

Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Rédaction et mise à jour 2008 : JP Raynaud

Objectifs : Connaître :

Les principaux dispositifs de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)

Les principaux partenaires de la PEA.

Leurs missions, leurs grands principes de fonctionnement et leurs indications respectifs.

Pour prendre en compte la souffrance psychique des enfants et des adolescents, différentes catégories d'intervenants, de structures, d'institutions peuvent être sollicités. Afin d'accompagner au mieux un enfant dans son parcours et de trouver sa place parmi les différents partenaires qui essaient de travailler en réseaux, chacun doit avoir une connaissance suffisante et actualisée des acteurs et des dispositifs ressources, de leurs missions, indications et complémentarités. Les dispositifs sont souvent organisés par catégories d'âges et parfois par pathologies.

Lorsqu'un enfant ou un adolescent présente des troubles mentaux et/ou comportementaux, on peut très schématiquement considérer que le dispositif de soins est organisé selon trois niveaux :

- Consultation initiale et repérage : ici, c'est le médecin de famille qui est en première ligne et qui restera le référent par la suite. Mais à cette étape, le pédiatre, le médecin de P.M.I. ou le médecin de l'Education Nationale interviennent également.

- Diagnostic et soins ambulatoires : à ce stade il est fait appel au C.M.P.¹ et C.M.P.P.², au service public hospitalier, aux consultations hospitalières spécialisées, au C.A.M.S.P.³, aux psychiatres et psychologues libéraux...

- Structures spécialisées hospitalières et médico-sociales : ce sont les C.A.T.T.P.⁴, les hôpitaux de jour, les services d'hospitalisation à temps complet, les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP les Instituts Médico-Educatifs (I.M.E.)...

1. Le Secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)

Dispositifs sanitaires territorialisés, les secteurs de PEA ont été mis en place à partir de 1972. Ils proposent, selon leurs moyens, des structures diversifiées et de proximité : consultations (C.M.P.), accueil et soins à temps partiel (C.A.T.T.P.), hospitalisations de jour et à temps complet, visites à domicile, accueil familial spécialisé...

Il existe des variations importantes d'équipements et de moyens, d'un secteur à un autre.

Un secteur de PEA couvre une zone géographique qui devrait correspondre à une population de 40 000 à 50 000 enfants et adolescents de 0 à 16 ans, soit 200 000 habitants.

Cela équivaut en moyenne à 3 secteurs de psychiatrie adulte.

Un secteur peut être rattaché à un hôpital psychiatrique, un hôpital général ou une association.

Il est dirigé par un médecin psychiatre, chef de service et de secteur.

L'équipe du secteur est pluridisciplinaire : psychiatres pour enfants et adolescents, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistants de service social, secrétaires, agents de service hospitaliers... Dans certaines structures, des enseignants spécialisés interviennent, en partenariat avec l'équipe de soins.

Missions du secteur : prévention, diagnostic et traitement des troubles mentaux auprès des enfants, des adolescents et des familles résidant sur la zone géographique couverte par le secteur. Chaque enfant doit pouvoir bénéficier d'un projet individuel de soins.

¹ C.M.P. : Centre Médico-Psychologique.

² C.M.P.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

³ C.A.M.S.P. : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.

⁴ C.A.T.T.P. : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

Le secteur participe au travail de coordination, de liaison, de réseau, d'information et de formation, avec les différents partenaires de la zone : autres secteurs de PEA et adulte, Education nationale, services sociaux, PMI, justice, établissements médico-sociaux, associations, praticiens libéraux (médecins, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens...), services de pédiatrie, maternités, crèches, halte-garderies...

Certaines structures peuvent être « intersectorielles », c'est-à-dire accessibles aux enfants résidant sur les différents secteurs d'un département (c'est notamment le cas de certaines unités d'hospitalisation à temps complet ou de psychiatrie de liaison).

→ N.B. : le terme « Intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile » est aujourd'hui impropre.

Les Territoires de Santé récemment créés ne sont pas superposables aux secteurs.

2. Dispositifs de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2.1. Les consultations

La consultation est l'acte de PEA le plus pratiqué. Elle permet le diagnostic, l'évaluation, la prescription d'examen complémentaires, mais aussi, souvent, d'engager une alliance thérapeutique.

Des consultations de santé mentale peuvent être effectuées par le médecin généraliste, le pédiatre, le psychiatre ou le psychologue en libéral, ou le médecin et l'équipe pluridisciplinaire du C.M.P., du C.M.P.P., de la consultation hospitalière...

Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) :

Le C.M.P. est un centre de consultations de proximité, rattaché au secteur et auquel ont accès, sans avoir à avancer de paiement, les enfants et les adolescents résidant sur la zone géographique du secteur et leurs parents. C'est le plus souvent là que se prend le premier contact avec le secteur.

L'équipe du C.M.P. propose des consultations, une démarche diagnostique pluridisciplinaire, des **séances de soins** en ambulatoire, des liens avec les partenaires qui interviennent auprès de l'enfant. L'équipe du C.M.P. participe également à des actions de prévention de proximité.

Indications : troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent, quelles que soient leurs modalités d'expression, pour lesquels des soins en ambulatoire (consultations thérapeutiques, séances de psychothérapies, de rééducations, de guidance parentale,...) avec une intégration sociale et scolaire préservée semblent a priori possibles à mettre en place et suffisants pour permettre une évolution satisfaisante. Dans certains cas, l'accueil en C.M.P. peut être une étape dans l'orientation vers une structure de soins plus intensifs ou plus adaptée.

2.2. L'accueil thérapeutique à temps partiel (ATTP)

L'enfant bénéficie de **séquences de soins** en ambulatoire, réparties sur une à plusieurs demi-journées par semaine, avec des interventions individuelles et de groupe. Les séances de thérapie, de rééducation ou de travail éducatif se succèdent de façon plus intensive que dans le fonctionnement habituel d'un C.M.P. L'enfant continue en général à être scolarisé.

Ces soins à temps partiel peuvent se mettre en place sur des structures spécialement organisées pour cela, souvent par catégories d'âges, les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.), ou bien à partir d'un C.M.P. ou d'un HDJ, qui ajustent leurs interventions aux besoins et aux possibilités de l'enfant.

Indications : troubles sévères de la personnalité et du développement, pathologies limites, troubles anxieux et névrotiques sévères, dysharmonies du développement, troubles du comportement rendant difficile l'intégration scolaire,...

2.3. L'hospitalisation de jour (HDJ)

Soins intensifs et pluridisciplinaires, sur plusieurs demi-journées ou journées par semaine (jusqu'à 5 jours sur 7).

Les enfants rentrent dans leur famille le soir, le week-end et tout ou partie des vacances scolaires. Certains peuvent être scolarisés à temps partiel, d'autres bénéficient d'un enseignement spécialisé uniquement au sein de l'H.D.J. (scolarité interne).

Indications : troubles envahissants du développement, troubles sévères de la personnalité (troubles psychotiques, états limites), troubles anxieux et névrotiques sévères. Troubles évalués comme pouvant évoluer, être mobilisés et nécessitant des soins intensifs et pluridisciplinaires incluant un accompagnement parental soutenu. Ils ont souvent pour conséquences d'entraver la scolarité et les apprentissages.

2.4. L'hospitalisation à temps plein (HTP)

L'HTP propose un cadre à la fois contenant, repérant et capable d'accueillir la souffrance psychique et les manifestations qui s'y rattachent.

Elle vise à apaiser, observer et évaluer, tout en permettant au jeune de se poser, de bénéficier d'un accompagnement soignant spécialisé, d'expérimenter des modes de relation différents et de soutenir la relance de sa dynamique psychique.

Sur le plan thérapeutique, elle permet d'affiner les indications, mais aussi parfois d'initier des soins, y compris sur le plan médicamenteux, dans un environnement spécialisé.

En PEA, il existe différentes modalités et indications d'HTP :

▶ L'hospitalisation aux urgences :

Qu'il s'agisse de services pour enfants ou pour adultes (pour les adolescents de plus de 15 ans), l'accueil par les urgences pour des motifs psychocomportementaux ou psychosociaux reste fréquent : agitations et autres troubles aigus du comportement, tentatives de suicide, automutilations, suspicion de maltraitance et abus sexuels, manifestations somatiques, etc.

Les équipes des urgences sont bien placées pour accueillir et évaluer ces troubles, faire la part du somatique, demander des avis spécialisés et permettre une orientation adaptée. La participation des équipes de psychiatrie infanto-juvénile à ce travail est fondamentale et fait partie de ce que l'on appelle la psychiatrie de liaison (voir au § 2.6.).

▶ L'hospitalisation en service de pédiatrie ou médecine de l'adolescent :

Dans un certain nombre de cas, l'hospitalisation en pédiatrie est possible, voire même préférable à une hospitalisation en psychiatrie plus stigmatisante, à condition que l'enfant hospitalisé en pédiatrie puisse bénéficier de l'intervention de la psychiatrie de liaison.

Ce dispositif permet de maintenir et d'accompagner sur le plan psychiatrique des enfants et des adolescents hospitalisés en pédiatrie dans diverses circonstances :

- Troubles des conduites nécessitant aussi des soins physiques (tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires.
- Atteintes somatiques ayant d'importantes conséquences ou intrications psychiques (maladies aiguës ou chroniques sévères, maltraitance et abus sexuels,...)
- Manifestations somatiques d'origine psychique probable mais nécessitant des explorations somatiques (troubles psychosomatiques, troubles somatoformes).

▶ L'hospitalisation en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

Une hospitalisation de durée limitée peut être indiquée dans les troubles psychotiques aigus, les troubles de l'humeur sévères, les troubles anxieux invalidants, certains troubles du comportement, certaines phases de l'anorexie mentale, ...

L'hospitalisation peut permettre une rupture provisoire avec le milieu familial, son substitut ou une institution, dans le but d'éviter une rupture ou une exclusion définitives.

Les indications d'hospitalisations de longue durée devraient être plus rares : enfants qui présentent des troubles envahissants du développement, des troubles psychotiques ou des déficiences avec des troubles du comportement majeurs.

Indépendamment de la nature des troubles, certains éléments constituent une **indication d'hospitalisation** : le risque de passage à l'acte suicidaire ou hétéroagressif, la dangerosité de l'environnement, l'intensité de la souffrance psychique, la tolérance de l'entourage familial, institutionnel et social, la notion d'urgence.

Dans certains cas, il peut s'agir de « centres de crise » qui accueillent les jeunes pour de courtes durées d'hospitalisation.

Sur des indications et projets précis, l'hospitalisation peut s'effectuer dans des établissements « soins-études ». Le jeune est hospitalisé et poursuit des études au sein de l'établissement, tout en bénéficiant de soins psychiatriques appropriés.

► L'hospitalisation en service de psychiatrie d'adultes :

C'est le plus souvent une indication par défaut (manque de places), qui peut poser certains problèmes liés notamment à la cohabitation entre sujets mineurs et majeurs.

Mais certains services d'adultes ont développé des dispositifs et des savoir-faire et accueillent de façon adaptée de grands adolescents dont la problématique est proche de celles de jeunes adultes.

► L'hospitalisation en unité mère-bébé :

Elle essaie d'éviter des séparations précoces, lorsque le bébé montre très tôt des signes de souffrance psychique, lorsque la mère présente dès la grossesse ou peu après la naissance des troubles sévères (troubles psychotiques, dépression, décompensation aiguë, toxicomanie,...) ou lorsque la relation apparaît pathologique ou à haut risque (risque de maltraitance, de négligence, de troubles des interactions,...).

► L'hospitalisation à domicile (HAD) :

Modalité prometteuse, mais encore peu développée, ses modalités et indications sont à affiner.

2.5. La psychiatrie de liaison

Praticien ou petite équipe de PEA, qui intervient au sein des services de médecine, chirurgie, urgences accueillant des enfants et des adolescents.

Pour la période périnatale, la psychiatrie de liaison s'est développée dans les Maternités (bébés à risque, carences graves, pathologies maternelles,...).

Une articulation étroite avec les équipes soignantes qui accueillent l'équipe de psychiatrie de liaison est indispensable.

2.6. L'Accueil Familial Thérapeutique (A.F.T.)⁵

Dispositif qui permet l'accueil d'un enfant par une assistante familiale rémunérée, au sein de la famille de celle-ci, l'A.F.T. est encadré par une équipe pluridisciplinaire qui pose l'indication, élabore le projet individuel de soins incluant l'A.F.T., soutient activement et évalue l'évolution, accompagne les liens entre l'enfant, sa famille, la famille d'accueil, les partenaires (école, parfois justice, services sociaux).

L'un des objectifs essentiels est de favoriser la continuité et d'éviter la répétition des ruptures.

Indications : urgences, pathologie de l'attachement, certains troubles psychiatriques de l'enfant ou des parents, carences affectives ou éducatives sévères, maltraitements, abandons,...

3. Les partenaires, le réseau

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est amenée à articuler ses interventions avec un nombre important de partenaires : structures « ordinaires » qui accueillent les enfants et les adolescents, autres dispositifs de soins qui interviennent dans leurs parcours, dispositifs sociaux ou judiciaires qui peuvent intervenir dans des situations à problèmes multiples.

⁵ On peut rencontrer l'appellation « Accueil Familial Spécialisé » ou encore « Placement Familial Spécialisé (P.F.S.) ».

3.1. Le libéral :

Le médecin traitant est en première ligne pour le repérage, le suivi et l'orientation. Il joue un rôle central et de référent dans le réseau de soins qui se déploie de façon plus ou moins formalisée autour d'un enfant ou d'un adolescent et de sa famille.

Les psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, mais aussi d'autres spécialistes, jouent également un rôle clé dans ce dispositif.

La place des psychologues, psychothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens du libéral est très importante, les facteurs limitants essentiels étant le non remboursement de certains actes et la non reconnaissance financière du temps dédié aux échanges dans le cadre du réseau.

3.2. L'Education nationale⁶

Les médecins de l'Education nationale :

Eux aussi en première ligne pour le repérage, ils interviennent dans différents domaines :

- Prévention individuelle et collective
- Situations d'urgence
- Conseil et expertise auprès des chefs d'établissements, des inspecteurs de l'Education nationale et au sein de commissions...
- Référent-santé pour les élèves, leur famille et les membres de la communauté éducative.
- Liaison avec les membres de l'équipe éducative dans le cadre de l'insertion individualisée des élèves
- Référent des médecins traitants, des institutions de soins et de tout partenaire concerné par la santé des enfants et adolescents en milieu scolaire
- Recherche : épidémiologie, ergonomie, environnement de l'enfant et de l'adolescent...

Les infirmier(ère)s de l'Education nationale :

Principales missions :

- Accueillir et accompagner l'ensemble des élèves.
- Organiser les urgences et les soins.
- Contribuer par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans.
- Développer une dynamique d'éducation à la santé.
- Mettre en place des actions pour améliorer la qualité de vie des élèves (hygiène, sécurité et ergonomie).
- Organiser et réaliser le suivi de l'état de santé des élèves.
- Suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative et les élèves des établissements de certaines zones rurales, des zones d'éducation prioritaires, des établissements sensibles et des établissements relevant du plan de lutte contre la violence en milieu scolaire.
- Mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événements graves survenant dans la communauté scolaire.
- Agir en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire.
- Intervenir en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger (maltraitance).
- Contribuer à la scolarisation des enfants et adolescents avec handicap et/ou troubles de la santé évoluant sur une longue période.
- Recherche et formation.

Le Service Social en faveur des élèves :

Les assistants de service social participent essentiellement aux missions suivantes :

- Protection de l'enfance en danger.
- Lutte contre l'absentéisme.
- Lutte contre l'échec Scolaire.
- Lutte contre toutes les formes d'exclusions.
- Prévention du mal-être des adolescents.

⁶ **Pour en savoir plus** : « Troubles psychiques, déficience intellectuelle et scolarisation en milieu ordinaire », Maffre T, Hazane F, Raynaud JP, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier SAS, 37-219-C-30, 2005.

Le Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) :

Dispositif-ressource, constitué par différents acteurs de l'Education nationale : psychologues, médecins, rééducateurs.

But : aider les équipes pédagogiques de l'école primaire à apporter des réponses pédagogiques adaptées aux besoins des élèves en difficulté.

Les interventions du R.A.S.E.D. se font à l'école.

2 missions, en collaboration et en complément des mesures prises par l'enseignant de la classe et l'équipe pédagogique :

▶ **Prévention** : éviter l'apparition d'une difficulté, son installation ou son amplification. Le R.A.S.E.D. peut proposer des observations, des bilans personnalisés, un ajustement des conditions d'apprentissage en la classe.

▶ **Remédiation** : quand des difficultés s'avèrent durables et se traduisent par des écarts d'acquisition nets avec les acquisitions attendues ou par un défaut durable d'adaptation à l'école. Projets pédagogiques personnalisés, aide spécialisée adaptée à chaque élève (aide à dominante pédagogique ou rééducative, dispensées par les enseignants spécialisés ; suivis psychologiques).

Les Classes d'Intégration Scolaires (CLIS) :

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) :

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

Les Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) et le matériel pédagogique adapté :

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

3.3. Les établissements médico-sociaux

La PEA s'articule essentiellement avec quatre grands types d'établissements médico-sociaux :

- Les Instituts Médico-Educatifs (IME) ou Instituts Médico-Pédagogiques (IMP) :

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

- Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP).

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

- Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) :

Ils sont gérés par des associations et ont un statut privé. Ils ne fonctionnent pas selon les principes de la sectorisation mais peuvent être conventionnés avec un secteur de PEA.

Leur fonctionnement est assez proche de celui des C.M.P. : équipe pluridisciplinaire, consultations, bilans, soins en ambulatoire, rééducations, orientations, articulation avec les partenaires...

- Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) :

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

3.4. Les services des Conseils Généraux :

Dans le dispositif français de **Protection de l'enfance**, la protection administrative est assurée par le Conseil Général et ses services : l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.), en lien avec le Service Social (UTAMS = Unités territoriales d'action médico-sociale) et la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.).

L'Aide Sociale à l'Enfance :

Agit pour maintenir et restaurer les liens familiaux, en proposant des soutiens : aides à domicile ; accompagnement par des assistants sociaux, éducateurs et psychologues ; aides financières.

Lorsqu'une situation s'aggrave, le juge des enfants peut être saisi pour prendre ou imposer une décision pour le mieux-être de l'enfant.

L'adoption relève de la compétence du Président du Conseil Général. Les pupilles de l'Etat, pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, sont confiés à des familles d'accueil et peuvent être adoptés. Les demandes d'agrément des familles postulant à l'adoption sont instruites par ce service.

Les Conseils Généraux gèrent les Centres Départementaux de l'Enfance et de la Famille (C.D.E.F.) et un réseau de familles d'accueil (assistantes maternelles agréées).

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) :

Egalement rattachée aux Conseils Généraux, la PMI mène des actions de prévention médicale, éducation à la santé et dépistage des handicaps auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

Les consultations infantiles ont pour objet la surveillance de la croissance et du développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à 6 ans révolus.

Elles assurent un dépistage précoce des anomalies, déficiences et exercent une action de prévention (vaccinations, conseils diététiques, prévention des accidents, etc.).

Les puéricultrices effectuent des visites à domicile pour écouter, conseiller, sécuriser les jeunes mamans, particulièrement celles dont l'enfant présente un problème de développement ou un handicap.

Les consultations pré et post natales, les visites à domicile des sages-femmes de P.M.I. permettent d'établir une relation de confiance, un suivi obstétrical de qualité en complément de celui de la maternité.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :

Voir Module 4 - Objectif 51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge

3.4. La justice :

Les mineurs en difficulté font l'objet d'une protection et d'un traitement juridiques particuliers. Qu'ils aient besoin d'être aidés ou qu'ils aient commis une infraction, ils dépendent d'instances judiciaires spécifiques : le juge des enfants et le tribunal pour enfants.

Le juge des enfants (JDE) :

Intervient quand le mineur non émancipé a besoin d'une **mesure d'assistance éducative** :

- Sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger.
- Les conditions de son éducation sont gravement compromises (fugues, mauvais traitements, défaillance des parents).
- Délit (ex : vol) ou contravention de police de 5^e classe (ex : dégradations légères).

Le JDE est saisi par simple courrier, déposé ou envoyé par :

- le père et/ou la mère du mineur,
- le tuteur,
- la personne ou le service auquel l'enfant a été confié,
- le Parquet,
- le mineur lui-même.

C'est le JDE du lieu où résident ces personnes qui est compétent.

Il peut, à titre exceptionnel, se saisir d'office.

Le JDE convoque le mineur, ses parents ou son tuteur, la personne ou le service à qui il a été confié, ainsi que toute personne qu'il désire entendre.

Autant que possible, le mineur est maintenu dans son milieu. Mais à l'issue de l'audition, le JDE peut décider de prendre par ordonnance des mesures provisoires pour 6 mois (en cas d'urgence, il peut prendre des mesures provisoires sans audition préalable des intéressés).

Il peut s'agir :

- De mesures d'information (ex : enquête sociale, examen de personnalité, examen médical, psychologique ou psychiatrique).
- D'une mesure d'Investigation et d'Orientation Educative (I.O.E.)
- D'une mesure de placement provisoire (O.P.P. = ordonnance de placement provisoire), accompagnée le cas échéant d'une mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert ou A.E.M.O. (actuellement on parle aussi d'Aide Educative à Domicile ou A.E.D.).

Le placement peut se faire :

- dans un centre d'accueil ou d'observation,
- auprès de celui des parents qui n'avait pas l'exercice de l'autorité parentale ou chez lequel le jeune n'avait pas sa résidence habituelle,
- chez un autre membre de la famille ou un tiers digne de confiance,

- dans un service ou établissement sanitaire ou éducatif,
- dans un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.).

A l'issue de la période de 6 mois, le JDE rend un jugement : soit il fixe des mesures éducatives dont il doit préciser la durée et la date d'expiration, soit, en l'absence de danger, il décide un non-lieu.

Le Tribunal pour Enfants (TPE) :

Composé d'un juge des enfants et de 2 assesseurs.

Juge les crimes commis par les mineurs de moins de 16 ans, ainsi que les délits et les contraventions de police de 5^{ème} classe qui lui sont renvoyés par le JDE ou le juge d'instruction.

Prononce en priorité des mesures d'assistance, de surveillance ou d'éducation.

La Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.) :

L'une des Directions déconcentrées du Ministère de la Justice.

Prise en charge et accompagnement éducatif, sur décision judiciaire, des mineurs et jeunes majeurs : délinquants (ordonnance 45), enfance en danger, aide aux jeunes majeurs.

Maillage national d'établissements du secteur public et du secteur associatif « habilités justice ».

Les établissements (Centres d'Action Educative ou C.A.E.) remplissent 4 grandes fonctions :

- Le **Milieu ouvert** : mesures d'investigations, prise en charge en milieu naturel des mineurs délinquants ou en danger).
- L'**Hébergement** : les mineurs délinquants ou en protection, sont placés en hébergement par les magistrats, parfois en urgence, parfois en alternative à la prison.
- L'**Insertion** : activités culturelles, sportives ou professionnelles.
- Le **Service Educatif Auprès du Tribunal pour enfants** ou S.E.A.T. : orientation des mineurs délinquants déferés ou des mineurs et des familles qui se présentent au tribunal pour enfants, suivi des mineurs incarcérés et préparation de leur sortie, participation aux politiques des Parquets pour améliorer la lisibilité et la rapidité des réponses de la justice.

A ces missions traditionnelles sur mandat judiciaire, s'ajoutent celles liées aux différents partenariats : santé, lutte contre l'exclusion, scolarité, formation, insertion, citoyenneté, famille...

3.6. Les associations

- Associations de parents :

En général organisées autour d'une pathologie ou d'une problématique spécifique (autisme, syndrome d'Asperger, syndrome de Rett, dyslexie, enfants précoces, polyhandicap...).

De plus en plus souvent, les parents d'enfants accueillis dans une institution de soins se regroupent en association.

Ces associations sont des partenaires à part entière, qui suscitent et soutiennent auprès des équipes de soins des questionnements, des projets, des innovations, des améliorations.

Elles jouent également auprès d'un grand nombre de familles, un rôle important d'information, de soutien et de médiation, notamment dans la période qui suit l'annonce d'un diagnostic.

Elles participent à différentes commissions d'orientation et à des groupes de travail.

- Associations proposant des services à la personne handicapée :

Des associations se créent de plus en plus, qui offrent des services de garde, d'accompagnement d'auxiliaires de loisirs, week-end répit, etc.

Elles peuvent jouer un rôle important dans l'aide à l'intégration sociale : transport des enfants, accompagnement en centres de loisirs, dans des activités sportives, artistiques...

4. Conclusion

Des dispositifs de soins en Santé mentale diversifiés, adaptables, évolutifs sont nécessaires pour permettre une offre de soins répondant aux besoins spécifiques de chaque enfant, de chaque situation.

Les intrications entre la psychopathologie et les dimensions sociales, environnementales, scolaires, juridiques, rendent plus complexe le travail et incontournables les partenariats, complémentarités et réseaux.

Si les dispositifs et leurs références théorico-cliniques sont actuellement bien connus et pertinents, les moyens et la connaissance/reconnaissance réciproques manquent souvent pour une véritable politique de prévention, de soin et de réinsertion.