service public ; au-delà du préalable d'un découpage géo-démographique, ce qui caractérise le secteur, c'est la mise à la disposition de la communauté, d'une équipe dont les objectifs sont autant préventifs que thérapeutiques. Chaque secteur se doit sinon d'assurer lui-même toutes les prestations nécessaires, du moins de fournir une évaluation et une orientation effective des demandes qui lui sont adressées. Ainsi la collaboration avec d'autres partenaires est-elle essentielle afin de prévoir les conditions d'utilisation des structures et services entre la psychiatrie infanto-juvénile publique et le domaine associatif.

I. - MISSIONS GENERALES ET OBLIGATIONS

Les missions et obligations du service public de psychiatrie précisées dans la circulaire d'orientation du 14 mars 1990 s'inscrivent désormais dans les missions définies par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Quelques indications méritent d'être données en complément sur les points suivants.

1. L'accessibilité et la mise à disposition d'une gamme diversifiée de services

Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale. En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins et services. Aussi, il importe que la pratique psychiatrique sache utiliser au mieux cette souplesse offerte par les textes, afin d'adapter ses réponses tant individuelles qu'institutionnelles, en sachant qu'il fait partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge.

Si dans le passé, la plupart des enfants accueillis en psychiatrie présentaient des pathologies complexes, parfois associées à des handicaps, désormais, et l'enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs publics de psychiatrie infanto-juvénile (1) le met en évidence, le service public reçoit des enfants et adolescents pour des motifs extrêmement variés, allant de simples variations de la normale à des troubles très graves. Signe d'une demande diversifiée et d'une

capacité à y répondre, cette évolution mérite d'être constamment poursuivie et encouragée.

(1) Source. Enquête du docteur Quemada, I.N.S.E.R.M. : enquête sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1988.

Cependant il ressort actuellement que des problèmes particuliers se posent dans l'abord de certains enfants souffrant d'autisme et d'autres formes de psychose infantile ; je vous rappelle que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont vocation à prendre en charge ces enfants et adolescents : il s'agit de permettre un diagnostic le plus précoce possible tel qu'il s'est développé ces dernières années, notamment du fait de la collaboration avec les pédiatres, de mettre en oeuvre précocement des thérapeutiques appropriés, ainsi que les mesures d'accompagnement nécessaires sur le plan éducatif et pédagogique, et de préparer à l'adolescence le suivi vers des structures diversifiées. A toutes ces étapes une attention particulière devra être portée à la participation des familles.

Enfin, renforcer les actions en direction des publics très défavorisés, en situation de précarité, est une nécessité immédiate ; il s'agit là en particulier d'apporter un concours actif à des initiatives pluripartenariales, dans des prises en charge globales intéressant l'enfant ou l'adolescent en difficulté ainsi que son entourage (y compris au sein du dispositif social, centres d'hébergement et de réinsertion sociale par exemple).

2. La prévention

Elle doit être constamment renforcée dans la pratique des équipes, par des actions directes ou médiatisées en direction des professionnels comme de la collectivité. Il s'agit d'intégrer dans l'étude de certaines situations, questions ou réflexions, un axe d'analyse se référant à la santé mentale.

Le travail de liaison et de partenariat dans la communauté, qui fait partie intégrante du fonctionnement de chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile, est un moyen privilégié de développer au quotidien la prévention, notamment avec les interlocuteurs habituels (école : enseignants, santé scolaire, associations de parents d'élèves, maternités et services de pédiatrie, pédiatres, institutions et services médico-sociaux, services sociaux dont notamment pouponnières, centres maternels, etc.).

Les missions de conseil et de participation à la formation initiale ou continue des professionnels de santé et des travailleurs sociaux contribuent de façon déterminante aux actions de prévention : elles sont l'occasion d'une part d'apporter des connaissances et un éclairage particulier à certains problèmes de santé, d'autre part de créer des relations interpersonnelles, essentielles pour identifier les compétences propres de chacun et savoir y faire appel.

Il est souhaitable enfin d'inciter les équipes de psychiatrie à mieux utiliser l'ensemble des ressources existant en matière de prévention et de promotion de la santé mentale ; à cet égard, il importe de leur faire mieux connaître la politique de promotion régionalisée de la santé mise en place depuis 1982 et notamment les crédits régionalisés de prévention, et ce afin de susciter des actions qui prennent appui sur des dispositifs se situant hors du champ de la psychiatrie, favorisant ainsi les échanges et le décloisonnement.

3. La formation des personnels

La circulaire du 14 mars 1990 incite à promouvoir le développement de la formation continue des personnels ; à plusieurs reprises il sera indiqué dans la présente circulaire la nécessité de développer des connaissances, des techniques et modes d'approche spécialisés. Il paraît essentiel de favoriser des actions de formation qui concernent simultanément plusieurs membres d'une même équipe, en rapport avec l'élaboration de projets de soins précis. Dans ce but il peut être utile de prendre appui sur les expériences déjà en place par des déplacements ponctuels des personnels intéressés auprès de ces structures.

4. La recherche

La recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit être poursuivie et développée, dans toutes ses formes, épidémiologique, clinique, ou thérapeutique en s'aidant des compétences du département d'information médicale, s'il existe ; l'exploitation des fiches par patient constitue pour chaque secteur un instrument de connaissance minimum.

Certaines équipes de psychiatrie ont réalisé des formules particulières de recherche notamment de type recherche-action : processus dynamique basé sur une collaboration avec des chercheurs, la recherche-action conduit à l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une action ou d'un ensemble d'actions ; ce type de recherche pragmatique, producteur de nouvelles connaissances a des répercussions notables dans les pratiques et plus généralement en prévention.

Ainsi des possibilités à explorer s'offrent - elles dans les champs conjoints de la recherche et de la prévention.

Par ailleurs, il convient d'encourager le développement d'études multicentriques évitant la multiplication d'études trop dispersées qui peuvent de ce fait présenter des biais de recrutement importants.

II. - MIEUX DEFINIR LE FONCTIONNEMENT DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE. - FAVORISER LEUR ADAPTATION

De l'analyse du travail des secteurs, il ressort que l'essentiel des soins et interventions est effectué sur un mode ambulatoire, soit dans les structures spécialisées du secteur, soit par des consultations et contacts dans d'autres lieux (en 1988, 230 000 enfants et adolescents ont bénéficié de prestations dans le secteur public, parmi lesquels seulement 3 p. 100 ont fait l'objet d'un accueil à temps plein).

En complément de la circulaire d'orientation générale vous trouverez des précisions portant sur :

- les soins ambulatoires ; l'hospitalisation à temps partiel est intégrée dans la rubrique 'soins ambulatoires en structure spécialisée' ;
- les soins à temps complet ; la question des séjours thérapeutiques est évoquée dans ce paragraphe ;
- l'accueil familial thérapeutique.

Il s'agit d'une part d'aider à préciser le contenu de ces activités en rappelant leurs principes de fonctionnement, leur vocation, les évolutions en cours ou à prévoir, d'autre part d'insister sur les aspects essentiels à mettre en oeuvre pour conduire leur adaptation.

1. Les soins ambulatoires

1.1. Les soins et interventions ambulatoires en structure spécialisée

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit disposer d'un minimum de moyens propres ou éventuellement intersectoriels pour assurer des prestations individuelles ou de groupe, selon des modalités diversifiées, tant par l'encadrement en personnel que par la durée.

En préalable à toute action, il importe de réaffirmer l'identité de chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile, qui doit pour cela disposer de moyens propres : une équipe pluri-disciplinaire, et des locaux spécifiques et adaptés à la population accueillie. Il reste encore des secteurs mal équipés qu'il convient d'aider à s'affirmer. Vous vous attacherez le cas échéant à résoudre cette question prioritairement. S'agissant du personnel, il est évident que la prise en charge d'un enfant ne se réduit pas au temps de présence de l'enfant, quelle que soit la modalité de soin mise en place : elle comporte le temps d'élaboration de l'acte et de synthèse, le travail avec les parents ou les professionnels concernés le cas échéant ; les besoins en personnel sont appréciés en tenant compte de cette nécessité, des particularités liées au travail de liaison, de partenariat et plus largement au travail de prévention.

Par ailleurs, l'évolution de la pratique en psychiatrie infanto-juvénile fait apparaître :

- une grande polyvalence des lieux : en effet dans certains cas les mêmes locaux peuvent sans inconvénient servir successivement ou simultanément à différentes activités (par exemple centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et hôpital de jour, ou centre médico- psychologique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ;
- des rapprochements qualitatifs entre les diverses modalités de soins ; ainsi, il peut être difficile de distinguer un hôpital de jour utilisé de façon discontinue (mi-temps ou certains jours de la semaine) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et certains groupes thérapeutiques réguliers dans le cadre du centre médico-psychologique.

Néanmoins s'il est souhaitable d'adapter au cas par cas l'utilisation des structures, il importe d'identifier des activités pour mieux cerner les besoins, les indications thérapeutiques, l'offre de soins et les services rendus, et pour recueillir des

données homogènes et exploitables, lors de la rédaction annuelle des rapports de secteur.

Vous trouverez ci-après certaines indications qualitatives sur les structures les plus usuelles qu'il convient d'aider à définir.

1.1.1. Le centre médico-psychologique (C.M.P.)

Le centre médico-psychologique occupe une place prépondérante, car assurant une double fonction : accueil du public mais aussi lieu d'élaboration et de coordination, au sein de l'équipe comme avec les partenaires extérieurs.

Il se doit d'être aisément accessible, par ses heures d'ouverture, sa localisation, et les modalités d'accueil, tout particulièrement lors de la première prise de contact ; il est essentiel de faciliter ainsi la démarche des parents, de l'enfant, de l'adolescent vers les structures du secteur. Dans ce but, l'implantation d'antennes dans des dispositifs polyvalents de prévention ou de soins destinés aux enfants ou aux adolescents mérite d'être favorisée lorsque c'est possible. Il importe enfin de rappeler que le respect du libre choix implique d'accueillir un patient qui n'est pas du secteur.

Les prestations offertes par le centre médico-psychologique doivent associer les compétences d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatre, psychologue, infirmier, éducateur, orthophoniste, psychomotricien, assistant de service social, secrétaire médicale, mais aussi pédagogue, animateur socio-culturel etc. ; la diversité des intervenants impose qu'ils travaillent d'une manière étroitement coordonnée et élaborent un projet qui s'inscrit dans le temps, est régulièrement évalué et réajusté.

Si l'équipe est garante de la cohérence du projet, ce dernier ne se conçoit que dans un dialogue constant avec la famille ; il s'agit pour les équipes de créer pour l'enfant un espace de confidentialité, tout en tenant compte du légitime désir d'information des parents et de la nécessité de les éclairer sur les difficultés de l'enfant et de leur apporter conseils et soutien ; une attention particulière doit être portée à l'examen des orientations, notamment en hôpital de jour, en hôpital à temps complet, ou dans un établissement médico-éducatif : il est de la responsabilité de l'équipe de proposer les structures adéquates à la famille et d'entamer des contacts préalables avec ces structures afin d'éclairer les choix des familles.

1.1.2. Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.)

Il offre, pour de petits groupes de patients, différentes activités, dans un cadre déterminé et régulier, le plus souvent au centre médico-psychologique ou dans une antenne, proche du domicile des familles ; il répond ainsi aux besoins de certains enfants auxquels il importe de permettre de vivre une expérience nouvelle par une action d'ordre institutionnel, comportant un temps de présence plus ou moins prolongé.

C'est une structure légère qui utilise des modes de fonctionnement très diversifiés : soins du soir, club thérapeutique du mercredi, ou séquences dans la journée ; cette formule souple offre désormais des possibilités de soins appropriés pour de nombreux enfants : modulable de façon à ne pas constituer des surcharges trop importantes dans l'emploi du temps des enfants, évitant de rompre la fréquentation de l'école, elle permet également de tenir compte des contraintes des familles.

Des accueils très diversifiés peuvent s'avérer utiles, en direction :

- des très jeunes enfants, accueillis avec un parent ou seuls ; encore rares, ces actions peuvent représenter un atout important comme possibilité d'observation approfondie et d'intervention précoce, selon des modalités d'une plus grande acceptabilité ;
- des adolescents : si peu d'expériences existent encore en la matière, il importe que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile puissent dans des projets, destinés à certains adolescents, utiliser des formes d'accueil innovantes, dont les C.A.T.T.P. peuvent être un élément.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire d'améliorer la couverture des besoins en matière de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, puisqu'en 1988, moins d'un tiers des secteurs en étaient pourvus ; j'insiste sur l'importance de votre rôle pour faciliter le développement de soins à temps partiel autres que l'hospitalisation de jour. En effet, il apparaît des difficultés importantes pour mettre en place, notamment dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à des établissements de santé non spécialisés en psychiatrie, des modalités de soins à temps partiel autres que les structures à tarification. Je vous demande de rappeler aux établissements que ces activités doivent être prévues dans le cadre du budget global, et qu'elles ne sauraient être l'objet d'une tarification à l'acte. L'utilisation de la fiche par patient permet désormais de mieux individualiser la part de la file active que représente l'accueil en C.A.T.T.P., et donc d'appréhender le travail réalisé. De plus avec le développement de C.A.T.T.P., l'on évite ainsi l'extension non justifiée de la

dénomination hôpital de jour.

1.1.3. L'hôpital de jour

Cette modalité de soins a considérablement évolué, elle présente désormais plus de souplesse pour les patients ; l'hôpital de jour assure des soins polyvalents et intensifs, mis en oeuvre par une équipe multidisciplinaire, en un lieu ouvert à la journée, mais selon une périodicité déterminée pour chaque patient, dans la journée comme dans la semaine ; l'utilisation de l'hôpital de jour répond à des indications cliniques précises, pour une pathologie nécessitant des soins à moyen ou long terme, ou parfois pour un séjour d'observation ; il doit s'articuler avec les lieux de vie habituels, milieu scolaire, équipement sociaux et culturels.

En 1988, les 4/5es des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposaient de places d'hôpital de jour ; il faut souligner que sur l'ensemble des secteurs, 15 p. 100 ne disposaient ni d'hôpital de jour ni de C.A.T.T.P. En effectif, la prise en charge en hôpital de jour représente moins de 6 p. 100 de la file active.

Je vous demande de favoriser la diversité des hôpitaux de jour, qui permet de répondre aux besoins de soins de groupes différents, tout en veillant à leur complémentarité avec le dispositif psychiatrique associatif existant. Selon les cas il peut être souhaitable d'établir une coordination plurisectorielle, de telle manière que ces équipements soient à la disposition de quelques secteurs pour proposer à leurs patients la structure la mieux adaptée à leurs problèmes.

Ce qui suit concerne les hôpitaux de jours rattachés à des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, mais au plan technique on observe de nombreux points de convergence avec le fonctionnement des hôpitaux de jour ne participant pas à la sectorisation.

Implantation et locaux. Pour un certain nombre d'hôpitaux de jour déjà installés, des contraintes d'implantation ou de locaux ne peuvent dans l'immédiat être dépassées, mais elles doivent être l'objet d'un réexamen afin d'apporter progressivement des améliorations ; à l'avenir parmi les critères d'implantation à étudier figurent :

- la facilité d'accès par les transports collectifs ;
- l'insertion dans un milieu de vie offrant des possibilités de scolarité, mais aussi d'activités de loisirs, culturelles ou sportives, et pour les plus âgés de préparation à l'insertion dans le monde du travail.

Chaque hôpital de jour doit disposer de locaux adaptés ; il convient d'insister sur les importantes contraintes qui apparaissent dès lors que des conditions d'insonorisation et d'espace minimum ne sont pas satisfaites ; une étude attentive de l'utilisation des locaux disponibles est indissociable de la conception du projet de soins ; selon les besoins sont aménagés : des lieux pour l'accueil et le temps libre, pour des groupes de vie ou d'activités, pour la scolarité, etc. Il importe ainsi de marquer une différenciation des lieux selon leur attribution tout en conservant une certaine souplesse permettant de modifier leur utilisation. Enfin, il faut souligner que l'organisation des transports des enfants mérite une étude attentive car elle doit s'inscrire dans le projet thérapeutique et implique que soient déterminés les moyens nécessaires tant en personnel qu'au plan financier.

Fonctionnement. - Une hospitalisation de jour nécessite une préparation soigneuse, pour s'inscrire dans une continuité d'action. La pluralité du personnel et la diversité des rôles des soignants instaurent un tissu relationnel thérapeutique ; la qualité, la cohérence de l'équipe sont des conditions nécessaires pour développer ces projets de soins inscrits dans la durée, qui nécessitent une grande vigilance afin de rester des projets dynamiques tant pour l'enfant que pour sa famille, et référés constamment au milieu de vie habituel de l'enfant, évitant de l'en désinsérer. A cet égard, il convient de rappeler que la prise en compte des besoins de l'enfant au plan pédagogique, scolaire et social fait partie du projet de soins ; l'équipe apprécie les modalités et supports à mettre en oeuvre, directement au sein de l'institution ou dans un milieu scolaire habituel ou spécialisé, et en lien avec les familles. Cette appréciation s'effectue avec les enseignants, exerçant sur place le cas échéant.

En raison de ces échanges avec les familles et des activités à soutenir ou mettre en place à l'extérieur, il faut souligner que l'accueil d'enfants à temps partiel démultiplie d'autant le travail des équipes de soins.

Articulation des prises en charge et des relais. Il convient de rappeler que la prise en charge en hôpital de jour n'est pas exclusive, d'autres formes de prise en charge complémentaires appréciées par l'équipe soignante ; ainsi l'utilisation de formules d'hôpital de jour à temps partiel peut-elle être associée simultanément ou en alternance à d'autres formes de soins ambulatoires, à domicile ou au C.M.P., mais aussi à des formules d'accueil familial thérapeutique (y compris des formules souples, pour des temps partiels durant la journée et séquentiels, par exemple) ; s'agissant de prises en charge complémentaires avec le secteur médico-social, elles peuvent être une modalité de prise en charge particulièrement

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-70-du-11-decembre-1992-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sant-e-mentale-en-faveur-des-enfants-et-adolescents/>

intéressante et seront argumentées auprès du médecin-conseil de la sécurité sociale.

Enfin, j'attache une grande importance à ce que les autres besoins dans la vie quotidienne de ces enfants et de leur famille soient pris en considération, notamment en ce qui concerne l'articulation avec des relais en dehors des périodes de soins à l'hôpital de jour, ainsi que le cas échéant en dehors des périodes de fréquentation d'un établissement scolaire ; s'agissant d'enfants souffrant de pathologies lourdes, ces relais sociaux sont particulièrement difficiles à trouver. Je vous demande d'aborder cette question avec les partenaires concernés au premier chef, notamment les associations, les caisses d'allocations familiales, les collectivités territoriales ; en effet, si au plan technique les secteurs de psychiatrie peuvent apporter leur contribution, l'ensemble des problèmes n'est pas de leur ressort et doit être traité sur un mode plus global.

1.2. Les soins et interventions hors des structures spécialisées

Il s'agit là de l'appui technique apporté par l'équipe psychiatrique en dehors des structures propres du secteur pour :

- rendre plus accessible le dispositif de santé mentale ;
- travailler à la qualité du réseau non spécifique dans les lieux de l'enfance et de l'adolescence.

Des formules diverses sont utilisées directement ou non auprès des enfants et de leur entourage, auprès de professionnels mais aussi auprès de personnes servant de relais. Lorsque plusieurs partenaires sont impliqués dans la prise en charge d'un patient, le travail pluridisciplinaire, les échanges et la confrontation sont des temps indispensables aux équipes, pour préciser les indications, l'aide à apporter, la place de chaque partenaire et l'évolution.

Au-delà des effets attendus de ces collaborations ou du travail de liaison effectué à propos d'une prise en charge, d'autres objectifs sont poursuivis, qui se situent dans le moyen ou long terme :

- faciliter la précocité des interventions spécialisées, lorsqu'elles sont utiles : la connaissance mutuelle des professionnels est l'un des éléments qui rendent moins difficile l'accès de parents à des interventions en santé mentale ;
- développer des approches qui intègrent mieux des préoccupations de santé mentale par des interventions institutionnelles au sein d'autres services ou la participation à des programmes de prévention.

Dans tous les cas, il s'agit là de proposer des prestations là où des manques apparaissent dans un esprit de coordination et de complémentarité ; cette mission d'intervention des équipes de secteur dans la communauté a pour objet de répondre à des besoins insatisfaits et non de se substituer à d'autres intervenants (non professionnels et professionnels, qu'ils soient ou non spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile).

1.2.1. Les visites à domicile

Elles occupent une place privilégiée pour proposer aux familles une occasion de rencontre, de connaissance, ou un travail personnalisé ; selon le projet elles sont associées ou non à d'autres modalités de soins ; leur utilisation auprès de certains groupes s'est particulièrement développée : nourrissons et leur famille (cf., paragraphe III.1, ci-dessous), familles à problèmes multiples (sociaux, psychopathologiques, somatiques), qui nécessitent une étroite coopération avec les services sociaux et de P.M.I.

1.2.2. Le travail de liaison à l'hôpital général

Il importe de créer et développer le travail conjoint entre les équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les services de pédiatrie, de néonatalogie, de maternité, d'urgences, tout en sachant qu'un certain nombre de ces services somatiques se sont déjà dotés de personnels spécialisés en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ; dans ce cas, il est essentiel d'articuler les actions, et d'utiliser au mieux les ressources et les compétences propres.

1.2.3. Le partenariat avec le milieu scolaire

Il doit être poursuivi et développé selon des formes de collaboration réciproque.

Aujourd'hui la plupart des enfants ou adolescents suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile suivent une scolarité ordinaire ; des actions particulières peuvent s'avérer indispensables afin de poursuivre l'insertion scolaire de certains enfants ou de la réaliser dans des conditions satisfaisantes, en lien étroit avec les familles. Ces actions conjointes thérapeutiques et pédagogiques appellent une collaboration entre école et équipe de santé mentale sous une forme [http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-70-du-11-decembre-1992-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sant e-mentale-en-faveur-des-enfants-et-adolescents/](http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-70-du-11-decembre-1992-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sant-e-mentale-en-faveur-des-enfants-et-adolescents/)

souple, à déterminer au cas par cas. D'autres modalités de travail en commun peuvent être développées à la demande, notamment, des services de santé scolaire, pour des actions de prévention.

Parfois pour certains enfants il est intéressant d'utiliser les ressources de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, et des circulaires conjointes du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'éducation nationale relatives à la mise en oeuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés (circulaires sur l'intégration du 29 janvier 1982 et du 29 janvier 1983, puis du 6 septembre 1991 relative à l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés). Il faut souligner à cet égard le rôle que doivent jouer les psychiatres dans les commissions de circonscription de l'enseignement préscolaire et élémentaire et les commissions de circonscription du second degré qui permettent des échanges au plus près du terrain avant d'orienter certains enfants dans les dispositifs de l'éducation spéciale.

1.2.4. La collaboration avec les services du département : protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, aide sociale

L'intérêt d'une articulation avec les services de P.M.I. n'est plus à démontrer dans une perspective de prévention et reste une priorité, selon des modalités à définir sur le terrain, mais aussi en concertation entre les services de la D.D.A.S.S. et les services concernés du conseil général.

Une place particulière doit être faite au problème des mauvais traitements et des abus sexuels, qui nécessite dans tous les cas un travail interdisciplinaire et interinstitutionnel ; à ce titre, il serait nécessaire que dans chaque département un certain nombre de professionnels des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile puissent être des référents, personnes ressources dont ont besoin les travailleurs sociaux ou autres professionnels directement impliqués dans les actions de terrain. La loi du 10 juillet 1989 demande au président du conseil général d'organiser dans son département la concertation pour mettre en place un dispositif départemental de recueil des signalements. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile devront y être associés.

1.2.5. Les relations avec les services de la justice

Il convient d'organiser ces relations avec un soin particulier : en effet, si en nombre peu de jeunes sont concernés à ce titre, ces prises en charge peuvent être délicates à réaliser conjointement, s'agissant souvent de situations complexes, et qui mettent les équipes en difficulté. De plus une réflexion s'impose sur les questions d'accueil en urgence, pour déterminer les nécessités d'hébergement médicalisé psychiatrique et pour les mettre en oeuvre. La participation des services de justice au groupe de concertation émanant du conseil départemental de santé mentale est à prévoir pour étudier ces questions.

1.2.6. Les autres interlocuteurs

Au cas par cas, et selon la situation locale, nombreux sont les interlocuteurs naturels des équipes des secteurs : centres d'action médico-sociale précoce (C.A.M.S.P.), C.M.P.P., pouponnières sanitaires, secteurs de psychiatrie générale, etc. Aussi dans la mesure du possible des priorités doivent-elles être déterminées ; une concertation sur ces questions est nécessaire en groupe de travail du conseil départemental de santé mentale, pour rechercher et utiliser au mieux toutes les compétences du dispositif spécialisé.

J'attire néanmoins votre attention sur la coordination à établir entre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et secteurs de psychiatrie générale, pour évoquer notamment le problème des enfants dont les parents souffrent de troubles mentaux graves.

2. Les soins à temps complet

2.1. L'hospitalisation à temps complet et ses différentes modalités

La pratique de l'hospitalisation à temps plein s'est à la fois réduite et diversifiée et ne répond plus aujourd'hui à la notion obsolète de 'placement'.

Aussi les soins à temps complet ne devraient pas être une indication par défaut, mais s'inscrire dans un projet thérapeutique précis.

D'une façon générale il s'agit d'instaurer un traitement plus intensif et d'utiliser l'effet de séparation qu'implique celui-ci, pour l'enfant ou l'adolescent comme pour la famille.

En dehors de l'hospitalisation en situation d'urgence, un temps de préparation avant l'admission est indispensable, qu'il s'agisse d'un séjour de durée brève, ou d'une hospitalisation au long cours. Pour cette dernière, le travail thérapeutique avec l'enfant intègre la prise en compte de ses besoins de développement dans le champ éducatif, scolaire et social ; dans cette perspective, sont déterminées les modalités de la collaboration des soignants avec les parents et la communauté, et reconnue la place de chacun.

L'exploitation des rapports de secteur estime à environ 5 800 le nombre des enfants accueillis en hospitalisation temps plein en 1988, soit 3 p. 100 des enfants suivis (1).

(1) L'enquête précitée sur la population accueillie dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (docteur Quemada) fait ressortir pour le groupe des enfants hospitalisés des particularités concernant l'âge et les catégories diagnostiques ; à la date du 30 mai 1988, sur un effectif de 2 653 jeunes hospitalisés à temps plein, trois diagnostics portés selon la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent représentent 86 p. 100 de l'ensemble : les psychoses (47 p. 100), les déficiences mentales (21 p. 100), et les pathologies de la personnalité (18 p. 100).

Enfin il convient de rappeler les grandes disparités existant entre secteurs puisque 54 p. 100 des secteurs disposent de lits d'hospitalisation complète (avec en moyenne 25 lits environ) ; 21 p. 100 des secteurs disposent d'accueil familial thérapeutique et 35 p. 100 ne disposent ni de lits d'hospitalisation à temps complet ni de placement familial thérapeutique. Les autres modalités de prise en charge sont minimales (3 p. 100 des secteurs ont un centre de crise ou de postcure).

2.1.1. L'analyse des besoins de soins à temps complet : doit distinguer les soins de durée brève, en urgence ou pour des traitements de courte durée, les soins à moyen ou long cours.

L'analyse des besoins doit être effectuée au plan régional, en tenant compte des seuils à respecter en matière d'équipement à temps complet précisés dans l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.

Des carences ont été soulignées ces dernières années quant aux possibilités du secteur public de répondre à des situations parfois dramatiques qui nécessitaient le recours à l'hospitalisation. Il s'est agi parfois d'adolescents en situation de crise, ou encore d'enfants suivis dans des établissements spécialisés relevant de l'annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 modifié, pour lesquels un temps d'hospitalisation en milieu psychiatrique s'avérait nécessaire, sur un mode de relais.

2.1.2. Les modalités de réponse font appel tant à des équipements précis qu'à de nouvelles formes d'utilisation de ces structures et services déjà existants :

Développement de formule variées d'hospitalisation adaptant la forme usuelle aux nécessités thérapeutiques :

- accueil continu ;
- aménagement de formules de semaine ou de fin de semaine par exemple (pouvant s'articuler avec des formules d'accueil à temps partiel) ;
- lits d'urgence ;

Utilisation de lits de pédiatrie à l'hôpital général, selon un mode conventionnel définissant les obligations réciproques, etc. ;

Réalisation de centres de soins à vocation spécifique : appartements thérapeutiques, etc. ;

Votre action doit tendre à diversifier le dispositif de soins pour répondre à ces besoins de soins de nature différente ; vous veillerez à la particularité et à la technicité des projets thérapeutiques, ainsi qu'à leur complémentarité et leur articulation, y compris avec les autres dispositifs sanitaires. Je vous rappelle par ailleurs la nécessité d'assurer la continuité de l'accueil offert par le service public selon les formules que vous jugerez les plus adéquates, en associant les ressources possibles.

2.1.3. L'évolution des services d'hospitalisation à temps plein :

Il est essentiel de tout mettre en oeuvre pour s'assurer de la dynamique des projets de soins ; introduire autant que faire http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-70-du-11-decembre-1992-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sant-e-mentale-en-faveur-des-enfants-et-adolescents/

se peut des souplesses administratives dans la vie quotidienne est un élément ; faciliter l'évolution des pratiques ou le cas échéant susciter la sensibilisation des équipes soignantes à cette question doit être un objectif constant dans le souci partagé d'améliorer la qualité des soins. Dans ce but, doivent être renforcées :

- la formation permanente : il est désormais habituel d'utiliser de multiples approches, en fonction d'une compréhension de l'évolution du psychisme de l'enfant ; si l'affinement du travail relationnel est toujours une nécessité, il est également important de développer des connaissances sur des techniques et instruments diversifiés n'excluant pas le champ éducatif. Ces apports peuvent enrichir les pratiques en permettant à chacun des membres de l'équipe d'avoir ses outils appropriés, qui favorisent son apport au processus thérapeutique ;
- les recherches évaluatives : elles sont l'occasion pour les équipes de mieux connaître leurs pratiques ; il leur appartient d'imaginer et de mettre en place des protocoles de suivi évaluatif pour mieux ajuster la thérapeutique ou parfois éviter la poursuite de traitements routiniers d'efficacité discutable.

2.2. Les séjours thérapeutiques

Il s'agit là du déplacement d'une équipe de soins et des patients qu'elle prend en charge, pour leur offrir dans un milieu inhabituel des expériences nouvelles

; dès lors que ces séjours s'inscrivent dans la continuité d'un projet de soins et que toute disposition est prise pour en assurer une organisation satisfaisante, il n'y a pas lieu de faire obstacle au déroulement de tels séjours ; le plus souvent ces séjours sont destinés à des enfants ou adolescents hospitalisés à temps complet ou à temps partiel ; cependant, en raison de l'évolution des pratiques et des nouveaux besoins qui se font jour, il paraît souhaitable que cette formule puisse concerner tout jeune de la file active quel que soit le lieu du premier contact, incluant les consultations au centre médico-psychologique.

Il n'existe actuellement aucune réglementation en la matière ; une note conjointe des ministères chargés de la santé, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports en date du 18 décembre 1980 donne des instructions relatives aux transferts temporaires des enfants et adolescents handicapés et inadaptés ; elle peut servir de référence, en ce qui concerne la procédure administrative à prévoir.

Le dossier constitué comporte :

- des indications relatives aux locaux d'accueil : conformité aux normes de sécurité et adaptation à la nature des activités mises en oeuvre et le cas échéant aux besoins particuliers des enfants transférés ;
- la description des conditions de transfert, notamment de l'encadrement envisagé ;
- le projet thérapeutique qui argumente la demande.

Il est également prévu que les accords nécessaires soient recueillis d'une part auprès de la caisse régionale d'assurance maladie, d'autre part auprès des préfets du département d'origine et du département d'accueil, en liaison avec les D.D.A.S.S.

3. L'accueil familial thérapeutique

Le placement familial est une pratique ancienne dont l'objectif traditionnel était de faire assurer l'éducation d'un enfant par une famille différente de sa famille naturelle considérée comme défaillante. L'expérience a montré la complexité de ce type d'accueil, ses difficultés et risques, la nécessité de prendre en compte un certain nombre d'exigences.

En psychiatrie infanto-juvénile le placement d'enfants s'est développé comme alternative à des hospitalisations au long cours et désormais, selon les nouvelles dispositions législatives et réglementaires, il constitue une modalité de soins à part entière, l'accueil familial thérapeutique (arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique).

Aujourd'hui, l'accueil familial thérapeutique se diversifie dans ses indications, ses modalités, en utilisant les possibilités d'alternance entre la famille naturelle et la famille d'accueil qui apportent un étayage nouveau au processus thérapeutique déjà engagé. En effet, afin d'ajuster le projet thérapeutique aux besoins propres de l'enfant, des formules d'accueil à temps partiel et/ou séquentiel sont possibles, se conjuguant éventuellement à d'autres prestations.

De nouvelles dispositions législatives et réglementaires sont intervenues et notamment la loi du 12 juillet 1992 relative aux assistants et assistantes maternelles qui a réformé la procédure d'agrément, explicité les notions d'accueil permanent continu ou intermittent et prévu la formation des assistantes maternelles ; celle-ci sera dispensée en référence à la pratique professionnelle ; il est en effet essentiel que les thèmes abordés partent de l'expérience personnelle des accueillants pour élargir et approfondir les connaissances.

Au demeurant le soutien permanent apporté à la famille d'accueil par l'équipe soignante est un paramètre inhérent à la fonction thérapeutique de ce mode d'accueil, à distinguer de la formation elle-même.

Autre fonction de l'équipe soignante, l'accompagnement thérapeutique de l'enfant et de ses parents ; si l'accueil familial thérapeutique s'appuie sur le fait que l'enfant est accueilli dans une famille nouvelle, il ne s'agit en aucune façon de remplacer une famille par une autre, et il importe d'aider chacun à comprendre sa place.

Selon les opportunités, les besoins définis localement et les projets, l'organisation du service d'accueil pourra être une structure intersectorielle ou au contraire émaner d'un secteur, le suivi étant assuré par certains membres de l'équipe plus spécifiquement désignés et formés au sein de celle-ci.

III. - DEVELOPPER DE NOUVELLES APPROCHES

La pratique nécessite constamment des ajustements des instruments techniques aux progrès réalisés dans l'approche clinique de l'enfant et de son environnement.

Ces dernières années, de nouvelles connaissances ont été particulièrement développées à propos de deux populations isolées comme telles : le groupe des nourrissons et jeunes enfants et le groupe des adolescents. Pour que les secteurs prennent efficacement en considération les problèmes de santé mentale de ces groupes particuliers, il est indispensable de définir des temps réguliers d'intervention spécialisée avec des personnels particulièrement qualifiés et qui acquièrent une expérience durable ; des indications sont données ci-après pour expliciter ces nouvelles approches possibles.

1. En faveur des nourrissons et très jeunes enfants

La reconnaissance encore récente des compétences du nouveau-né, la diffusion des données recueillies à partir de l'observation des bébés ont contribué à élaborer une clinique du premier âge ; ces travaux montrent combien les points d'appel ne peuvent être reconnus que par des analyses fines de la sémiologie interactive et qu'une formation particulière est nécessaire pour :

- identifier les manifestations les plus précoces en faisant la part de ce qui n'est que variation de la normale, labile et transitoire de ce qui prend l'aspect de troubles susceptibles de s'organiser ; aussi l'observation du bébé, élément important du diagnostic doit-elle être réalisée ;
- évaluer l'approche la plus bénéfique pour l'enfant lui-même, sa mère et la famille envisagée dans son ensemble.

La perception de difficultés, leur reconnaissance sont des moments clés pour instaurer une aide acceptée par les familles. C'est seulement à partir du dialogue entre les familles et es intervenants formés à la compréhension de l'action préventive qu'une intervention adaptée peut être proposée. Une approche qui prenne en compte les difficultés dans leur ensemble, au plus près de leur vie quotidienne est indispensable pour que s'établisse une relation de confiance avec les parents de nourrissons ou de très jeunes enfants.

1.1. De façon privilégiée, les modalités d'action en direction de ce groupe de population s'appuient sur les relations nouées avec les intervenants de la petite enfance, dans le champ sanitaire (P.M.I. généralistes et pédiatres, services de maternité ou de néonatalogie), médico-social (C.A.M.S.P.), social (travailleurs sociaux, centres maternels), lieux d'accueil (crèches, halte-garderies, assistantes maternelles, pouponnières).

1.2. Des formules expérimentales utilisant, en accord avec les familles, les visites à domicile de façon intense font apparaître des évolutions favorables, y compris dans des situations cliniques graves ; ces interventions à domicile se situent dans le cadre d'actions très précoces visant à prévenir les altérations du développement psycho-affectif de l'enfant et à soulager tant l'enfant que sa famille ; il peut s'agir d'interventions brèves, en situation de crise, ou de suivi à plus long terme, accompagnement, guidance ou véritables programmes de soins intensifs à domicile, associant diverses prestations ; ils nécessitent alors des moyens en personnel importants, pour tenir compte des temps de présence auprès de l'enfant et sa famille mais aussi du travail d'élaboration indispensable à la compréhension de la situation, à l'ajustement du projet, le cas échéant en commun avec d'autres professionnels.

1.3. Des formules de soins et d'accueil à temps partiel en C.A.T.T.P. pouvant selon les besoins accueillir conjointement le jeune enfant et sa mère sont aussi utilisées, seules ou associées à d'autres modes de soins (cf. supra).

1.4. D'autres expériences se déroulent actuellement ; dans certains cas, il apparaît comme une nécessité d'apporter sans attendre à l'enfant les facteurs indispensables à son développement, et de proposer à l'enfant et à sa mère une période d'accompagnement et d'observation dans un lieu thérapeutique. Aussi des moyens d'hospitalisation conjointe du très

jeune enfant avec sa mère peuvent être utiles, à temps complet ou à temps partiel, qui permettent de faire varier les temps de rapprochement de la mère et de l'enfant dans des conditions bien contrôlées. Quelques unités encore expérimentales ont été créées ces dernières années ; il importe d'apprécier très précisément les besoins en la matière, nécessairement limités et à vocation intersectorielle ; de plus, parmi les conditions indispensables à la réalisation de tels services doivent être pris en compte :

- la nécessité de concilier le caractère intersectoriel de ce type de structure avec l'exigence de liaisons indispensables à la continuité du projet de soins et ce pendant toutes les phases : préparation, séjour, suivi ultérieur ;
- l'effort particulier à porter dans la conception du projet pour allier les nécessités thérapeutiques et un environnement accueillant proche d'un rythme familial et non selon un modèle hospitalier classique ;
- des bilans réguliers de l'activité de ces unités qui ont un caractère encore expérimental.

2. En faveur des adolescents

Au cours de ces dernières années, des équipes expérimentées se sont accordées pour identifier les caractéristiques de la psychopathologie de l'adolescent et certaines des conduites qui apparaissent comme propres à cette période, pouvant se manifester bruyamment ou plus subtilement par des problèmes somatiques ou scolaires ; pour ces états l'évaluation est capitale, et nécessite une formation approfondie sur ces problèmes diagnostiques et pronostiques.

Par ailleurs, il faut rappeler que la consommation de soins de ce groupe d'âge est faible et ne permet pas d'avoir une connaissance exacte de leur état de santé. Il est vrai que le fonctionnement des structures de prévention et de soins est souvent peu adapté à eux. De plus, en psychiatrie, le secteur public (infanto-juvénile ou général) offre peu de lieux d'accueils spécifiquement destinés aux adolescents et jeunes adultes.

2.1. La formation des professionnels constitue une priorité

Il importe, pour mieux connaître les besoins de santé mentale des adolescents et favoriser leur expression, de susciter une approche spécifique de la part des professionnels, à même d'induire des modifications dans les pratiques : une grande disponibilité et des méthodes de travail innovantes conditionnent la rencontre avec les adolescents et jeunes adultes, et leur accès au dispositif de santé. A l'apport de connaissances psycho- pathologiques, diverses approches peuvent s'adjoindre parmi lesquelles une place doit être réservée à l'analyse des situations sociales et de leurs répercussions.

La question de la formation doit être abordée au sein de chaque établissement et aussi être inscrite à l'ordre du jour du conseil départemental de santé mentale ; en effet ; il y a tout intérêt pour ces formations à réaliser des modules communs pour partie avec d'autres professionnels venant d'horizons diversifiés : santé (généralistes, pédiatres, libéraux ou hospitaliers, services de la DDASS chargés des actions de santé à l'intention des jeunes, des visites médicales en faveur des jeunes en crédit formation individualisée, de l'action sociale en direction des jeunes en difficulté), éducation nationale (santé scolaire), justice (service départemental de la protection judiciaire), aide sociale à l'enfance.

2.2. Le travail de liaison et de partenariat des équipes de secteur psychiatrique doit être poursuivi et développé

Dans les lieux mêmes où vivent les jeunes : il s'agit là d'apporter une présence et une aide technique auprès des professionnels, prioritairement dans les lieux où se trouvent des jeunes en difficulté. Ce type d'approche peut avoir des effets positifs sur la prévention de certaines situations d'urgence. La santé scolaire reste un interlocuteur privilégié.

Dans les services d'accueil et de soins généraux qui reçoivent des adolescents et, lorsqu'elle existent, dans les unités d'hospitalisation spécifique ou structures de santé extra-hospitalières telles que prévues dans la circulaire du 16 mars 1988, relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Lorsque ces structures disposent des personnels de psychiatrie nécessaires, il importe cependant d'établir un travail de coordination ; dans d'autres situations les personnels des secteurs de psychiatrie apportent une participation directe, selon des modalités définies conjointement.

Dans tous les cas une attention particulière doit être portée au problème des adolescents suicidants, en premier lieu dans les services d'urgence, au moment de l'accueil, mais aussi par la suite pour proposer un suivi, dans des conditions d'acceptabilité, de faisabilité satisfaisantes ; les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile doivent apporter leur collaboration

aux équipes psychiatriques des urgences et déterminer avec elles l'aide à apporter et l'articulation à mettre en place, selon les recommandations de la circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Dans les structures d'accueil des jeunes en difficulté sociale : les besoins de santé mentale d'une partie de ces jeunes sont insuffisamment pris en compte actuellement ; s'il est utile d'inciter les équipes psychiatriques à se mettre à disposition de ces structures, il est indispensable de déterminer la place respective des professionnels de l'insertion et celle des professionnels de santé.

L'articulation avec les services éducatifs et judiciaires, avec les services sociaux de secteurs est particulièrement nécessaire dans l'étude des situations graves et complexes pour éviter des rejets successifs d'un dispositif à l'autre, et construire des projets à moyen terme, où chaque partenaire a sa juste place.

Le cas particulier des jeunes détenus doit être pris en compte afin que des contacts soient établis entre les équipes des services médico-psychologiques régionaux ou les psychiatres vacataires des établissements pénitentiaires et les équipes de psychiatrie infanto-juvénile en lien avec les secteurs de psychiatrie générale.

2.3. Les conditions d'un accueil spécifique des adolescents et jeunes adultes au sein du dispositif ambulatoire des secteurs psychiatriques doivent être créées lorsqu'elles n'existent pas. Dans ce but, il convient :

- d'organiser cet accueil dans les centres médico-psychologiques par des mesures simples : consultations réservées aux adolescents, accueil informel, utilisant des médiations variées, horaires adaptés. Des possibilités d'entretien anonyme de simple information avec des mineurs sont concevables;
- de poursuivre la mise en oeuvre de projets spécifiques en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ou hôpital de jour.

Dans ce cadre, la place et le rôle des bureaux d'aide psychologique universitaires doivent être étudiés avec soin lorsqu'ils existent, afin qu'ils soient moins isolés du reste du dispositif existant.

2.4. Les soins à temps complet

Il existe un déficit important de places pour accueillir les adolescents à temps complet, en urgence ou à moyen terme. Si l'on a pu relever les effets iatrogènes de certaines hospitalisations, notamment lorsqu'elles sont imposées par une carence en autres moyens, il est nécessaire parfois de disposer de structures d'observation qui permettent de mettre en oeuvre un projet thérapeutique défini au cas par cas.

En particulier, je vous demande d'accroître les possibilités d'accueil institutionnel en urgence, en les diversifiant :

- par l'utilisation contractuelle de lits de pédiatrie ou de médecine destinés aux adolescents ; cette formule est souvent adaptée pour l'accueil des adolescents suicidants ;
- par la création de lieux spécifiques d'hospitalisation psychiatrique d'urgence pour adolescents ; il convient d'insister sur le caractère nécessairement restreint de ce type d'équipement hautement spécialisé qui a une vocation plurisectorielle, voire régionale ;
- dans certains cas peut être envisagée la création de centres de crise offrant des possibilités d'accueil immédiat et de séjour de brève durée, favorables au traitement de certaines situations aiguës en lien étroit avec l'entourage.

Il est indispensable de vous rapprocher des services sociaux et des services de l'aide sociale à l'enfance afin d'apprécier la place respective des hébergements médicalisés et sociaux ; des formules innovantes en la matière pourront être encouragées.

Des possibilités de réaliser aussi des unités de soins permettant des temps d'hospitalisation plus longs sont également à prévoir ; ce mode de soins ne peut se concevoir isolément des autres ressources du secteur, et doit prendre en compte à part entière les questions de scolarité, d'apprentissage, d'orientation professionnelle ; il importe pour les équipes d'être très vigilantes afin que ces lieux de soins favorisent effectivement l'intégration et l'insertion, parfois la réinsertion des jeunes en difficulté. La préparation à l'entrée comme à la sortie sont des temps importants dans cette perspective. Des formules diversifiées sont possibles en particulier : appartement thérapeutique, hospitalisation de nuit, en première intention ou au décours d'une autre formule de soins. D'une façon plus générale il peut être intéressant d'offrir des prises en charge peu formalisées en complément éventuel de modalités plus classiques.

TITRE III

La coordination avec le dispositif médico-social et social

Il est important que, dans le cheminement des patients, il puisse y avoir des possibilités de changement et de choix. L'existence, à côté du secteur public, d'un secteur associatif et privé libéral permet de répondre à ce souci. Dans le respect des différences entre les institutions et services concernés, il est essentiel de rechercher entre eux les modes de relation qui répondent le mieux aux besoins des enfants, afin d'articuler les modes d'accueil selon l'évolution des jeunes et les choix des familles.

Les indications ont été données dans la circulaire générale d'orientation et tout au long de la présente annexe, s'agissant du travail de liaison et du partenariat avec les autres institutions et services dans le domaine sanitaire, social (aide sociale à l'enfance, notamment) ; aussi seuls certains aspects sont examinés ci-après en compléments.

1. Avec les lieux de vie, lieux d'accueil

La circulaire du 27 janvier 1983 relative au placement d'enfant en structure d'accueil non traditionnelle a précisé les particularités de ces formules de prise en charge et les cadres juridiques qui peuvent leur servir de support ; d'une enquête réalisée en 1990, il ressort que nombreux sont les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui utilisent les possibilités d'accueil qu'offrent certains lieux de vie pour des séjours de rupture ou d'alternance ; ces séjours qui se situent dans un projet thérapeutique précis impliquent pour l'équipe d'origine comme pour le lieu d'accueil, lieu de vie, une connaissance réciproque et la détermination d'objectifs communs ; sous ces conditions, sans préjudice des contraintes d'agrément existant par ailleurs, il est tout à fait envisageable pour les établissements hospitaliers d'utiliser les possibilités budgétaires ouvertes au titre des séjours thérapeutiques et ce quel que soit le mode de soins initial entrepris dans le secteur de psychiatrie.

2. Les centres médico-psycho-pédagogiques

Les C.M.P.P. allient dans le cadre d'actions ambulatoires de prévention et d'intégration des techniques psychothérapeutiques et rééducatives qui prennent en compte l'environnement familial, scolaire et social. Ils accueillent un nombre important d'enfants et adolescents relevant du champ d'intervention de la santé mentale ; s'ils occupent une place particulière au sein du dispositif, le fonctionnement de leurs équipes trouve de nombreux points de convergence avec celui des équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Aussi, j'insiste sur la nécessité de faire participer les C.M.P.P. plus étroitement à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique de santé mentale notamment en assurant la présence de leurs représentants au sein du groupe de travail chargé de l'enfance et de l'adolescence émanant du conseil départemental de santé mentale : l'évolution au plan local de l'ensemble du dispositif spécialisé doit être déterminée en concertation avec l'ensemble des partenaires, en fonction des nouveaux besoins qui se font jour et des ressources possibles, moyens et compétences. Dans cette optique, il est d'un intérêt majeur de favoriser une meilleure connaissance réciproque des professionnels, de leurs pratiques, ainsi que des populations accueillies.

Par ailleurs, je rappelle que des prises en charge conjointes en C.M.P.P. et services, relevant d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, peuvent être réalisées en accord avec le médecin-conseil de la sécurité sociale.

3. Avec les établissements médico-éducatifs

La réforme de l'annexe XXIV du décret du 9 mars 1956, relative aux conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, a souvent été l'occasion d'aborder les champs de compétence respectifs des établissements médico-éducatifs et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et leur complémentarité vis-à-vis de certaines populations.

D'une façon générale, les réflexions en la matière tendent à :

- favoriser la reconnaissance des capacités évolutives de l'enfant dans sa personnalité comme dans ses acquisitions ;
- élaborer des liens entre soin et pédagogie, sans méconnaître la spécificité de chaque domaine ;
- éclairer les choix des familles et leur fournir les aides nécessaires.

Dans cet esprit, il importe de poursuivre le développement de la coopération entre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et établissements et services relevant de l'annexe XXIV ;

- dans la mise en oeuvre des projets individuels : il convient de rappeler que, outre le travail conjoint sur le terrain, la participation de membres des équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile aux commissions prévues dans le cadre de la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, commission de circonscription ou équipe technique de la commission départementale d'éducation spéciale permet une réelle collaboration ; de la sorte l'appréciation de chaque

situation doit conduire à proposer d'utiliser au mieux les ressources des dispositifs sanitaire et médico-social ; des prises en charge conjointes peuvent aussi être mises en place ;

- à un niveau interinstitutionnel : notamment en facilitant l'information réciproque sur le profil actuel des services offerts (projets d'établissements, projets thérapeutiques, projets éducatifs, populations prises en charge, etc.).

A cet égard, il vous appartient de prendre toute initiative que vous jugerez utile.

Enfin, de l'étude de l'articulation des prestations et services il ressort que deux problèmes semblent se poser avec acuité :

- le cas d'enfants et adolescents handicapés pris en charge en établissement médico-éducatif et dont l'état de santé nécessite pour un temps des soins intensifs en psychiatrie ;

- le cas d'adolescents suivis en psychiatrie qui gardent des limitations dans leur adaptation sociale et professionnelle et qui faute d'établissement adapté à proximité (selon les cas, structure médico-sociale ou d'hébergement et de travail) ne peuvent être orientés vers une prise en charge appropriée à l'évolution de leur état.

Je vous demande d'examiner ces questions dans le cadre du groupe de travail spécialisé sur les problèmes de santé mentale des enfants et adolescents, en y associant le cas échéant d'autres partenaires concernés.

Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Messieurs les préfets de région, Madame et Messieurs les préfets de département, Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

Non parue au Journal officiel.