



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement social  
et médico-social public  
Promotion 2004**

---

**POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT :  
OPTIMISATION DU CADRE INSTITUTIONNEL INTERNE ET  
EXTERNE**

**ETUDE PRATIQUE : LE CENTRE DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE ET DE LA  
FAMILLE DE LA HAUTE-GARONNE**

**Nathalie LAFFORGUE**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout particulièrement **Monsieur Serge Oudart**, Directeur du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille pour m'avoir conseillée et accordé toute sa confiance, avoir suivi avec attention et sollicitude toutes les étapes de mon stage.

Mes plus vifs remerciements à **Madame Jacqueline Camalet** et **Mademoiselle Amélie Leymarie** qui ont bien voulu m'associer à toutes leurs activités et m'ont apporté une aide très précieuse.

Je remercie **l'ensemble du personnel** pour l'accueil et la disponibilité dont ils ont fait preuve à mon égard.

Je sais gré à :

**Madame Marthe Bondon**, psychologue du CDEF

**Docteur Rossinelli**, Chef de service de l'Unité de Crise et d'Hospitalisation des Adolescents de Toulouse.

**Madame Hélène Maçon**, tutrice de mon mémoire à l'ENSP

---

# Sommaire

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>1 LA PROBLEMATIQUE DE L'ADOLESCENCE</b>	<b>5</b>
1.1 POUR MIEUX COMPRENDRE LE MONDE DE L'ADOLESCENT	5
1.1.1 <i>Le concept de l'adolescence</i>	5
A) L'âge historique et juridique	6
B) L'âge physique	7
C) L'âge psychologique	7
1.1.2 <i>L'environnement relationnel</i>	8
A) L'adolescent et ses parents	8
B) L'adolescent et son meilleur ami	9
C) L'adolescent et sa bande	9
1.1.3 <i>Les comportements inquiétants</i>	9
A) Les conduites à risque	10
B) Les conduites addictives	10
C) Les troubles alimentaires	11
1.2 L'ADOLESCENT DANS LE MONDE DES ADULTES	12
1.2.1 <i>La métamorphose de la cellule familiale</i>	12
A) Le rôle de la famille	12
B) L'évolution de la famille	13
C) L'autorité parentale	13
1.2.2 <i>Les dysfonctionnements au sein de la famille</i>	14
A) L'enfance en danger	14
B) La crise parentale	15
C) La crise de l'autorité	16
1.2.3 <i>Les adolescents confrontés à la réalité socio-économique</i>	16
A) L'échec scolaire	17
B) Un contexte économique défavorable	17
C) Les carences du système judiciaire	18
1.3 UN ENJEU DE POLITIQUE PUBLIQUE	18
1.3.1 <i>Un constat inquiétant</i>	18
A) Le développement des problèmes de santé mentale	19
B) Une augmentation de la violence	20
C) Le désarroi des parents	21
1.3.2 <i>La mobilisation des pouvoirs publics</i>	21
A) Pour renforcer le système de protection de l'enfance dans son ensemble	22

B)	Pour soutenir la détresse des parents.....	22
C)	Pour améliorer le bien-être des adolescents.....	23
1.3.3	<i>La prise en charge des adolescents en difficulté.....</i>	<i>24</i>
A)	L'intervention des différents secteurs.....	25
B)	L'action spécifique de l'Aide Sociale à l'Enfance.....	25
C)	Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille de Haute-Garonne.....	26
<b>2</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT AU CDEF .....</b>	<b>29</b>
2.1	LE CDEF : UNE STRUCTURE PERFORMANTE.....	29
2.1.1	<i>Les atouts du CDEF : implantation géographique et professionnels nombreux et compétents.....</i>	<i>29</i>
A)	Un emplacement stratégique.....	29
B)	Une équipe professionnelle qualifiée.....	30
C)	Une équipe médico-psycho-sociale importante, particularité de ce CDEF.....	31
2.1.2	<i>La mise en place de projets fonctionnels.....</i>	<i>32</i>
A)	Le projet éducatif.....	32
B)	Le projet thérapeutique.....	32
C)	Le projet d'accompagnement : le travail avec les familles.....	33
2.1.3	<i>La prise en charge individualisée.....</i>	<i>34</i>
A)	L'enjeu de la loi du 2 janvier 2002.....	34
B)	Le contrat de séjour.....	34
C)	Le projet personnalisé.....	35
2.2	LES DIFFICULTES INTERNES.....	36
2.2.1	<i>Dans la prise en charge.....</i>	<i>36</i>
A)	La cohabitation de problématiques personnelles différentes.....	36
B)	Les comportements à risque.....	37
C)	Les relations avec les familles.....	38
2.2.2	<i>Dans la gestion de l'équipe.....</i>	<i>39</i>
A)	Le travail en équipe.....	39
B)	Le management de l'équipe.....	40
C)	La communication dans l'équipe.....	41
2.2.3	<i>Dans la gestion administrative.....</i>	<i>42</i>
A)	L'organisation administrative.....	42
B)	La communication dans l'établissement.....	42
C)	La traçabilité.....	43
2.3	LES DIFFICULTES EXTERNES.....	44
A)	Les conséquences du manque de places en psychiatrie infanto-juvénile.....	44
B)	L'organisation en secteur.....	44
C)	Le recours au juge.....	46
2.3.2	<i>L'ASE : un partenaire privilégié.....</i>	<i>46</i>
A)	Les relations ASE - CDEF.....	46
B)	Les relations ASE – CDEF – Parents/Famille.....	47
C)	Les relations ASE – CDEF - Autres établissements.....	48
2.3.3	<i>Les autres partenaires.....</i>	<i>48</i>
A)	Le Procureur de la République.....	49
B)	Le secteur médico-social.....	50
C)	L'Education Nationale.....	51

<b>3</b>	<b>MES PROPOSITIONS POUR OPTIMISER LE CADRE INSTITUTIONNEL .....</b>	<b>53</b>
3.1	AMELIORER LA COMMUNICATION .....	53
3.1.1	<i>La communication interne</i> .....	54
A)	Au niveau de la direction : .....	54
B)	Au niveau des chefs de service .....	55
C)	Au niveau de la communication avec les familles .....	56
3.1.2	<i>La communication en externe</i> .....	56
A)	Avec le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile .....	57
B)	Avec l'ASE .....	58
C)	Avec les autres partenaires.....	58
3.2	RENFORCER LE CADRE DE TRAVAIL .....	59
3.2.1	<i>Dans l'organisation</i> .....	59
A)	Définition de repères collectifs .....	59
B)	Définir des repères individuels .....	60
C)	Réussir l'intégration du personnel nouvellement affecté.....	61
3.2.2	<i>Dans la gestion documentaire</i> .....	62
A)	La formalisation de procédures .....	62
B)	L'archivage de proximité des notes de service .....	63
C)	Une base de donnée commune à tous les services .....	64
3.3	DEVELOPPER LA FORCE DE TRAVAIL D'UN ETABLISSEMENT .....	64
3.3.1	<i>Valoriser les compétences</i> .....	65
A)	La formation continue .....	65
B)	Le partage d'un savoir faire .....	66
C)	L'innovation participative.....	67
3.3.2	<i>Renforcer les pratiques évaluatives</i> .....	67
A)	L'enjeu de l'évaluation .....	67
B)	Des actions d'évaluation en direction du personnel.....	68
C)	Des actions d'évaluation dans les domaines de la prise en charge .....	69
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>71</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>73</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ASE** : Aide sociale à l'enfance

**CAT** : Centre d'aide par le travail

**CDEF** : Centre départemental de l'enfance et de la famille

**CDES** : Commission départementale de l'enseignement spécialisé

**CHRS** : Centre hébergement de réinsertion sociale

**DDPJJ** : Direction Départementale de la protection judiciaire et de la jeunesse

**HCSP** : Haut comité santé publique

**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales

**IME** : Institut médical éducatif

**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale

**IR** : Institut de réadaptation

**ODAS** : Observatoire national de l'action sociale décentralisée

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**OPP** : Ordonnance de placement provisoire

**OPU** : Ordonnance de placement d'urgence

**PJJ** : Protection judiciaire de la jeunesse

**SAPA** : Service d'accueil et de prévention pour adolescents

**UCHA** : Unité de crise et d'hospitalisation des adolescents

## INTRODUCTION

L'adolescence est une période de mutation qui se manifeste par de nombreuses transformations sur le plan physique, psychologique, relationnel.

Cette véritable métamorphose à laquelle on ne peut échapper peut d'autant plus être difficile que l'adolescence apparaît l'âge de tous les risques et que les dysfonctionnements au sein de la famille ou/et de la société peuvent fragiliser davantage le jeune.

Dans le cadre de mon stage au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille de la Haute-Garonne, j'ai été plus particulièrement sensibilisée à la problématique de l'adolescence.

Les adolescents qui sont accueillis au CDEF ont vécu des expériences douloureuses. Ils sont vulnérables et parfois en situation de grande souffrance. Dépourvus de tous leurs repères, ils éprouvent le besoin d'être rassurés, soutenus dans un cadre à la fois souple et contenant.

Cette prise en charge exige alors un travail efficace et cohérent de la part de tous les intervenants.

La mobilisation du personnel doit être optimale pour permettre à ces jeunes de prendre un nouveau départ d'autant que pour la majorité, un retour en famille ne peut être envisagé et qu'il nous incombera de trouver une orientation adaptée à leurs besoins.

Si le CDEF est doté d'un plateau technique riche et d'un savoir-faire certain, j'ai pu constater des difficultés liées non seulement à la spécificité de cette tranche d'âge mais aussi à un manque de coordination et de lisibilité dans les actions menées par les différents professionnels et services prenant en charge ce type d'adolescents.

Ainsi pour réussir une meilleure prise en charge des adolescents, j'ai cherché à élaborer une stratégie de direction ciblée en priorité sur l'optimisation du cadre institutionnel en développant le management participatif.

Je suis convaincue que, pour entrer dans une dynamique de progression et de qualité, seule l'adhésion du personnel à ce cadre en garantira sa stabilité et son efficacité.

Un personnel motivé, un esprit d'équipe développé, une organisation structurée sont autant d'éléments permettant au jeune de se reconstruire dans un environnement favorable.

Pour améliorer la prise en charge des adolescents, ma démarche a consisté dans un premier temps à mieux appréhender le concept de l'adolescence à travers des recherches documentaires.

Puis, par de nombreuses visites et rencontres avec les professionnels de terrain, j'ai réalisé un état des lieux identifiant les points forts et les difficultés rencontrées.

Enfin, j'ai proposé mes actions de management qui se divisent en trois axes :

- améliorer la communication
- perfectionner le cadre de travail
- développer la force de travail

L'objectif de ce mémoire a été de confronter les apports théoriques à la réalité du terrain tel que j'ai pu l'appréhender au cours de mon stage enrichissant, très formateur au CDEF de la Haute-Garonne et de faire des propositions d'améliorations.

« TANDIS QUE LE SOLEIL SE COUCHE QUELQUE PART, IL SE LEVE AILLEURS, ET SURTOUT, IL NE SE COUCHE JAMAIS, SANS SE RELEVER : AINSI SURGIT L'ADOLESCENCE »

A. BRACONNIER, D. MARCELLI<sup>1</sup>

## 1 LA PROBLEMATIQUE DE L'ADOLESCENCE

Cette première partie est consacrée tout particulièrement à la problématique de l'adolescence car il me paraît indispensable pour pouvoir envisager des actions d'amélioration de la prise en charge des adolescents de bien appréhender les spécificités et les caractéristiques de cette population.

Ce détour théorique va donc consister à mieux cerner l'adolescent dans son individualité, dans ses rapports avec le monde des adultes et plus largement avec la société.

### 1.1 Pour mieux comprendre le monde de l'adolescent

On peut tenter de caractériser l'adolescent par la définition que lui donne la société à un « instant t », à travers un âge historique, juridique, physique et psychologique, par les relations qu'il entretient avec son entourage, et par des comportements caractéristiques et répertoriés qu'il adopte.

#### 1.1.1 Le concept de l'adolescence

Il y a eu naissance et émergence d'un concept, d'une notion : auparavant « l'adolescence » n'existait pas<sup>2</sup>. Aujourd'hui, l'adolescence n'est pas qu'une transition, un passage d'un âge à un autre, c'est un **âge à part entière**, qui peut se définir par plusieurs approches, historique et juridique, physique et psychologique.

---

<sup>1</sup> BRACONNIER A, MARCELLI D, Adolescence aux mille visages, Paris Ed Odile Jacob, 1998

<sup>2</sup> HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND JM, L'adolescence n'existe pas. Paris : Ed Odile Jacob, 2003 .

## A) L'âge historique et juridique

Le mot « adolescence » apparaît dans la langue française au XIII<sup>ème</sup> siècle. Il renvoie au terme latin « adulescence », qui désigne celui qui est en train de grandir, tandis que le mot « adulte » renvoie au terme « adultis », celui qui a achevé sa croissance.

Historiquement, le concept de l'adolescence est né avec la Révolution Française.

Mais il émerge réellement au XIX<sup>ème</sup> siècle. C'est au XX<sup>ème</sup> siècle qu'il acquiert ses fondements médicaux et psychologiques. A la puberté, le jeune devait quitter sa famille pour aller travailler comme apprenti ou servante. Aujourd'hui, il va rester de plus en plus longtemps dans sa famille, et peut même devenir un «Tanguy » (cf. film d'Etienne Chatiliez). Tanguy, à trente ans passés, vit encore chez ses parents.

Le phénomène s'explique par plusieurs facteurs :

- la fin progressive du travail des enfants (loi du 22 mars 1841)
- l'industrialisation
- l'extension de la scolarité
- l'allongement de l'espérance de vie
- la recherche d'un premier emploi ou le chômage

Traditionnellement, le passage entre l'adolescence et l'entrée dans la vie d'adulte était solennisé par des rites. En France, le Service national obligatoire représentait pour les jeunes gens un rite de passage, qui leur faisait prendre conscience du changement de statut. Aujourd'hui, suite à la disparition de ce rite, l'anniversaire des 18 ans apporte automatiquement la pleine capacité civile, pénale et politique.

Pour la loi, l'adolescent est un mineur dépendant de ses représentants légaux.

Les règles de droit évoluent avec l'âge entre dix ans et 18 ans :

- 10 ans : consentement de changement de nom et d'adoption
- 13 ans : en matière criminelle, il peut être placé en détention provisoire et faire l'objet d'une peine d'emprisonnement prononcée par le tribunal pour enfants;
- 14 ans : autorisation de conduire un deux roues de 50 cm cubes
- 15 ans : majorité sexuelle, autorisation de se marier avec consentement des parents
- 16 ans : fin de scolarité obligatoire. Il peut acheter de l'alcool, conduire une voiture en conduite accompagnée.
- 18 ans : majorité légale (depuis 1974), civile et pénale

## B) L'âge physique

L'adolescence se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle débute avec les modifications corporelles de la puberté :

.11-13 ans pour les filles

.12-14 ans pour les garçons

Ces transformations touchent tout le corps et principalement le développement des os, des organes génitaux et du cerveau. C'est un âge de maturation physique.

La fin de l'adolescence est plus difficile à cerner. Ce peut être l'acquisition de la maturité psychique, intellectuelle et affective.

Dans son ouvrage « Paroles pour adolescents », Françoise Dolto parle du « complexe du homard » : « l'adolescence est une phase de mutation, de transformation du corps et des sentiments, tout cela donne « un grand remue ménage de toute la personne que chacun traverse comme il peut, de façon unique »<sup>3</sup>.

L'adolescence est une métamorphose imposée à laquelle on ne peut échapper, qui évolue selon l'histoire des sociétés humaines.

## C) L'âge psychologique

L'adolescence est une véritable épreuve pendant laquelle tous les comportements identitaires sont remis en question.

Qui suis-je ? Telle est la question que les adolescents se posent. Ils essaient de construire leur identité en s'appuyant sur de nouveaux modèles.

Ils sont à la recherche de nouveaux référents : parents, chanteurs, leader de bande....Tout au long de cette crise identitaire, ils demeurent très influençables. Ils sont également très attentifs à leur apparence, au «look », coupes de cheveux, piercings, langage...

Si certains tentent de se ressembler, d'autres refusent toute sorte de conformisme et recherchent l'originalité à tout prix, en adoptant diverses tendances (gothique, hard-rock...).

---

<sup>3</sup> DOLTO F., Paroles pour adolescents ou le complexe du homard. Ed Hatier,1989.

Ils peuvent être provocateurs en exigeant « tout, tout de suite »<sup>4</sup> ou/et hypersensibles et donnent souvent une dimension disproportionnée à des peines de cœur, de conflits avec les parents, les amis, ou à un échec.

Ces adolescents n'ont pas encore une personnalité affirmée, se sentent mal dans leur peau.

### **1.1.2 L'environnement relationnel**

Pour bien s'épanouir, un adolescent a besoin avant tout d'amour, de sécurité, de reconnaissance et de dignité. Pour l'aider à évoluer dans ce monde nouveau, il faut lui donner des structures, des repères, de l'autonomie et le laisser prendre ses responsabilités. Si ces besoins spécifiques ne sont pas satisfaits, c'est la crise. Ses parents, ses amis, sa bande, peuvent répondre à ses besoins et prévenir la crise d'adolescence.

#### **A) L'adolescent et ses parents**

L'adolescent cherche la reconnaissance du milieu qui l'entoure et, dans le même temps, une autonomie qu'il considère comme lui étant due, alors qu'il dépend financièrement de ses parents. Très souvent au moment de l'adolescence, les conflits avec les parents sont fréquents. Ils ont beaucoup de mal à accepter toute forme d'autorité et se rebellent contre la discipline à la maison et à l'école. Ils éprouvent un besoin structurel de s'opposer.

C'est l'époque où la personnalité commence à se former, où ils souhaitent être indépendants, où ils cherchent à dépasser les limites autorisées. Ils n'ont pas toujours confiance en eux. Ils acceptent difficilement les conseils, ils n'ont pas les mêmes attentes que leurs parents et ils se projettent difficilement dans l'avenir.

Les adolescents marquent ainsi le début d'une autonomie et ils vont prendre progressivement leurs distances vis à vis des parents, ce qui parfois sera mal vécu par ces derniers. En quête d'approbation de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font, ils vont s'intéresser davantage à ce qui se passe à l'extérieur de la famille.

---

<sup>4</sup> CHARTIER J-P., Les adolescents en difficulté, Ed Dunod, 1997

## B) L'adolescent et son meilleur ami

Quel parent n'entend pas parler du meilleur ami ?

En effet, pour un adolescent, l'amitié revêt une importance capitale et se fixe sur une personne. L'ami devient alors le confident avec qui l'on partage tous les rêves, toutes les déceptions. Il devient le complice de tous les instants.

A cet âge, l'amitié a une double fonction : d'ouverture sur l'extérieur, de recherche sur soi même.

## C) L'adolescent et sa bande

Bien souvent, la bande occupe le devant de la scène et la famille passe au second plan. C'est la période « des copains d'abord ».

Les adolescents ont très souvent tendance à vouloir faire partie d'un groupe. Ils veulent s'intégrer au groupe avec qui, ils partagent les mêmes plaisirs, les mêmes codes vestimentaires et verbaux. Cela leur procure un sentiment de sécurité et de reconnaissance. Les jeunes deviennent plus sûrs d'eux et cela leur donne la confiance qu'ils n'ont peut-être pas. Mais, faire partie d'un groupe peut-être aussi dangereux, parce que souvent ces jeunes, défiés par les membres du groupe vont sous-estimer leurs propres forces et mettre en danger leur santé.

Ainsi l'appartenance à une « bande » peut avoir des conséquences néfastes sur leur vie future. Un conflit peut naître avec les parents s'ils ne sont pas d'accord avec leurs fréquentations.

En revanche, la situation des adolescents qui n'ont pas d'amis mérite une attention particulière car elle peut cacher des difficultés psychologiques et installer celui-ci dans une grande solitude. Cette période de grands changements tant sur le plan physique que psychique fragilise les jeunes qui peuvent adopter des comportements à risques, voire dangereux.

### **1.1.3 Les comportements inquiétants**

L'adolescence est connue comme étant l'âge de tous les risques, ceux encourus réellement par les adolescents ou/et ceux que redoutent les parents.

Trois sortes de comportement sont répertoriés : les conduites à risques, les conduites addictives, les comportements alimentaires.

## A) Les conduites à risque

Ces conduites traduisent une angoisse profonde des métamorphoses subies. Elles peuvent prendre des aspects divers :

- *Le goût du risque* : chez l'individu, pour qui les mécanismes de protection ne joueront pas, la solitude et l'instinct de mort peuvent l'emporter. Les accidents avec un deux roues sont très importants entre 15 et 17 ans.
- *L'agressivité* : un adolescent qui n'obtient pas satisfaction immédiatement peut devenir agressif, violent et sous-estimer le préjudice causé à autrui.
- *Les conduites sexuelles* : inadéquates avec bien souvent une négligence de l'autre et de soi, causées par une absence de contraception chez la fille, une absence de protection contre les maladies sexuellement transmissibles, et un nombre en augmentation de grossesses non désirées ou motivées par un désir de reconnaissance ou d'émancipation chez des mineures de plus en plus jeunes.
- *Les fugues* : dans lesquelles nombre d'adolescents pensent trouver une liberté revendiquée et une émancipation. Très vite privés de protection familiale, ils se retrouvent dans des zones de vie à risques (squats) et deviennent ainsi des proies faciles pour des individus mal intentionnés.
- *Les suicides* : ils peuvent traduire un stade ultime des conduites à risques, et peuvent être la conséquence d'un repliement sur soi lié à une forte dépression. On estime entre 8 à 15% la proportion des adolescents faisant une tentative de suicide avec peut-être la moitié qui passe inaperçue<sup>5</sup>. Une extrême vigilance s'impose car les récurrences sont très fréquentes et traduisent une vraie souffrance.

## B) Les conduites addictives

L'adolescent est particulièrement exposé au risque addictif, puisqu'il rejoint sa vision du « tout ou rien » ou du « tout, tout de suite ». La consommation de drogue, de tabac et d'alcool lui procure du plaisir et le soulage de son mal-être. De plus, un tel comportement est valorisé à ses yeux et à ceux de ses camarades par la fierté de la transgression.

---

<sup>5</sup> LORRAIN J-L, Adolescence, comment en sortir, Rapport du Sénat N°242, 2002-2004.

Les conduites addictives sont le plus grand risque pour l'adolescent car elles peuvent déstructurer profondément la santé psychique de l'adulte en devenir et accroître la dépendance aux drogues dures ou à l'alcool.

D'après l'enquête de l'INSERM<sup>6</sup>, 40% des jeunes de 11 à 19 ans absorbent occasionnellement une boisson alcoolisée ou ont été ivres une fois ou deux dans l'année. 12% des mêmes jeunes ont une consommation plus régulière ( 2 fois par semaine et ivresse trois fois et plus dans l'année )

Selon le Dr Pommereau X., « plus des trois quarts d'adolescents sont des fumeurs et la moyenne des jeunes commencent vers 14 ans »<sup>7</sup>.

### C) Les troubles alimentaires

- *L'anorexie mentale* : c'est la restriction volontaire de nourriture associée à une perte de poids de 25 à 50% du poids initial. 10 filles sont touchées pour 1 garçon<sup>8</sup>. Le danger mortel vient de la recherche acharnée de la minceur, de la peur panique de grossir. Cette angoisse est liée à la perte de contrôle d'un corps changeant, et donc vécu comme dangereux. Elle est largement entretenue par les médias, qui instaurent un véritable « diktat de la minceur », en présentant des mannequins de plus en plus maigres et dont les photos ont été techniquement retouchées à cet effet. L'anorexie mentale peut entraîner un décès par cachexie et par suicide.
- *La boulimie* : c'est une maladie caractérisée par l'impossibilité de maîtriser ses pulsions dans sa relation aux aliments. Cinq filles pour un garçon entre 12 et 18 ans sont touchés. Le soir, la nuit en cachette, l'adolescent en crise ingurgite tout ce qui lui tombe sous la main. Après ces excès, il se fait vomir puis s'en suit un grand malaise physique et psychologique accompagné d'un grand sentiment de culpabilité. Ces troubles anorexiques ou boulimiques peuvent être couplés à une boulimie d'achats, boulimie sexuelle ou kleptomanie.

---

<sup>6</sup> INSERM, Adolescents, 2000

<sup>7</sup> POMMEREAU X., Rapport Santé des jeunes, Avril 2002

<sup>8</sup> RUFO M., Rapport préparatoire à la Conférence à la famille : Santé Adolescence et Famille, 2004

## 1.2 L'adolescent dans le monde des adultes

La problématique de l'adolescent ne peut s'envisager qu'à travers l'étude de ses relations avec la famille dont il est issu. Mais, celle-ci peut présenter des dysfonctionnements qui fragilisent davantage l'adolescent. Dans ce cas, on peut espérer qu'il trouve dans la société des relais qui suppléent la carence familiale. Parmi eux, les systèmes éducatif et judiciaire montrent des défaillances dans la prise en charge spécifique de la population adolescente et cela, dans un contexte de précarité de l'emploi.

### 1.2.1 La métamorphose de la cellule familiale

Le visage de la cellule familiale s'est fortement transformé et l'autorité parentale a dû être redéfinie. L'adolescent, déjà en mutation intérieure, rencontre des difficultés supplémentaires pour s'adapter aux mutations de sa famille référente.

#### A) Le rôle de la famille

Dans toutes les enquêtes auprès des adolescents, la famille et essentiellement les parents restent une valeur sûre.

Pour un enfant, la famille (père, mère, fratrie et famille élargie) est le premier lien de socialisation et d'apprentissage. Son rôle s'articule autour de deux axes :

- la mise en place de processus affectifs, protecteurs et éducatifs de base.
- l'encadrement et le contrôle de l'évolution de l'enfant.

Ainsi, la famille joue un grand rôle structurant dans son développement. L'éducation a pour objet de développer chez l'enfant un certain nombre de qualités physiques, intellectuelles et morales que réclament de lui la société et le milieu spécifique qui sera le sien.

Mais, si cette dernière est défaillante, elle constitue alors un facteur de vulnérabilité important.

## B) L'évolution de la famille

Durant les dernières décennies, la famille a beaucoup évolué, comme le souligne le Haut Comité de la Santé Publique, avec :

- l'émergence de familles d'un ou deux enfants remplaçant la famille nombreuse
- l'accroissement des familles monoparentales
- le développement des familles recomposées

Par ailleurs le départ tardif des jeunes du foyer familial en raison de la crise économique en modifie aussi le profil.

En 1980 on recensait 394000 mariages soit 7,8 mariages pour 1000 habitants, en 2002, 287000 mariages ont été célébrés soit 4,7 mariages pour 1000 habitants<sup>9</sup>. Les situations d'unions libres progressent ainsi que le nombre d'enfants qui naissent hors mariage.

## C) L'autorité parentale

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Cela signifie que, jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant, son père et sa mère doivent le protéger, assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne.

Introduite dans le Code Civil par la loi du 4 juin 1970 en remplacement de la puissance paternelle, elle a été réformée par les lois du 22 juillet 1987 et la loi du 4 mars 2002, dans le sens d'une plus grande égalité entre les enfants, quelque soit le statut des parents et dans celui d'une meilleure co-parentalité.

Exercer l'autorité parentale sur la personne de l'enfant c'est notamment :

- déterminer son lieu de résidence et exiger qu'il y demeure effectivement.
- le protéger dans sa vie privée
- le protéger dans ses relations avec autrui
- veiller à sa santé, à son hygiène
- assurer son éducation au quotidien : éducation scolaire, professionnelle, apprentissage de la vie en société, etc.
- gérer les biens de l'enfant mineur

---

<sup>9</sup> RUFO M., Rapport préparatoire à la Conférence de la famille, 2004

En principe, l'autorité parentale est exercée en commun par les deux parents, qu'ils soient mariés ou non, qu'ils vivent ensemble ou séparément.

Dans les cas, elle est exercée par un seul parent :

- lorsque la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul parent
- lorsque la reconnaissance de l'enfant par le second parent est intervenue plus d'un an après sa naissance. Toutefois, l'autorité parentale pourra être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère ou sur décision du juge aux affaires familiales saisi par l'un d'eux.
- lorsque le juge en a décidé ainsi en fonction de l'intérêt de l'enfant.

Même séparés, les parents continuent à exercer, à égalité, leurs droits et devoirs. Ainsi ils décident ensemble de l'orientation scolaire de l'enfant, de son éducation, de ses relations avec autrui, des questions relatives à sa santé, etc. A l'égard des tiers, s'agissant des actes « usuels », c'est-à-dire de la vie courante, les parents sont présumés être d'accord, ce qui permet à chacun d'agir seul. En cas de désaccord, ils peuvent toutefois saisir le juge aux affaires familiales du tribunal de grande instance compétent.

## **1.2.2 Les dysfonctionnements au sein de la famille**

De nombreux dysfonctionnements au sein de la famille peuvent nuire gravement au développement harmonieux de l'adolescent.

### A) L'enfance en danger

Un mineur est maltraité dès lors qu'il est victime :

- de négligence grave
- de mauvais traitements
- d'exploitation ou de violences sexuelles

L'observatoire national de l'Action sociale décentralisée (ODAS) considère qu'il existe deux formes de maltraitance :

**L'enfant dit à risque** : cet enfant connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité. Il ne présente pas de lésion corporelle, il attire l'attention des professionnels par son comportement, son état de santé, ses propos.

Les types de risques, selon les sources de l'ODAS 2002 pour 100 adolescents, peuvent se répartir comme suit :

- 51 % risque éducatif
- 17 % santé psychologique
- 13 % sécurité
- 11 % manque d'entretien
- 8 % santé physique

**L'enfant maltraité** : est un enfant victime de cruautés mentales, de négligences lourdes et d'abus sexuels. L'enfant est victime, il souffre de lésions corporelles (plaies, contusions, brûlures, hématomes, fractures) de carences graves, notamment nutritionnelles ou de troubles psychologiques.

Les derniers chiffres publiés par la lettre de l'ODAS pour l'année 2001 relèvent :

- 33 % abus sexuels
- 32 % violences physiques
- 26 % négligences lourdes
- 9 % violences psychologiques

Une étude réalisée par l'ODAS en avril 1999<sup>10</sup> montre que dans la majorité des cas les parents sont les auteurs de ces mauvais traitements. On peut observer également une sur représentation des familles monoparentales ou recomposées, des parents inactifs, l'inactivité des mères.

#### B) La crise parentale

Aujourd'hui, la séparation des parents s'est banalisée, jusqu'à en devenir la norme. Les enfants ne devraient pas souffrir du divorce de leurs parents, mais beaucoup en gardent des blessures psychologiques durables.

---

<sup>10</sup> BELLEMY E., GABEL M., PADIEU H., Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les enjeux, Avril 1999

Ils ont tendance à se sentir responsables parce qu'on les utilise en leur demandant de prendre position ou de prendre parti pour l'un ou l'autre. Leur référence jusqu'alors, la cellule familiale, vole en éclats.

Lorsqu'il y a rupture dans le couple, 20% des pères<sup>11</sup> ne voient plus régulièrement leur enfant. L'adolescent se sent alors abandonné, cette absence peut être tenue pour responsable de divers débordements.

Le développement actuel des familles monoparentales ou recomposées est un autre facteur de risque. En effet, dans ces nouvelles structures, l'adolescent a souvent du mal à trouver sa place, ses relations avec son beau-père, sa belle-mère ou autres enfants sont parfois difficiles. La crise parentale, le climat familial peuvent interférer sur l'évolution du jeune.

### C) La crise de l'autorité

L'autorité doit être envisagée comme un acte bénéfique et bienveillant pour l'évolution de l'enfant. Or aujourd'hui, comme le précise le Dr Marcelli<sup>12</sup>, l'autorité infantile peut succéder à l'autorité parentale. En effet, certains parents sont en situation de défaillance pour poser des limites et recadrer l'enfant dans son évolution. Comme le souligne aussi le Dr Braconnier « Les adolescents ont autant besoin de direction qui les rassurent que de liberté pour se forger leur propre expérience de la vie »<sup>13</sup>. Un enfant, qui n'a pas dès l'enfance intégré les interdits, aura beaucoup de mal à respecter les règles imposées par la société.

### **1.2.3 Les adolescents confrontés à la réalité socio-économique**

La nécessaire prise en charge de l'adolescent par des relais « sociaux », autres que la famille, est largement insuffisante. De fait, les systèmes éducatif, économique et judiciaire, montrent de nombreuses défaillances.

---

<sup>11</sup> BETEILLE L., Rapport Autorité Parentale N°71

<sup>12</sup> MARCELLI D., L' enfant chef de la famille, Ed Albin Michel

<sup>13</sup> Dr BRACONNIER A., Le guide de l'adolescent, Ed Odile Jacob

#### A) L'échec scolaire

La réussite scolaire figure à l'évidence au premier rang des préoccupations éducatives de la famille. Le système éducatif constitue un facteur considérable d'ascension sociale et de valorisation des compétences et des potentialités du jeune. L'école doit permettre à tous les adolescents de devenir acteurs de leur parcours professionnel. Pourtant une réalité s'impose aujourd'hui près de 60 000 jeunes soit 8% d'une génération quittent l'école sans aucun niveau de qualification reconnu.

A ce constat s'ajoute aussi le phénomène de la déscolarisation qui peut atteindre des proportions inquiétantes et qui est la résultante de situations diverses :

échec scolaire (mal scolarisation – souffrance psychologique – mauvaise intégration), conditions de vie, précarité souvent cumulée avec une mauvaise image de l'utilité de l'école, exclusions à répétition des élèves difficiles.

La déscolarisation est un symptôme grave, qui ne peut plus être résolu par la seule école. Une politique publique globale doit venir pallier les insuffisances ou les échecs du système éducatif.

#### B) Un contexte économique défavorable

Le travail aujourd'hui n'est plus une valeur sûre pour assurer des revenus indispensables à la vie d'une famille. Le chômage peut destabiliser gravement la cellule familiale s'il se prolonge. Il va l'entraîner dans l'exclusion, la pauvreté voire la précarité.

Le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport de 1998, retient comme définition de la précarité : un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu, est susceptible d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté et de l'exclusion.

En France, 5 millions de personnes seraient touchées par la grande pauvreté, et 12 – 15 millions par la précarité. Un enfant sur dix grandit dans un foyer avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté<sup>14</sup>.

Une bonne image de soi est donc difficile à entretenir dans de telles circonstances de vie et un sentiment de honte est souvent ressenti.

---

<sup>14</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Ed ENSP

Ainsi de nombreux rapports rappellent que la précarité, la misère est très souvent la « toile de fond » de la vie de ceux et celles qui rentrent dans le système de protection de l'enfance<sup>15</sup>.

### C) Les carences du système judiciaire

La sécurité des biens et des personnes est au centre des préoccupations d'une grande partie de l'opinion publique.

Si les jeunes ont tendance à faire peur et que c'est à eux qu'on attribue la plus grande partie des faits de la délinquance (image négative entretenue par les médias), la délinquance des mineurs ne représente que 20%. D'autre part, il est important de distinguer les différentes formes de délinquances (atteintes aux biens, aux personnes, violences contre les institutions) qui ont de multiples fondements et qui ne peuvent donc être traitées de la même manière. Or la solution la plus fréquemment réclamée et adoptée est l'alourdissement de la répression, ce qui contribue d'ailleurs pour les jeunes à penser que **les lois ne sont que répressives et qu'elles ne les protègent pas**.

Ce problème de délinquance juvénile, qui révèle un certain mal-être de ces jeunes et crée un climat d'insécurité, doit être pris en charge dans sa spécificité par le système judiciaire. C'est une population particulière qui doit appeler une réponse adéquate, et pas uniquement répressive. La prévention et la protection restent les meilleures alternatives à la répression.

## **1.3 Un enjeu de politique publique**

Pour remédier à la multiplication des troubles de santé mentale présentés par les adolescents, et pour contenir une violence adolescente de plus en plus vive, les pouvoirs publics se sont mobilisés en proposant une politique globale de protection de l'enfance.

### **1.3.1 Un constat inquiétant**

On observe de plus en plus de troubles mentaux et de violence subie ou agie chez la population adolescente. Face à cette montée en puissance, les parents sont désemparés.

---

<sup>15</sup> DREES, Etudes et résultats, n° 201, novembre 2002

## A) Le développement des problèmes de santé mentale

En 2003, le Rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale indique qu' : « Un enfant sur huit souffre d'un trouble mental en France. Qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie, ces troubles peuvent avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant»<sup>16</sup>.

Cette proportion devient de un sur cinq chez l'adolescent<sup>17</sup>.

Les maladies communément observées sont :

- *Les troubles anxieux :*

crises d'angoisse causées par des soucis excessifs, des troubles du sommeil, de la mémoire, des attaques de panique, des phobies sociales

- *Les troubles de l'humeur :*

La dépression, les troubles maniaco-dépressifs augmentent. Ils touchent aujourd'hui près de 3% des 12-18 ans<sup>18</sup>.

- *Les troubles du comportement alimentaire (TCA) :*

Touchent surtout les adolescents – 1% de jeunes filles de 17 à 19 ans pour la boulimie, 0,2% des jeunes filles de 13 à 19 ans pour des anorexies.

- *La morbidité suicidaire :*

Le suicide est la seconde cause de mort violente chez les adolescents après les accidents de la circulation. Chez les 15-24 ans la morbidité suicidaire atteint un taux de 9%<sup>19</sup>. Tout problème même minime de santé mentale non pris en charge peut aboutir à une tentative de suicide ou une récurrence.

---

<sup>16</sup> INSERM, Expertise collective, Mars 2003

<sup>17</sup> LORRAIN J-L, Adolescence comment en sortir, Rapport du Sénat N° 242, 2002-2003

<sup>18</sup> CHOQUET M., INSERM, Expertise collective, Février 2003

<sup>19</sup> CHOQUET, GRANBOULAN, Les jeunes suicidants à l'hôpital, Edition médicale et scientifique, Février 2004

- *Les troubles oppositionnels de comportement :*

Les adolescents éprouvent des difficultés énormes à accepter les règlements et à se comporter correctement. Ils sont agressifs envers les adultes. Ils se permettent souvent de mentir, voler, détruire les biens et d'agir sexuellement de façon inacceptable. Un autre constat qui inquiète, la montée de la violence chez les jeunes.

## B) Une augmentation de la violence

L'adolescent est capable de réaliser des pensées violentes parce qu'il a maintenant la force de les exécuter.

Pour l'OMS<sup>20</sup>, la violence est « l'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ».

La violence a tendance à se répandre et à s'amplifier chez certains adolescents. Trois types de violences sont à distinguer :

- *La violence retournée sur soi :*

Qui s'exprime par certaines conduites - prises de risques, de drogue, d'alcool, d'automutilation et aussi de tentatives de suicide.

- *La violence subie :*

Il s'agit aussi bien de violences physiques, de coups et blessures, de harcèlement, d'agressions sexuelles : viol, « tournantes » pédophilie, inceste. Ces violences sont souvent faites par des adultes abusant de leur toute puissance, mais aussi de plus en plus fréquemment par d'autres jeunes appartenant à un groupe.

Pour la victime, en parler ou porter plainte reste un acte difficile, la honte, la peur de représailles font que l'adolescent se mure dans son silence, sa souffrance.

- *Les violences agies :*

Ce sont celles dirigées vers l'extérieur et dont on parle le plus. Ces violences exprimées à un degré plus ou moins élevé se pratiquent dans la famille, le milieu scolaire, la rue.

---

<sup>20</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Rapport sur la violence et la santé, 2002

La gamme de violences peut s'étendre des violences verbales, rixes, petites délinquances, racket, aux agressions armées, viols et criminalité.

Ces conduites violentes se retrouvent chez 10 à 40% des jeunes<sup>21</sup>. Elles sont fréquemment associées à des violences subies et à des conduites à risque ou à la consommation de produits toxiques.

### C) Le désarroi des parents

Le rôle de parent, et plus particulièrement celui de parent d'adolescent, est sans doute le plus dur métier du monde. Il existe, de plus en plus souvent, des parents en difficulté dans l'éducation de leur adolescent, désemparés face à la maladie mentale ou la violence de ces derniers.

Les parents d'adolescents en crise sont rarement démissionnaires : ils ont échoué du fait de l'absence de ligne directrice, de méthode ou de connaissances pédagogiques et psychologiques.

D'autres parents préfèrent esquiver les conflits familiaux et ne pas s'opposer aux volontés de l'adolescent (surtout s'ils vivent des situations de couple difficiles). Ce qui fera perdurer chez l'adolescent le sentiment de toute puissance infantile. Ainsi, il n'est pas rare d'observer des situations plus dramatiques de parents « tyrannisés » par leurs enfants qui n'ont reçu aucun apprentissage de la frustration<sup>22</sup>.

### **1.3.2 La mobilisation des pouvoirs publics**

Face à ce constat inquiétant, les pouvoirs publics ont réagi en mettant en place un ensemble de mesures d'aide à l'enfance.

---

<sup>21</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes Ed ENSP, février 2000

<sup>22</sup> ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, N° 2230, 28 septembre 2001

#### A) Pour renforcer le système de protection de l'enfance dans son ensemble

Les enfants et parents qui ont, à un moment donné, à faire face au système de la protection de l'enfance ne doivent pas en souffrir or, il n'en est pas toujours ainsi comme le révèlent certains témoignages et récits.

Le champ de la protection de l'enfance fait intervenir de multiples professionnels de compétence différente et, force est de constater que les actions mises en œuvre ne sont pas toujours bien articulées et manquent de lisibilité.

Il apparaît donc nécessaire de mettre en place une véritable stratégie, commune, d'actions pour assurer une prise en charge efficace.

C'est dans ce sens qu'un groupe de travail s'est constitué à la demande du Ministre délégué à la famille Christian Jacob, en 2003, afin de réfléchir sur les moyens nécessaires à l'amélioration d'un système de protection de l'enfance et de l'adolescence.

Ce travail s'est articulé autour de trois axes et a donné lieu à quinze fiches action :

- Se donner les moyens de mieux évaluer par la création d'un Observatoire National de la Protection de l'Enfance afin de recenser les données, informations et d'adapter les politiques publiques.
- Renforcer les dispositifs existants par une meilleure information des usagers, une meilleure formation des professionnels et par une meilleure coopération entre les champs de la psychiatrie et le champ de la protection de l'enfance
- Mettre en place des formes d'accueil diversifiées en conjuguant action à domicile et placement, en apportant un meilleur soutien aux familles en les accompagnant dans la gestion du budget.

#### B) Pour soutenir la détresse des parents

Le soutien à la parentalité est depuis quelques années au centre des préoccupations de la politique familiale.

En témoigne notamment la création des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents par la circulaire du 9 mars 1999.

Les objectifs sont simples et concernent tous les parents :

- favoriser la relation entre parents
- valoriser les compétences des parents
- mettre en place un réseau entre les différents intervenants
- mobiliser les parents et les engager autour de projets innovants, autour d'actions qu'ils animent.

Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation récente par l'IGAS. Les conclusions sont favorables.

En effet, il en ressort qu'il s'agit d'un « dispositif pertinent malgré ses fragilités, qui a su montrer une réelle efficacité qui mérite d'être maintenu et sécurisé »<sup>23</sup>.

Le nombre de familles concernées pourrait être compris entre 130 000 et 200 000 et près de 3000 projets sont montés chaque année<sup>24</sup>.

A cela, il faut rajouter diverses démarches visant à aider les familles :

- le conseil conjugal
- le contrat local d'accompagnement à la scolarité (aide aux devoirs et du dialogue entre la famille et l'école)
- la médiation familiale en cas de conflit
- le parrainage

Aussi, si diverses interventions existent, encore faut-il assurer leur accessibilité et permettre ainsi à tous les parents d'être aidés.

Plusieurs propositions ont été formulées à la Conférence de la Famille 2003 visant un meilleur accès à l'information des services existants par notamment la création d'un « point-info-famille » accessible sur Internet.

Aujourd'hui, selon le rapport d'évaluation de l'IGAS, l'effort doit être particulièrement orienté vers les familles marginalisées, isolées pour mieux faire connaître les dispositifs de soutien à la parentalité.

### C) Pour améliorer le bien-être des adolescents

La Conférence de la Famille qui s'est tenue le 29 juin 2004 était consacrée pour la première fois à l'adolescence.

---

<sup>23</sup> IGAS, Rapport Evaluation du dispositif des REAAP, N°2004 019, Mars 2004

<sup>24</sup> ACTUALITE SOCIALES HEBDOMADAIRES, N°2356, 23 septembre 2004

Il s'agit de « donner aux adolescents plus de possibilités pour être acteurs de leur propre épanouissement »<sup>25</sup>.

Pour cela trois axes de travail ont été développés : la santé, les loisirs, le projet personnel et les engagements collectifs.

Dans le domaine de la santé, deux mesures phares sont annoncées :

-l'instauration d'un bilan de santé personnalisé en classe de 5<sup>ème</sup> qui vise à mieux repérer les troubles sanitaires et sociaux

-la généralisation des Maisons de l'adolescence sur les modèles existants au Havre (première Maison de l'adolescence créée en 1999 par le Dr Fuseau), à Bordeaux (Pôle Aquitain de l'adolescence – centre Jean Abadie créé par le Dr Pommerau), à Marseille (Espace Arthur créé par le Dr Marcel Rufo), à Bobigny (maison de l'adolescence « CASITA » dirigée par le Pr Marie-Rose Moro à l'hôpital Avicenne).

L'objectif étant d'instaurer des lieux spécifiques qui peuvent être des sites nouveaux ou rattachés à des structures hospitalières et qui proposent une prise en charge pluridisciplinaire. Ainsi, les adolescents pourront trouver des réponses à une demande d'information et si besoin bénéficier d'une prise en charge globale.

Dans le domaine des loisirs, l'accent a été mis sur le développement de l'accès aux transports, à la culture, aux loisirs par la création d'un « pass ».

Dans le domaine projet personnel et engagement collectif, l'objectif est de faciliter les expériences de travail et de les valoriser (jobs de vacances, stages de découverte) de leur accorder le droit de s'associer et de les inciter à participer davantage à l'exercice de la citoyenneté (carte électorale remise par le maire, les associer au débat public)

### **1.3.3 La prise en charge des adolescents en difficulté**

L'adolescent en crise peut rencontrer, dans son épreuve, de nombreux interlocuteurs, provenant de corps de métiers divers (secteur scolaire, judiciaire, sanitaire, médico-social). Mais l'action spécifique de l'Aide Sociale à l'Enfance demeure prépondérante dans la prise en charge de l'adolescent. Enfin, le CDEF, peut être sollicité à son tour, par délégation du Président du Conseil Général, pour prendre soin de l'adolescent.

---

<sup>25</sup> JACOB Christian, Ancien Ministre Délégué à la famille, discours du 17 Mars 2003

## A) L'intervention des différents secteurs

Si nombreux sont les acteurs qui visent à améliorer le sort des jeunes en difficulté, ils relèvent de secteurs bien définis. Ils obéissent à une logique de financement propre ce qui entraîne un certain cloisonnement qui peut être un obstacle majeur dans leur collaboration et dans la mise en œuvre d'une prise en charge globale.

### - Le secteur scolaire :

Le médecin scolaire, l'infirmière, l'assistante sociale, le conseiller d'éducation, les enseignants jouent un rôle primordial dans le repérage de jeunes en situation difficile, la maltraitance, la prévention et l'éducation à la santé.

### - Le secteur judiciaire :

La protection judiciaire de la jeunesse est chargée de conduire une mission éducative à l'égard des mineurs qui lui sont confiés, par les juridictions, soit au titre de l'enfance délinquante, soit au titre de l'enfance en danger.

### - Le secteur sanitaire :

Tous les professionnels de ce secteur participent non seulement au repérage de mauvais traitements, mais également aux diagnostics, aux soins et à la prévention. Le champ de la psychiatrie détecte et soigne les troubles psychiques.

### - Le secteur médico-social :

Il réunit de nombreux instituts qui ont pour mission l'éducation spécialisée.

## B) L'action spécifique de l'Aide Sociale à l'Enfance

L' Aide Sociale à l'Enfance occupe une place importante tant par les missions qui lui sont dévolues que par le poids financier qu'elle représente (premier poste des dépenses d'aide sociale des départements). Depuis les lois de décentralisation, elle est confiée au département qui en assure la gestion et le financement.

Les missions du service de l'ASE sont définies par l'article L 221-1 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

Elles visent trois objectifs fondamentaux :

- aider les enfants et leur famille
- protéger les enfants en danger
- remplacer les parents lorsqu'il n'y en a plus, lorsqu'ils ont démissionnés ou sont défailants.

Dans le département de la Haute-Garonne, l'Aide Sociale représente 42% du budget global du Conseil Général.

L'aide sociale à l'enfance représente 83 millions d'euros (budget primitif 2004) soit 30% des dépenses d'aide sociale <sup>26</sup>.

Les prestations auxquelles les familles peuvent avoir recours sont de deux types :

- *les aides à domicile*, prestations spécifiques aux services de l'ASE, prennent la forme d'aides financières ou d'aide en nature telle que l'intervention d'une travailleuse familiale ou d'un éducateur (service d'action éducative) à domicile pour apporter aide ou conseil.
- *l'accueil, l'entretien et l'hébergement en établissement* sont prévus en faveur des mineurs confiés à l'ASE par une mesure administrative, par décision judiciaire, des pupilles de l'Etat, des femmes enceintes et même isolées.

Cet accueil est assuré auprès d'assistantes maternelles ou en établissement.

La gamme de ces derniers est variée : foyer de l'enfance, centre maternel, maison à caractère social

### C) Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille de Haute-Garonne

Le CDEF est un établissement public personnalisé, d'une capacité de 187 places, financé à 100% par le Conseil Général du département.

Un mineur accueilli au CDEF est confié au service de l'ASE qui en est le gardien.

C'est le responsable de l'ASE par délégation du Président du Conseil Général qui sollicite le CDEF pour son accueil.

---

<sup>26</sup> site Internet du Conseil Général de Haute-Garonne : [www.cg31.fr](http://www.cg31.fr)

Le CDEF a pour mission :

- d'accueillir sans délai, en urgence, de jour comme de nuit, tout enfant mineur en danger en vue d'une protection, d'une évaluation et d'une orientation tout en préservant les liens avec sa famille.
- d'accueillir les femmes enceintes et les mères accompagnées d'enfants de moins de trois ans, en difficultés maternelles et psychologiques

Les mineurs sont accueillis au CDEF sous différents statuts :

- pupille de l'état pour les enfants abandonnés et orphelins.
- les accueillis provisoires : l'accueil et la prise en charge sont contractualisés avec les parents pour une période bien définie.
- les enfants confiés par décision judiciaire : le Juge des Enfants peut ordonner des mesures d'assistance éducative «lorsque la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé est en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises » (article 375 du code civil). Le procureur de la République, en cas d'urgence notamment la nuit et les week-ends peut prendre les mêmes décisions, à charge pour lui de saisir dans les huit jours le juge compétent.

Le CDEF regroupe sur le même site : pouponnière, centre maternel, trois groupes éducatifs de 3 à 12 ans, le jardin d'enfants, les services généraux, les services administratifs, la direction ainsi qu'une école élémentaire avec deux instituteurs spécialisés.

Il s'agit d'une propriété de 6 hectares dont 5 hectares de parcs et de pelouses. Des aires de jeux aménagées, des terrains de sport, un gymnase, une piscine et des pataugeoires sont répartis dans le parc.

Le CDEF dispose également d'annexes situées à proximité du centre ville :

- Deux groupes fratries mixtes: l'un dans un quartier populaire (Mirail) 3 -12 ans / l'autre dans un quartier calme 6 -17 ans
- Negreneys : annexe mixte des 12 -14 ans
- SAPA filles : annexe accueillant des adolescentes de 14 -18 ans
- SAPA garçons : annexe accueillant des adolescents de 14 -18 ans
- SAPA appartements : 2 appartements de 3 places non mixtes dans le cadre d'une préparation à l'autonomie.
- Appartement Centre Maternel de 3 places

Pour mener à bien les missions de l'établissement, le CDEF emploie 218 personnes (75% travaillent avec les personnes accueillies, 10% sur les services administratifs et 15% sur les services généraux).

En 2003, le CDEF a accueilli 616 usagers et réalisé 62205 journées. La moyenne générale d'occupation journalière a été de 170,5 usagers soit un taux d'occupation de 91,2%.

Remarque :

En 1993, le CDEF avait accueilli 1042 usagers et réalisé 57218 journées.

Le nombre d'usagers accueillis au CDEF a donc fortement diminué en 10 ans.

Ces chiffres démontrent bien un turn-over moins important et des durées de séjour qui tendent à augmenter<sup>27</sup>.

S'agissant des populations accueillies :

- 36.5% ont été confiés au CDEF dans le cadre d'un accueil provisoire (mesure administrative)
- 61% sur décision judiciaire dont 44.5% sur ordonnance de placement provisoire et 16.5% sur ordonnance de placement d'urgence (Procureur de la République)
- 2% au titre de Pupille de l'état.
- 0.5% sans statut (demande du statut de réfugié politique)

Tout au long de cette partie, j'ai voulu démontrer la complexité du concept de l'adolescence et les difficultés pouvant être rencontrées dans la prise en charge d'une telle population.

L'adolescence, parce qu'elle constitue une période charnière dans la vie d'un jeune qui s'apprête à devenir adulte, a suscité la mobilisation des pouvoirs publics et la mise en place de dispositifs institutionnels afin d'améliorer leur bien-être.

Le CDEF s'inscrit bien dans cette logique de garantir une prise en charge adaptée, de satisfaire au mieux les besoins des adolescents accueillis afin de leur permettre d'envisager des perspectives d'avenir.

---

<sup>27</sup> BILAN D'ACTIVITE CDEF

## **2 LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT AU CDEF**

Le CDEF est une structure performante, doté d'un plateau technique riche et d'un savoir-faire certain.

Malgré tout, il connaît des difficultés liées non seulement à la spécificité de cette tranche d'âge mais aussi au manque de coordination et de lisibilité dans les actions menées par les différents intervenants.

### **2.1 Le CDEF : une structure performante**

Les principales forces du CDEF résident, outre son implantation géographique, dans une équipe professionnelle très compétente, dans la proposition de projets fonctionnels, et dans une véritable prise en charge individualisée de l'adolescent.

#### **2.1.1 Les atouts du CDEF : implantation géographique et professionnels nombreux et compétents**

Implanté au plus près de la réalité géographique de la population adolescente, le CDEF assure une bonne prise en charge grâce au travail de professionnels diplômés (éducateurs, veilleurs de nuit, personnel de la logistique) et de l'équipe médico-psychosociale (médecins, psychologues, assistantes sociales.), qui est la force spécifique de ce CDEF.

##### **A) Un emplacement stratégique**

Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille a fait le choix de situer ces services d'adolescents à proximité du centre ville de Toulouse. Ces services constituent des annexes au site principal qui lui se trouve en périphérie de la ville.

Le choix de cette situation géographique n'est pas le fruit du hasard, il s'agit bien là d'un souci d'être au plus proche de leur réalité. En effet, ces adolescents appartiennent au tissu social, ils sont scolarisés, en formation ou devraient l'être, ils ont des relations familiales, amicales, appartiennent à des groupes : ils ont donc un grand besoin de circuler, de communiquer, d'aller vers leur centre d'intérêt et de pouvoir continuer leurs activités et loisirs.

Ces jeunes sont accueillis soit dans des maisons individuelles, disposant de locaux agréables et fonctionnels soit dans des appartements dans le cadre de la préparation à l'autonomie.

On distingue le groupe des préadolescents du groupe des adolescents :

- Negreneys est une annexe mixte pouvant accueillir 11 préadolescents ( es) âgés de 12 à 14 ans et demi.
- Le service d'accueil et de prévention pour adolescents (SAPA) présente la particularité de ne pas être mixte et se compose d'un collectif dans deux maisons individuelles pour 7 adolescents ou 7 adolescentes et d'un accueil en appartement (deux appartements) de 3 places chacun, pour les adolescents(es) en voie d'autonomisation.

Ces jeunes sont accueillis dans des locaux adaptés, se répartissant en espaces privés et collectifs permettant de respecter leur intimité et d'assurer leur sécurité.

Tout mineur accueilli au CDEF est obligatoirement confié à l'ASE, qui en est le service gardien.

L'accueil s'y déroule de manière permanente et une équipe pluridisciplinaire composée de personnels éducatifs, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'un médecin psychiatre, d'un médecin généraliste, d'une infirmière, d'un cadre socio-éducatif est chargée de l'accompagnement.

#### B) Une équipe professionnelle qualifiée

Assurer la prise en charge des adolescents confiés au CDEF implique la participation active de tout un ensemble de personnels qualifiés et ce, à divers niveaux :

- *Les éducateurs* ont pour principale responsabilité la prise en charge quotidienne et **totale** des adolescents.

Au niveau individuel, ils doivent savoir écouter, conseiller, dédramatiser les situations, faire intégrer les apprentissages de la vie quotidienne.

Au niveau collectif, ils sont chargés de l'animation éducative de l'organisation des loisirs, de la scolarité, de l'évolution globale des adolescents.

Pour permettre d'assurer la continuité du travail éducatif, pour aider à mieux cerner la personnalité de l'adolescent, des observations journalières sont consignées. Elles seront analysées lors des réunions d'équipe et permettront de réajuster collectivement les interventions auprès de l'adolescent.

- *Les veilleurs de nuit* ont une fonction à part entière. Elle implique la surveillance des personnes et des biens la nuit.

Leur mission est d'assurer la continuité de la prise en charge exercée le jour, de veiller à la santé, à la sécurité, à la discipline.

Leur rôle est particulièrement important car les problématiques sont fréquemment réactivées à l'approche de la nuit. Leur qualification (aide médico-psychologique) leur permet de mieux exercer leur fonction.

- *Tout le personnel de la logistique* à savoir :

Les services généraux (la lingerie, le service entretien, service atelier maintenance, magasin, transport) et les services administratifs (accueil, secrétariat de direction, comptabilité, bureau du personnel, bureau des entrées) concourent au bon déroulement du séjour et à l'amélioration du cadre de vie.

### C) Une équipe médico-psycho-sociale importante, particularité de ce CDEF

Pour assurer une prise en charge globale des jeunes, le CDEF est doté:

- *De médecins*

- généralistes ou pédiatres qui assurent un bilan de santé complet dès l'arrivée de l'adolescent et le suivi médical tout au long du séjour, avec l'aide d'une puéricultrice.
- psychiatres qui évaluent le niveau de souffrance, la qualité du lien avec les parents, leur capacité affective, leur capacité d'élaboration et effectuent des consultations individuelles, des prescriptions médicamenteuses.

- *De psychologues* chargés de connaître, de traiter des problèmes de communication et de respecter la personne dans sa dimension psychique.

Leur activité s'exerce auprès des personnes accueillies et des équipes accueillantes

- *L'assistante sociale* a pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les jeunes et leurs familles, de les aider dans leurs démarches.

## 2.1.2 La mise en place de projets fonctionnels

Dans les projets fonctionnels, nous distinguerons trois types de projets, qui agissent en complémentarité et en synergie : le projet éducatif, le projet thérapeutique et le projet d'accompagnement.

### A) Le projet éducatif

Tout enfant a des potentialités qu'il faudra faire émerger et réaliser dans tous les domaines. La pédagogie sert de support, elle consiste à proposer à l'adolescent des stratégies pour faciliter son évolution.

En aucun cas, le placement au CDEF représente une finalité en soi.

Pour permettre à cet adolescent de se reconstruire, l'équipe va l'accueillir dans sa différence, son identité, son histoire. Tout en assurant ses besoins vitaux, son éducation, sa sécurité, elle va gérer la séparation, redonner du sens à l'accueil, en respectant les liens familiaux, favoriser et développer les relations avec l'environnement social, familial, institutionnel dans le but d'être intégré, re-scolarisé, inséré.

Pour permettre une meilleure lisibilité des actions de l'ensemble des professionnels présentés ci-dessus, ces derniers se sont mobilisés autour de projets : éducatifs, thérapeutiques d'accompagnement des familles.

Par ailleurs, les éducateurs vont proposer aux mineurs un ensemble d'activités du registre ludique, culturel, sportif leur donnant ainsi l'occasion de se valoriser et de renoncer aux conduites d'échecs.

L'éducateur joue un rôle très important de par son investissement, son savoir faire, dans la vie du jeune à un moment difficile.

### B) Le projet thérapeutique

Les traumatismes graves subis par les enfants les fragilisent, tant au niveau somatique, psychique et organique, ce qui nécessite des soins adaptés.

- *Un médecin généraliste* référent fait le point à l'entrée de l'adolescent sur sa santé en collaboration avec le personnel ayant en charge l'enfant au quotidien. Il assure le suivi médical tout au long du séjour et en informe régulièrement sa famille.

- *Un psychiatre* intervient à la demande des éducateurs ou du jeune.

Il peut intervenir auprès des familles ou dans le cadre des visites médiatisées.

Le psychiatre a besoin des témoignages des éducateurs et de l'assistante sociale, du médecin généraliste pour mieux cerner le comportement de l'enfant.

- *Le psychologue* répartit son action en trois axes de travail complémentaires :
  - un temps d'évaluation par le biais de bilans, de tests psychométriques, d'observations.
  - un temps d'accompagnement à travers les entretiens de soutien, de suivi individuels dont le but est de faire exister la réalité psychique du jeune. Il intervient également lors de visites médiatisées.
  - un temps institutionnel de soutien aux différentes équipes.

- *La puéricultrice* assure le suivi médical du jeune. Elle joue un rôle préventif auprès de l'adolescent à travers l'éducation de la santé, les conseils diététiques et d'hygiène.

Elle veille à la bonne distribution des médicaments.

A cette démarche de soins sont également associés l'éducateur et l'assistante sociale qui apportent un éclairage sur la problématique, la souffrance de l'enfant et de sa famille.

### C) Le projet d'accompagnement : le travail avec les familles

Il est important d'aller à la rencontre des parents pour qu'ils puissent être partenaires de notre action. Même si l'exercice de leur autorité parentale est contrôlé ou restreint, il faut tout mettre en œuvre pour obtenir leur participation et ainsi recréer le lien.

L'assistante sociale accompagne l'enfant et sa famille tout au long du séjour. Elle s'attache à comprendre l'histoire familiale et tente d'établir avec les parents des bases de co-éducation. Cette action sera complétée par la restitution régulière du quotidien de l'enfant par les éducateurs, par des entretiens avec les différents professionnels de santé.

A noter que le chef de service contractualise le séjour avec les parents et précise l'engagement de chacune des parties. Il veille tout particulièrement à ce que la place et le droit des parents soient respectés pendant le placement.

### 2.1.3 La prise en charge individualisée

Dans le respect de la loi du 2 janvier 2002, le CDEF a pour souci constant de placer l'usager au cœur du dispositif, de maintenir un équilibre entre professionnels et usagers. Pour ce faire, il établit un contrat de séjour et élabore un projet personnalisé, qui définit clairement les objectifs de la prise en charge.

#### A) L'enjeu de la loi du 2 janvier 2002

Placer l'usager au cœur du dispositif, telle est l'ambition clairement affichée par la loi du 2 janvier 2002.

Pour ce faire, deux grands axes guident cette loi :

- promouvoir et assurer l'exercice effectif des droits des usagers.
- promouvoir et généraliser les pratiques évaluatives.

Cette loi a le mérite d'impulser une certaine dynamique :

- au travers de la recherche constante du « sens » à donner aux actions engagées
- au travers de l'évaluation de ces dernières pour permettre d'être toujours au plus près des besoins des usagers.

Aussi sous l'impulsion du directeur du CDEF, l'ensemble du personnel s'est particulièrement investi ces deux dernières années, pour répondre aux directives de la loi et aussi assurer une prise en charge personnalisée à chaque individu et rechercher autant que possible la participation de la famille.

#### B) Le contrat de séjour

Le contrat de séjour trouve sa place en amont du projet personnalisé.

Ce contrat conclu entre l'établissement, les parents et le jeune présente les prestations offertes par l'établissement, définit les conditions de séjour et engage les parties à se respecter mutuellement.

L'enjeu de cette rencontre est très important :

- par la clarté des informations fournies, elle permet aux parents et au jeune d'être rassurés, de mieux connaître l'institution, d'établir un lien de confiance indispensable à la réussite de la prise en charge.
- elle permet de rétablir un certain équilibre dans les rapports entre professionnels et usagers et améliore ainsi leurs relations.

Par ailleurs, en complément du contrat de séjour, la loi préconise la remise d'un certain nombre de documents :

- le livret d'accueil qui présente l'établissement, l'équipe de professionnels, les modalités de voies de recours.
- le règlement de fonctionnement qui vise à définir : «les droits, les obligations et devoirs de la personne accueillie nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ». Ce document informe sur la finalité de la prise en charge, l'organisation institutionnelle, les règles de vie collective.
- la synthèse du projet d'établissement.
- la charte des droits et des libertés

L'élaboration de ces documents a été l'une de mes missions lors de mon stage au CDEF. Ils seront diffusés dès septembre 2004.

### C) Le projet personnalisé

Après un temps d'observation (4<sup>ème</sup> semaine du séjour) et d'évaluation rigoureuse des capacités et potentialités des adolescents, un plan d'action sera finalisé par tous les professionnels du CDEF et le représentant ASE.

Les objectifs y seront clairement définis ainsi que les moyens utilisés et la durée d'intervention. Dans les jours qui suivent, une rencontre sera organisée pour informer et transmettre par écrit à la famille les actions retenues

Ce document clair, précis et synthétique comportera la signature du jeune, de la famille, du chef de service, garant des décisions prises.

Ce projet après une certaine période fera l'objet d'une évaluation de façon à le légitimer, à l'adapter ou à le prolonger.

Cette évaluation sera transmise à la famille au cours d'une nouvelle rencontre.

Enfin, une réunion de synthèse sera programmée entre tous les professionnels afin de proposer un retour en famille ou une orientation adaptée ou une reconduction de la prise en charge au CDEF.

Après avoir analysé les atouts du CDEF, il convient d'aborder les difficultés internes puis externes auxquelles il doit faire face.

## **2.2 Les difficultés internes**

Les difficultés internes sont fréquentes : d'une part, dans la prise en charge elle-même qui doit s'adapter à des problématiques personnelles fort différentes et d'autre part, dans la gestion de l'équipe et de toutes les individualités qui la composent, et dans la gestion administrative parfois défailante en termes de conservation et de circulation de l'information.

### **2.2.1 Dans la prise en charge**

Les principales difficultés dans la prise en charge de l'adolescent résident dans la cohabitation dans un même lieu de problématiques personnelles différentes, dans le traitement de comportements à risque et le suivi des relations avec les parents, particulièrement difficile quand le placement est induit par une décision judiciaire.

#### A) La cohabitation de problématiques personnelles différentes

Le CDEF accueille des jeunes dont les problématiques les plus repérées sont :

- la maltraitance
- la violence
- les abus sexuels
- les conflits relationnels
- les troubles du comportement

Sont donc rassemblés des jeunes avec une histoire, une personnalité différentes et la difficulté de l'éducateur outre ses missions éducatives sera de concilier l'intérêt de l'enfant et l'intérêt du groupe.

Comment faire du personnalisé dans un collectif ?

Le professionnel est constamment dans la recherche d'un équilibre entre ces deux intérêts qui peuvent parfois être contradictoires.

Dans le choix des activités par exemple, il s'agit de recueillir l'adhésion de tous pour les organiser ce qui parfois n'est pas une tâche facile. Il s'agit sans cesse de s'adapter à un groupe qui évolue tant au niveau des relations qu'au niveau des personnes.

Une certaine réactivité de la part des équipes est souhaitée, d'autant plus que les adolescents aiment à se laisser surprendre.

Comme j'ai pu le constater dans ma première partie, l'adolescent a besoin également d'une certaine indépendance, il ne faut ni être trop loin ni trop près, mais toujours prêt à décoder ce que l'adolescent demande soit de manière directe soit de manière indirecte.

C'est un travail de perpétuel équilibre que l'éducateur recherche au niveau de la relation qu'il va engager avec le jeune, il doit trouver la bonne distance pour garder une certaine neutralité et une objectivité.

Or, l'éducateur est le professionnel le plus proche du jeune, des liens se créent naturellement qui peuvent parfois le déstabiliser.

Ce professionnel peut également se retrouver dans une position délicate qu'il n'a pas voulu, notamment renvoyer au jeune des choses douloureuses de son passé.

Les éducateurs cherchent à comprendre pour mieux les aider, mieux les prendre en charge et leur permettre de mieux se reconstruire mais ils ne sont pas inépuisables, ils ont besoin de soutien d'autant que les adolescents peuvent adopter des comportements violents.

## B) Les comportements à risque

Les services préadolescents / adolescents sont confrontés à la violence qui se manifeste de diverses manières :

- la violence fait partie du quotidien, elle existe par le contexte institutionnel qui impose au jeune de vivre dans un collectif, loin de sa famille et dans le respect des règles de la vie commune.

- elle peut être verbale ou physique à l'égard des jeunes entre eux ou en direction des éducateurs. Il arrive que ces jeunes suite à des crises dégradent le matériel, les locaux. Autant de moments qui sont difficiles à gérer et qui peuvent s'amplifier sous l'influence du groupe.

Certains jeunes sont aussi dans l'autodestruction et peuvent se faire violence contre eux-mêmes.

Dans un tel contexte, l'éducateur doit être vigilant afin de détecter les climats de tension, les canaliser et les prévenir. Certains moments de la journée sont plus propices à des incidents comme le coucher qui peut déclencher une montée d'angoisse.

En cas de débordement, j'ai pu constater que les éducateurs se sentaient souvent responsables et vivaient mal de n'avoir pu éviter un telle situaion.

Un autre constat est de souligner que les éducateurs doivent faire face à des jeunes en souffrance psychologique, parfois sous traitements lourds, qui peuvent manifester de violentes crises ou se mettre en danger ce qui nécessite l'intervention du SAMU.

Une question se pose alors :

Comment remplir notre mission d'orientation alors même que ces jeunes risquent d'être victimes d'une stigmatisation ?

En effet, le jeune violent devient « incasable ».

Après l'accueil d'urgence, très peu d'institutions sont susceptibles de le recevoir. L'orientation rendue difficile explique la durée de séjour relativement longue qui explique l'allongement des durées de séjour.

Il arrive également que le jeune ayant commis des actes de violence soit exclu de l'établissement, confié à l'ASE suite aux carences de leurs parents, il sera dans la majorité des cas accueilli au CDEF.

Ceci entraîne chez le personnel du CDEF un phénomène de démotivation lié au fait d'être considéré comme un lieu d'hébergement de dernier recours pour les adolescents difficiles du département.

### C) Les relations avec les familles

Les relations avec les parents ne sont pas toujours faciles d'autant plus lorsque le placement est induit par une décision judiciaire que les parents n'acceptent pas.

En effet, les parents ne comprennent pas toujours les raisons du placement. Ils vivent la séparation comme une dépossession de leur enfant et un échec personnel, ce qui explique une certaine méfiance vis-à-vis de l'institution.

Si le placement s'est avéré comme une mesure indispensable à un moment donné, l'objectif n'est pas de remplacer la famille mais de lui permettre de se remobiliser. Même si l'exercice de leur autorité parentale est contrôlé, ils restent toujours les parents.

A ce titre, il faut préserver autant que possible un contact réel avec la famille et faire de ce temps de séjour un temps de reconstruction où professionnels et parents poseront ensemble les bases de l'avenir de leur enfant.

Gagner leur confiance et les inciter à une meilleure participation passent nécessairement par un effort plus soutenu d'information et de communication.

## **2.2.2 Dans la gestion de l'équipe**

La gestion de l'équipe recouvre trois axes d'intervention : le travail en équipe, le management de l'équipe et la communication au sein de l'équipe.

### **A) Le travail en équipe**

L'équipe qui intervient auprès des jeunes est composée de professionnels avec des spécificités propres.

Selon la définition du Larousse, une équipe est « un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein ».

Cette équipe pluridisciplinaire vise un même objectif qui correspond à offrir au jeune une prise en charge globale de qualité adaptée à ses besoins.

Si l'observation et l'évaluation réalisées par une équipe de divers professionnels présentent l'avantage d'être plus riche et plus fine, elles peuvent être source de conflits. L'analyse des ressentis donne lieu à des interprétations différentes et peut générer des points de désaccords.

Or, ce qui est intéressant dans le travail d'équipe c'est l'échange des divers regards mais plus encore les interactions qui peuvent naître des différentes disciplines.

Le travail en équipe ne peut se limiter à ce que chacun reste cloisonné dans sa spécialité. Il suppose une certaine organisation au préalable et le respect de certaines règles à savoir : échange, écoute, implication, respect, reconnaissance, coordination, responsabilité.

C'est un point qui mérite d'être retravaillé en équipe pour remobiliser les membres d'autant plus que certains professionnels peuvent se sentir isolés face au nombre important d'éducateurs.

Les dysfonctionnements d'une équipe peuvent venir d'une tension au sein de celle-ci.

J'ai pu constater sur les services la difficulté pour l'assistante sociale de trouver sa place au sein de l'équipe. Son rôle est parfois mal compris, mal délimité. Il en est de même pour l'infirmière qui semble avoir pour seule mission le contrôle de la bonne distribution des médicaments.

L'équipe souffre de ne pas toujours bien connaître le rôle de chaque professionnel qui la compose.

Par conséquent, un besoin de clarification du rôle, des missions, des actions s'impose pour lever tout soupçon sur l'efficacité et poser les bases d'une complémentarité.

#### B) Le management de l'équipe

La mission du chef de service est de particulièrement veiller à améliorer les relations et faire respecter la spécificité de chacun pour une meilleure complémentarité.

Le chef de service a un rôle de manager au sein de l'équipe mais il peut arriver que des tensions naissent entre le chef de service et son équipe.

Alors des répercussions vont se faire inmanquablement ressentir dans le travail avec une certaine démotivation des membres ce qui peut être préjudiciable dans la prise en charge des jeunes.

N'oublions pas que les jeunes sont très observateurs et remarquent très vite une équipe soudée, cohérente ou non.

De plus, un paramètre à prendre en considération est l'éloignement du chef de service, installé sur le site principal ce qui nécessite encore plus, une organisation de travail bien définie, bien repérée par tous notamment dans la circulation de l'information, dans la gestion des dossiers qui sont centralisés au bureau des entrées situé lui aussi sur le site principal.

Sur les annexes, les éducateurs se sentent isolés et notamment en cas d'incident.

Contrairement aux services qui se situent sur le site principal où des renforts sont possibles par les collègues alors que sur les annexes, le professionnel est seul surtout la nuit et certains week-ends.

### C) La communication dans l'équipe

Une équipe ne peut être cohérente et poursuivre son but efficacement que s'il existe une bonne communication entre chacun des membres, que l'information circule bien.

Qui dit communication dit systématiquement échanges, mais échanges constructifs qui seront régulés par les autres membres ou voire le chef de service lors des réunions.

La réunion hebdomadaire permet à tous les membres de l'équipe de faire le point sur la situation de chacun des jeunes afin :

- de mieux connaître le jeune, de mieux le comprendre
- d'avoir une vision globale de sa situation
- de décider ensemble les points d'actions à mettre en place ou à réajuster

Un compte-rendu systématique ne semble pas être la règle, pourtant, il permettrait de garder à l'esprit les points à retravailler avec le jeune, il éviterait les redites à la réunion suivante et informerait le personnel absent.

Toutes ces remarques s'appliquent également aux réunions de synthèse.

Rappelons que les équipes travaillent par roulement et que si un temps de chevauchement d'une demi heure est prévu pour la passation des consignes, il existe dans les services un cahier de liaison.

Ce cahier ne revêt pas la même signification dans les services concernés, preuve de la différence de pratiques d'un service à un autre.

En effet, le cahier de liaison permet :

- soit d'un seul coup d'œil d'avoir une vision générale du déroulement de la matinée, ou après midi ou soirée avec un bilan par enfant.
- soit il s'agit seulement d'indiquer aux collègues les points à surveiller, les incidents produits et les dispositions prises. En parallèle, sont consignées dans des classeurs individuels, les notes relatant les comportements, son adaptation dans le service, son suivi journalier. Tous ces écrits seront reversés intégralement dans le dossier de l'enfant à son départ.

Si d'un point de vue pratique pour l'équipe, il est plus simple d'opter pour la première solution où tout est centralisé, cette solution n'est pas satisfaisante au regard des droits de usagers. Son dossier semble vidé de son sens s'il n'est pas possible de retracer son évolution tout au long du séjour.

Il apparaît donc nécessaire d'harmoniser les pratiques.

Ces réunions qui m'ont permis de mieux connaître le travail des équipes et la prise en charge des adolescents, mériteraient un meilleur pilotage dans l'animation (durée excessive, répartition de la parole...)

### **2.2.3 Dans la gestion administrative**

Les difficultés rencontrées en interne dans la gestion administrative concernent l'organisation administrative (nécessaire définition d'un cadre institutionnel précisant les droits et devoirs de chacun), la communication au sein de l'établissement quelque fois défaillante, et la traçabilité (avènement de l'écrit qui succède à l'oralité).

#### A) L'organisation administrative

Dans toute collectivité, il est nécessaire d'établir un règlement intérieur :

- qui définit les droits, les devoirs, les règles de sécurité, les sanctions disciplinaires
- qui doit être largement diffusé et connu de tous

A ce jour le CDEF ne s'est pas encore doté d'un règlement intérieur mais son élaboration est en cours.

D'autre part, j'ai pu constater que :

- les notes de services sont diffusées mais elles ne font pas l'objet d'un archivage et d'une remise à jour régulière, ce qui génère une absence de repères fonctionnels pour les nouveaux arrivants, les remplaçants et le personnel titulaire.
- que les projets de service ne sont toujours pas utilisés comme un outil de management fédérateur
- que les fiches de poste qui précisent le rôle et la fonction de chaque agent ne sont pas encore élaborées.

#### B) La communication dans l'établissement

Si la communication est essentielle au sein d'une équipe, elle apparaît aussi primordiale dans le fonctionnement d'un établissement.

La communication implique une certaine réciprocité et sous-tend un échange. Elle doit être compréhensible par tous, dynamique et équilibrée entre les individus, les groupes.

J'ai constaté une mauvaise circulation de l'information due à un manque de communication structurée, ce qui implique une méconnaissance des attentes de chacun et génère un dysfonctionnement, des tensions et un risque de cloisonnement préjudiciable au fonctionnement de l'institution.

Lors de ce stage, j'ai été confrontée à des incidents dus à un manque de communication entre le bureau des entrées et les services éducatifs ou la direction qui est informée trop tardivement de certains faits marquants.

Pour améliorer la qualité il est donc urgent d'apprendre à mieux communiquer à l'oral et à l'écrit.

La mise en place d'intranet peut être un moyen de faciliter les échanges d'informations dans un établissement de grande taille.

### C) La traçabilité

La culture de l'oral a longtemps prédominé dans le secteur social.

Aujourd'hui, l'heure est au changement, changement impulsé par la loi du 2 janvier 2002. En effet, l'écrit apparaît essentiel non seulement pour prouver le bien fondé et l'efficacité des actions de prise en charge mises en œuvre mais aussi pour permettre une évaluation et ainsi s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Aussi, ce qu'il manque incontestablement à ce jour dans les services, ce sont des directives opérationnelles et ce, à tous les niveaux afin d'assurer une égalité de traitement des usagers et harmoniser le savoir faire.

Au-delà des difficultés internes, le CDEF doit également faire face aux difficultés rencontrées avec ses partenaires extérieurs.

## 2.3 Les difficultés externes

Nous détaillerons les difficultés rencontrées par le CDEF, dans la prise en charge des adolescents atteints de troubles psychiatriques qui ne relèvent pas de sa compétence originelle, dans sa collaboration avec ses partenaires extérieurs, l'ASE, et autres interlocuteurs tels que les magistrats, la CDES, et l'Education nationale.

### 2.3.1. Avec le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile

L'absence d'une collaboration efficace avec le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile pose problème au CDEF, qui n'a pas vocation à accueillir cette population à moyen ou long terme. En effet, ce dernier pâtit de la sectorisation de la psychiatrie, et l'intervention du juge peut s'avérer être l'ultime recours pour ordonner l'hospitalisation.

#### A) Les conséquences du manque de places en psychiatrie infanto-juvénile

Une des difficultés apparente pour le CDEF de Haute-Garonne, difficulté partagée par de nombreux secteurs tels que la PJJ, l'Education nationale ou le Médico-social, c'est le manque de places pour adolescents dans les structures de soins spécialisées en santé mentale.

En effet, les jeunes que nous accueillons sont parfois dans une grande souffrance et nécessitent des soins.

Si notre structure a la chance de disposer de psychologues et psychiatres (il est loin d'en être ainsi dans tous les foyers de l'enfance) qui interviennent de manière active auprès des jeunes, force est de constater qu'ils ont beaucoup de difficultés à trouver des structures de soins spécialisées susceptibles d'accueillir les jeunes.

Commence là pour les équipes et les psychiatres un véritable parcours du combattant.

#### B) L'organisation en secteur

La psychiatrie publique adulte et infanto-juvénile repose sur la sectorisation qui répond à une volonté de faire sortir la psychiatrie de sa structure asilaire au profit d'une pratique plus proche des lieux de vie du patient.

Le secteur correspond à une zone géodémographique au sein de laquelle :

- intervient une équipe spécialisée et pluridisciplinaire
- sont regroupées des institutions de soins diversifiées (centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, unités d'hospitalisation à temps complet, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel...).

Pour les secteurs de psychiatrie générale, la population générale moyenne est de 70 000 habitants et de 210 000 habitants pour les secteurs de psychiatrie d'enfants et d'adolescents.

Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique, fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de la psychiatrie générale.

En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge d'enfants et adolescents susceptibles de faire appel aux secteurs de la psychiatrie infanto-juvénile (à noter que l'âge limite de la pédiatrie est 15 ans et 3 mois).

L'âge et l'organisation en secteur sont autant de motifs pouvant empêcher l'accessibilité aux soins.

A cela, rajoutons aussi que certains services de psychiatrie infanto-juvénile se sont spécialisés dans des pathologies bien connues (autolyses, troubles alimentaires...) laissant ainsi peu de place pour les jeunes en grande difficulté qui ne relèvent pas d'une pathologie bien avérée.

Ces jeunes qui ont des troubles du comportement mettent en échec les équipes, elles se trouvent totalement démunies face à des jeunes agressifs qui mettent le groupe en danger.

Ces équipes n'ont pour autre moyen que de se tourner vers la psychiatrie.

Enfin, le CDEF souffre de l'absence d'une structure spécialisée qui pour une courte durée prendrait le **relais** même pour des adolescents présentés comme « psychopathes » afin d'apaiser la crise et stabiliser le jeune.

### C) Le recours au juge

Si les hospitalisations sont parfois nécessaires face à la souffrance vécue par le jeune, elles doivent autant que possible être préparées pour lui permettre d'en être acteur et adhérer à la démarche de soins.

Or, il ne peut pas toujours en être ainsi car un état de crise ou de souffrance profonde avec un risque de se mettre en danger, nécessite l'obligation d'hospitalisation.

L'équipe de professionnels confrontés à des délais d'attente trop longs, au manque de place, a recours au juge.

Dans ce contexte, le juge apparaît comme le recours ultime, qui de fait impose l'hospitalisation sur le fondement de l'article 375-9 du code civil ce qui peut générer un mécontentement de la part des psychiatres des établissements de soins.

### **2.3.2 L'ASE : un partenaire privilégié**

Dans les faits, l'ASE apparaît être le partenaire privilégié et incontournable du CDEF. Nous étudierons cette collaboration étroite à travers les relations directes ASE - CDEF, les relations ASE - CDEF - familles, et les relations ASE - CDEF - autres établissements. Tous ces partenariats pourraient être améliorés.

### A) Les relations ASE - CDEF

Si le CDEF de Haute-Garonne est un établissement qui possède l'autonomie financière et la personnalité morale, il n'en demeure pas moins que ses relations avec le service de l'ASE sont incontournables.

En effet, bien qu'établissement autonome, le CDEF ne décide pas des entrées des enfants qui lui sont adressés. Ceux-ci sont confiés à l'ASE qui en est le service gardien. Tout transite par le service de l'ASE même dans le cas d'une mesure judiciaire.

En pratique, s'agissant de la demande d'admission au CDEF, ce sont les travailleurs sociaux des circonscriptions qui après l'accord des Attachés ASE contactent directement le CDEF.

Tous les appels sont alors centralisés au bureau des entrées, leur rôle est alors :

- de recueillir les premières informations sur l'enfant (nom des parents, âge, statut, motif d'admission)
- d'informer éventuellement du sureffectif et du manque de places
- d'énumérer les pièces administratives.

Le chef de service entre alors en relation avec les demandeurs pour recueillir les informations essentielles et indispensables à un bon accueil.

Or, il est fréquent de constater que les renseignements concernant les jeunes arrivent trop tardivement au CDEF.

Aussi, il serait intéressant de mettre en œuvre avec les travailleurs sociaux des circonscriptions un système d'information rapide et complet pour améliorer la procédure d'accueil.

Cette phase revêt une importance capitale. Elle est déterminante pour la suite de la prise en charge.

Par conséquent, tout doit être mis en œuvre pour assurer une information claire et complète sur la situation des jeunes que ce soit des circonscriptions, de l'attaché garant du projet, vers le CDEF ou du CDEF vers les circonscriptions et l'attaché.

#### B) Les relations ASE – CDEF – Parents/Famille

Le CDEF et plus largement l'ASE sont soucieux de garantir le respect des usagers, d'aider l'enfant et ses parents.

Comme le préconise la loi du 2 janvier 2002, une information claire, systématique et adaptée doit permettre aux enfants et aux parents de se repérer et de comprendre le sens de l'action mise en place.

Elle doit concerner :

- l'organisation du service (ASE), les missions, les places de chacun, les articulations, les droits et devoirs
- la présentation de l'établissement d'accueil, l'organisation, le fonctionnement, leurs droits et leurs devoirs

Si ces informations font l'objet d'une transmission orale, elles ne donnent pas entière satisfaction aux familles.

Aussi afin de mieux répondre à leurs attentes, il est urgent de remettre des supports écrits, une documentation complète sur l'offre de nos prestations et améliorer ainsi nos relations.

### C) Les relations ASE – CDEF - Autres établissements

Si chaque fois que possible, les professionnels du CDEF travaillent sur un projet de retour en famille, dans certains cas, notamment pour les adolescents, cette perspective n'est pas envisageable.

C'est une orientation vers un autre établissement social ou un lieu de vie qui sera proposée.

Le bilan d'activité de 2003 fait apparaître que l'orientation en institution a concerné :

- 34% des jeunes sur Negreneys
- 37% sur le SAPA filles
- 50% sur le SAPA garçons

Pour adapter l'orientation au plus près des besoins du jeune, le CDEF doit s'inscrire dans une dynamique de partenariat avec les autres établissements. Pour cela, il doit en connaître les spécificités, l'organisation et le fonctionnement.

Si des relations sont entretenues entre le CDEF et les autres établissements, force est de constater qu'elles doivent se développer dans le sens d'une confiance plus grande pour permettre la constitution d'un véritable réseau entre les professionnels et surtout assurer une continuité dans la prise en charge du jeune.

### **2.3.3 Les autres partenaires**

Parmi les partenaires du CDEF, nous nous pencherons plus particulièrement sur les interventions du Procureur de la République, chargé du service des mineurs, de la CDES qui apprécie la situation des enfants handicapés sur le plan social et éducatif, et de l'Education nationale qui peut décider d'une rescolarisation de l'adolescent. Les rapports du CDEF avec ces interlocuteurs sont sources d'insatisfactions.

## A) Le Procureur de la République

Le Procureur de la République est le premier destinataire d'un signalement, qu'il émane de l'ASE, d'un autre service (Education nationale, hôpitaux, police) ou de particuliers.

Il choisit alors la procédure qui lui paraît le mieux adaptée :

- faire intervenir les autorités judiciaires
- saisir le juge des enfants
- prendre les mesures telles que le placement en urgence du mineur. Le juge des enfants prend alors le relais dans un délai de 8 jours.

D'une manière générale, le Procureur de la République intervient pour des accueils d'urgence qui ont lieu la nuit ou le week-end.

Notre bilan d'activité de 2003 précise que 17% des entrées relèvent d'une OPU sur l'ensemble du CDEF avec :

- 36% sur Negreneys
- 25% sur le SAPA Filles
- 40% sur SAPA garçons

On peut noter une progression significative des OPU sur l'année 2003 notamment dans les services des adolescents.

Le CDEF est ouvert sans discontinuité 365 jours et 24h/24h.

Des permanences administratives, médicales et techniques sont organisées pour assurer la continuité du service et la sécurité des personnes accueillies.

De 17h le soir à 9h du matin et les week-ends, les entrées ne se font qu'après l'accord du cadre de permanence et en fonction du nombre de places disponibles.

La difficulté est alors de satisfaire toutes les demandes.

En effet, si l'établissement dispose d'une capacité de 187 places, les tranches d'âge doivent autant que possible être respectées mais encore et surtout les conditions de sécurité imposées par la Commission communale de sécurité.

Ceci peut parfois créer certaines tensions avec les services demandeurs à la recherche de places disponibles dans les établissements d'accueil d'urgence.

Le directeur et les cadres de permanence doivent veiller aux risques par l'âge et la mixité pour composer avec pertinence et sécurité les groupes.

La demande de plus en plus importante d'accueil d'urgence des adolescents pose de réelles difficultés aux cadres de permanence qui, faute de place sur les services adolescents, sont obligés d'assurer l'hébergement sur le service des préadolescents (Negreneys, 12-14 ans). En 2003, 45% des enfants accueillis sur ce service étaient âgés de plus de 15 ans.

D'autre part, le département de la Haute-Garonne est doté d'un dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence organisé en collaboration pour la DDPJJ et l'ASE de 9 places réparties sur 9 établissements, mais il semble que ce dernier ne soit pas bien connu par les services de police.

Il peut arriver que le Procureur ait recours à une réquisition, le CDEF est alors dans l'obligation d'accueillir le jeune. S'il fait au mieux pour organiser l'accueil, cette solution doit rester de courte durée (en principe 24h) ce qui n'est pas toujours respectée.

## B) Le secteur médico-social

L'admission dans un établissement médico-social est toujours précédée de l'accord de la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES).

Cette commission a été mise en place par la loi du 30 juin 1975 et a pour mission d'apprécier la situation des enfants handicapés sur le plan social et éducatif :

- d'évaluer le taux d'incapacité en vue de l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale et éventuellement ses compléments
- d'orienter le jeune vers un établissement scolaire avec éventuellement des enseignements de soutien, de rééducation ou des traitements ambulatoires ou vers un établissement spécialisé (IME, IMPRO, IR...)
- d'examiner les demandes de carte d'invalidité, de carte de stationnement pour personnes handicapées.

Elle est compétente pour toute décision en faveur des enfants et adolescents de la naissance à 20 ans. Au delà, le dossier est transmis à la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTEREP).

Lorsque la commission décide l'orientation d'un jeune vers un établissement spécialisé, elle indique le type et la structure la plus appropriée, elle peut proposer un établissement mais le choix de l'établissement incombe à la responsabilité des parents

Le secteur médico-éducatif est important dans le département<sup>28</sup> avec :

- 349 places d'IME pour déficience intellectuelle moyenne, profonde
- 585 places d'IME pour déficience légère, moyenne
- 1 153 places d'institut de rééducation (soit une moyenne supérieure à la moyenne nationale)

Mais il s'avère trop souvent saturé, ce qui explique que de nombreux jeunes relevant d'IR ou IME sont accueillis au CDEF pour différentes raisons:

- soit parce qu'ils sont en attente de places
- soit après une exclusion de leur établissement
- soit pour pallier la fermeture de ces établissements les week-ends et pendant les vacances scolaires

En 2003 :

- 5 enfants sur 44 relevaient de la CDES et ont été accueillis sur Negreneys
- 3 adolescentes sur 48 relevaient de la CDES et ont été accueillies sur le SAPA filles
- 3 adolescents sur 49 relevaient de la CDES et ont été accueillis sur le SAPA garçons

Si ces chiffres paraissent faibles, ce sont de une à trois places qui sont bloquées pour plusieurs mois avec de très grosses difficultés pour trouver des ré-orientations.

### C) L'Education Nationale

Pour les mineurs qui ne sont plus en âge d'obligation scolaire, des stages sont recherchés auprès d'employeurs pour permettre un contact avec la vie professionnelle.

Pour les moins de 16 ans, l'équipe pluridisciplinaire met tout en œuvre pour permettre aux adolescents de maintenir ou de reprendre leur scolarité en formation adaptée à leurs difficultés ou à leurs besoins.

Cette situation est alors immédiatement signalée à l'Inspection de l'Académie de l'Education Nationale afin d'obtenir une rescolarisation.

---

<sup>28</sup> SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE EN PSYCHIATRIE, ARH, Juillet 2001

Or, il est fréquent de constater que cette recherche s'avère particulièrement longue et néfaste pour l'adolescent.

Pour le CDEF, le manque de coordination génère des difficultés dans la prise en charge.

Si le CDEF bénéficie d'une certaine technicité et d'un savoir faire reconnu par tous, il n'en demeure pas moins qu'il connaît des difficultés internes et externes justifiant la mise en place d'une stratégie de direction afin de trouver des solutions et d'améliorer la prise en charge des adolescents.

J'ai délibérément choisi d'orienter celle-ci vers l'optimisation du cadre institutionnel tout en développant le management participatif car je suis convaincue que seule l'adhésion du personnel à ce cadre en garantira sa stabilité et son efficacité.

Un personnel motivé, un esprit d'équipe développé, une organisation structurée sont autant d'éléments qui permettront à nos jeunes de se reconstruire dans un environnement favorable, à la fois souple et contenant.

### 3 MES PROPOSITIONS POUR OPTIMISER LE CADRE INSTITUTIONNEL

Sous l'effet de la loi du 2 janvier 2002, le secteur social et médico-social entre dans une autre **logique de fonctionnement**.

Comme le souligne Jean-René Loubat<sup>29</sup>, c'est une « véritable révolution culturelle, un tournant historique » pour ce secteur qui désormais exige « d'instaurer des relations plus vraies, plus lisibles, plus cohérentes entre prestataire et bénéficiaire ».

Cette nouvelle démarche entraîne nécessairement des changements non seulement dans l'organisation des établissements mais aussi dans la pratique, dans les relations entre professionnels et professionnels – usagers.

Etre directeur aujourd'hui, dans un établissement social et médico-social, c'est donc incontestablement savoir gérer et accompagner le changement pour mieux le faire accepter.

Pour conduire ce changement et offrir une prise en charge de qualité aux adolescents, je propose d'établir une stratégie qui s'articule autour de trois axes essentiels :

- améliorer la communication
- renforcer le cadre de travail
- développer la force de travail

#### 3.1 Améliorer la communication

Le premier axe de stratégie concerne la **communication de l'établissement**.

Je propose un plan de communication interne et un plan de communication externe.

---

<sup>29</sup> LOUBAT J-R, Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale, Ed Dunod, 2002

### 3.1.1 La communication interne

La communication est un véritable levier qui permet l'efficacité interne.

Parce qu'elle suscite l'échange, la compréhension et l'adhésion des personnels, elle est le moteur d'un établissement.

Le directeur doit s'efforcer, pour conduire tout changement dans son établissement, d'entrer en contact avec son personnel, d'écouter, d'expliquer, de rassurer, de soutenir, de fournir des informations et de développer des relations.

Il doit tout mettre en œuvre pour faciliter la circulation de l'information et identifier en amont le circuit de celle-ci.

Comme l'écrit Michel Crozier « il n'y a pas de communication de haut en bas efficace qui ne soit fondée sur une communication plus riche de bas en haut »<sup>30</sup>.

Pour améliorer la communication entre les individus, entre les individus et la hiérarchie, et entre les services, je propose de bien distinguer les temps, les finalités des réunions et les animateurs de ces dernières.

#### A) Au niveau de la direction :

*Un conseil restreint*, directeur et directeurs adjoints se réunissent une fois par semaine pour déterminer les grandes orientations de l'établissement, définir une stratégie commune, faire un point régulier sur le fonctionnement, prendre les décisions qui s'imposent.

*Une réunion de direction hebdomadaire* qui réunit le ou les directeurs ainsi que les chefs de service. C'est l'occasion de faire le point sur la situation des services, les événements marquants, les difficultés rencontrées, de motiver l'équipe d'encadrement, de définir des plans d'actions, d'expliquer pour les directeurs les évolutions réglementaires et d'exiger l'application de ces mesures, et enfin d'être à l'écoute de ses professionnels.

*Une réunion de droit d'expression* une fois par mois qui assure un échange direct entre les agents et le directeurs ou directeurs adjoints

---

<sup>30</sup> CROZIER M., SERIEYX H., Du management panique à l'entreprise du XXI<sup>ème</sup>, Ed Maxima, 1994

*Une réunion technique* mensuelle composée des représentants de chaque profession sera organisée pour traiter des problèmes institutionnels, donner un avis technique sur des questions liées à la prise en charge des usagers.

B) Au niveau des chefs de service

En dehors des réunions hebdomadaires consacrées à l'observation des adolescents, je propose qu'une *réunion mensuelle* « **espace temps communication** » soit organisée à l'attention des professionnels de chaque équipe dans le but :

- d'expliquer les changements, les réorganisations, les actions à mener
- de renforcer l'esprit d'équipe, d'atteindre un consensus
- d'identifier et gérer les sources de conflits
- d'harmoniser les procédures
- régler les problèmes divers relatifs à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe
- de faire remonter toutes les interrogations, les propositions et les souhaits du personnel

Il est essentiel de systématiser, au sein de l'équipe, de façon régulière, des moments d'échange et de communication, d'offrir à tout agent un moment privilégié d'échanger avec son manager de proximité, de poser des questions, de lever d'éventuels doutes et de remotiver l'équipe.

La démultiplication de la communication institutionnelle apporte selon moi une meilleure cohésion de l'équipe et assure un bon climat social.

A noter que pour être efficaces, ces réunions doivent être structurées, limitées dans le temps et conformes aux règles de conduite de réunion.

Au niveau de la communication avec les adolescents, dès l'arrivée, je pense qu'il est indispensable de présenter nos règles de vie, notre mode de fonctionnement par la remise d'un livret d'accueil afin de les rassurer et instaurer une meilleure relation.

Il est également souhaitable que des **groupes de paroles** se généralisent et se programment régulièrement dans chaque lieu de vie, pour permettre à l'adolescent d'être mieux pris en considération, de pouvoir s'exprimer et d'être écouté...enfin **d'exister**.

A tous les niveaux, il s'agit d'assurer la **circulation de l'information** qu'elle soit **ascendante ou descendante**.

### C) Au niveau de la communication avec les familles

Dès l'arrivée du jeune, une **rencontre doit être officialisée** au cours de laquelle le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la charte des droits et des libertés ainsi que la synthèse du projet d'établissement seront remis.

Par cette démarche de diffusion d'information orale et écrite, le directeur d'établissement espère apporter un soutien à ses parents en détresse dans le but de maintenir le lien avec leurs enfants et les inciter à participer à leur prise en charge.

De plus, une **boîte à idées** peut être mise à la disposition des parents et des enfants afin de renforcer les moyens de communication entre l'institution et les usagers (cette proposition est mise en pratique depuis Mai 2004 au CDEF).

Le CDEF de Haute-Garonne, est très soucieux d'entretenir le lien avec les familles, de donner une information claire et précise, de recueillir leur ressenti et d'obtenir leur adhésion pour réussir une meilleure prise en charge.

L'élaboration de tous les documents remis à la famille a été l'une de mes missions au cours de ce stage et, un objectif atteint pour la direction puisque la diffusion s'effectuera dès Septembre 2004.

De plus, le CDEF a délibérément choisi de constituer un **Conseil de la Vie Sociale** plutôt qu'une autre forme de participation comme le prévoit le décret du 25 mars 2004. Cette instance s'est tenue pour la première fois le 5 Mai 2004, et a suscité l'attention de tous les membres présents (personnel, personnes accueillies, représentants des personnes accueillies). Les personnes accueillies ont fait preuve d'une adhésion totale à cette démarche.

#### **3.1.2 La communication en externe**

Si la communication interne est un facteur de réussite pour améliorer la coordination des actions et assurer une meilleure prise en charge, je considère qu'il est tout aussi important d'entretenir et de favoriser les relations avec les partenaires et de positionner l'établissement dans le dispositif départemental.

A) Avec le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile

Une des priorités à développer selon moi vise le partenariat avec le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile.

En effet, comme je l'ai expliqué dans les difficultés rencontrées, le CDEF n'est pas adapté pour assurer une prise en charge satisfaisante des jeunes en état de crise.

Il serait urgent d'envisager **un relais** avec un établissement psychiatrique, le temps de stabiliser son état de santé et permettre un retour au CDEF. Cette procédure d'urgence pourrait être formalisée par une **convention de partenariat** dans laquelle les signataires s'engageraient à faciliter les allers-retours, CDEF – services psychiatriques – CDEF.

Cette démarche pourrait être complétée par la mise en place de **groupes de travail** composés de divers professionnels dans le but de réfléchir sur la manière de mieux prendre en charge les jeunes en difficulté.

Au CDEF, les situations les plus difficiles à gérer concernent les jeunes qui sont à la frontière entre le soin et l'éducatif.

Ces jeunes se retrouvent dans une impasse ; véhiculant une image négative « de dévastateur », l'orientation est alors très difficile à réaliser et ceci explique qu'ils restent relativement longtemps au CDEF.

Il est par conséquent nécessaire aujourd'hui, de renforcer les partenariats entre les institutions et les professionnels des différents secteurs afin d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins des jeunes avec des temps différenciés (IR – hôpital de jour) et surtout de l'inscrire dans la continuité.

Il est à noter que la prise en charge de ces jeunes intéresse et mobilise tout particulièrement le Docteur Rossinelli, chef de service de l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents à Toulouse.

En effet, il a pris l'initiative de réunir divers collègues de secteurs différents dont le CDEF, pour réfléchir à partir de cas cliniques à l'accompagnement de ces jeunes en difficulté (sur les trois situations étudiées lors de cette rencontre, deux relevaient du CDEF).

Dans l'intérêt des jeunes d'abord et pour permettre aux institutions de remplir pleinement leurs missions, il apparaît indispensable de développer des liens étroits avec le secteur de la pédopsychiatrie.

## B) Avec l'ASE

En général, ce sont les travailleurs sociaux des circonscriptions qui contactent le CDEF pour s'assurer que l'accueil est possible. Ces derniers disposent en principe d'un certain nombre d'informations.

Dans le but de mieux préparer l'accueil du jeune dans le service, il serait intéressant d'élaborer en groupe de travail avec ces partenaires, une grille commune qui indique les informations indispensables à nous transmettre le plus rapidement possible.

A cet effet, au CDEF de Haute-Garonne, une réunion entre les divers professionnels qui sont intervenus auprès du jeune, est organisée **dans les huit jours de son arrivée**, afin de recueillir toutes les informations le concernant.

## C) Avec les autres partenaires

De même, lorsque le jeune est orienté vers un autre établissement, il est impératif que l'équipe de l'établissement d'accueil possède toutes les informations importantes sur ce dernier.

Je propose donc que soit systématiquement établi un bilan retraçant l'histoire et le parcours du jeune, le comportement, la scolarité, l'état de santé, les traitements éventuels du jeune. Le médecin peut prendre contact avec l'établissement, si nécessaire. Une visite au préalable est organisée avec l'établissement afin de rassurer le jeune.

S'agissant des services judiciaires, il serait utile de leur fournir la liste et les coordonnées des établissements participant au protocole d'accueil d'urgence afin de leur permettre une recherche plus rapide.

En ce qui concerne l'Education nationale et les établissements médico-sociaux, des rencontres peuvent être organisées en prévention des exclusions.

**La qualité de nos échanges avec les partenaires est à mon avis incontournable :**

- **pour développer le réseau et réussir une orientation adaptée de nos jeunes**
- **pour mieux faire connaître le sérieux de nos actions et établir un climat de confiance**
- **pour assurer une bonne image de l'établissement**

Je préconise de remettre à chacun de nos partenaires la synthèse du projet d'établissement et une plaquette de présentation.

## **3.2 Renforcer le cadre de travail**

Pour être efficace, l'organisation du travail doit être structurée afin de donner des repères tant collectifs qu'individuels et de faciliter l'intégration des nouveaux arrivants.

### **3.2.1 Dans l'organisation**

Le cadre de travail, dans un établissement, doit aider le personnel à assurer une prise en charge de sécurité et de qualité des usagers.

Je propose pour l'améliorer de renforcer l'organisation du travail ainsi que son système d'information.

#### A) Définition de repères collectifs

Pour évoluer, toute organisation a besoin d'avoir des repères pour pouvoir se positionner.

Tel est l'enjeu de doter une institution d'un projet d'établissement.

Si, désormais la loi du 2 Janvier 2002 en fait une obligation, il s'agit pour un directeur de profiter de cette opportunité pour recréer une dynamique au sein de sa structure.

#### 1<sup>ère</sup> étape : le projet d'établissement

Le projet d'établissement qui a pour but de définir les orientations stratégiques de l'établissement dans l'intérêt de l'usager et dans le respect des missions dévolues à ce dernier. Il doit être le fruit d'un travail d'équipe et doit se concevoir comme un **cadre de référence** qui se veut fonctionnel et opérationnel pour qu'il puisse être compris de tous et mis sur le terrain.

Le projet d'établissement doit selon moi être un projet commun par excellence qui requiert la volonté de tous les partenaires d'œuvrer dans le même sens en vue de rechercher collectivement l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

En tant que future directrice, je considère que ce projet est un **outil précieux** pour construire une **identité claire et lisible** de l'établissement.

Dans l'élaboration de ce document, je m'attacherai tout particulièrement à faire participer activement l'ensemble du personnel.

### 2<sup>ème</sup> étape : le projet de service

Il est une déclinaison du projet d'établissement et s'inscrit dans la continuité de ce dernier. La responsabilité de la rédaction revient par délégation au chef de service.

C'est un acte fort **de management** dans le sens où il doit permettre une certaine cohésion dans l'équipe en vue d'améliorer la prise en charge, répondre aux besoins et aux attentes des jeunes.

En conséquence, la réussite de ce projet de service est conditionnée par l'adhésion et la motivation des membres de l'équipe.

Ce projet doit faire apparaître des objectifs clairs, connus, réalisables, les moyens pour les atteindre ainsi que les modalités d'évaluation.

Dès ma prise de fonction, je souhaite régulièrement être informée par les chefs de service, de la réalisation des actions menées ou de connaître leurs difficultés.

#### B) Définir des repères individuels

### 1<sup>ère</sup> étape : la fiche de poste

Après avoir défini le positionnement de l'établissement, de ses services, le travail va consister à élaborer des fiches de poste pour l'ensemble du personnel.

La fiche de poste décrit les missions et les activités qui incombent à un agent dans un service donné ainsi que sa situation fonctionnelle et hiérarchique au sein de la structure.

Elle doit être envisagée comme un outil de management qui permet :

- de clarifier et de formaliser les missions et activités exercées par chacun
- de mieux cerner les compétences requises dans l'exercice de ses missions
- d'être un élément essentiel de recrutement
- d'orienter le professionnel vers certains types

Selon moi, l'existence de fiches de poste dans un établissement assure une meilleure gestion des emplois et des compétences à condition d'être régulièrement mises à jour et tenir compte de l'évolution professionnelle de l'agent. Ces dernières devront faire l'objet d'une validation par les représentants du personnel.

### 2<sup>ème</sup> étape : l'entretien d'appréciation

L'entretien d'appréciation et de notation réunit l'agent et son supérieur hiérarchique pour faire le bilan du travail de l'année écoulée et fixer les objectifs de l'année suivante.

Cet entretien est selon moi, un **moment privilégié de dialogue** où chaque agent doit pouvoir indiquer ses souhaits professionnels, ses besoins de formation, parler de son activité.

L'évaluateur, s'il doit apprécier le degré de maîtrise des aptitudes à l'aide d'une grille de critères d'appréciation, il doit être à l'écoute de son agent et tenir compte de ses aspirations.

### C) Réussir l'intégration du personnel nouvellement affecté

L'arrivée d'un nouvel agent est un moment important dans la vie d'un établissement, d'une équipe.

C'est pourquoi, je considère qu'il faut apporter un soin tout particulier à cette phase d'accueil afin de réussir au mieux son intégration.

Il s'agit de lui permettre non seulement de se repérer dans son nouvel environnement mais encore de s'insérer rapidement dans le fonctionnement d'une équipe et d'assurer ainsi sa contribution dans la prise en charge des jeunes sans les perturber.

Je propose que ce thème fasse l'objet d'une réflexion dans mon établissement sous la forme d'un groupe de travail afin de développer **des outils communs d'intégration** : par exemple l'élaboration d'un « passeport » pour l'accueil et l'intégration, rédaction d'une procédure.

**Réussir l'intégration** nécessite la participation active de l'équipe de direction, de l'équipe où il sera affecté afin que le nouvel arrivant s'approprie la culture de l'établissement.

### 3.2.2 Dans la gestion documentaire

L'organisation ne peut évoluer que si son système documentaire est performant dans la rédaction des procédures, rigoureux dans l'archivage des notes de services, utile à tous par l'échange des informations.

#### A) La formalisation de procédures

Pour entrer dans une véritable dynamique de la qualité, il est nécessaire de formaliser les pratiques par ce que l'on appelle les « procédures ».

Les procédures permettent de mettre à plat les façons de faire, de donner des repères et de répondre aux questions : qui fait quoi, où, quand, comment et pourquoi ( technique du QQQC).

L'intérêt d'une telle démarche est donc d'aider le travail de chacun, de renforcer une certaine continuité dans les manières de procéder, d'assurer le bon déroulement des actions par les professionnels et d'éviter les erreurs.

L'existence de procédures constitue bien une garantie pour les usagers et démontre d'une volonté d'assurer des pratiques homogènes et de qualité.

L'élaboration de procédures doit être issue d'une réflexion en équipe. En effet, la procédure trouvera toute son efficacité si elle est adoptée par tous et si elle est opérationnelle.

Une procédure doit donc dans **sa rédaction être claire, précise et réaliste.**

L'ensemble des procédures doit être facilement et rapidement accessible et classé par ordre chronologique ou par thème.

Je propose que les procédures d'urgence soient présentées de manière différente pour permettre un meilleur repérage.

Si le fond est essentiel, la forme doit être attractive pour permettre aux professionnels de mieux les mémoriser.

La procédure ne doit pas rester figée, elle trouve tout son sens si elle évolue avec son environnement, avec l'évolution des connaissances et des pratiques.

Elle doit également faire l'objet d'une évaluation pour s'assurer de la conformité des pratiques.

Les éventuels écarts doivent permettre de mettre en place des actions visant une amélioration du fonctionnement.

Lors de visites dans les services de Negreneys et SAPA, j'ai pu constater que les professionnels étaient vivement intéressés par la mise en place d'une **démarche qualité** et qu'ils seraient tout à fait disponibles pour mener une réflexion sur les différentes étapes de la prise en charge et participer à l'élaboration de procédures dans le but d'améliorer les pratiques.

#### B) L'archivage de proximité des notes de service

Un des principaux supports de communication entre la direction de l'établissement et le personnel est la note de service. Celle-ci présente un caractère officiel et obligatoire.

Elles sont opposables aux agents à qui elles s'adressent et peut engager leur responsabilité en cas de non respect. Ainsi, l'information transmise doit faire l'objet d'une attention particulière et pour les **notes relatives à la sécurité, à la prise en charge**, elles seront impérativement lues et émargées par le personnel.

Pour que les agents puissent facilement en prendre connaissance, elles devront être **accessibles par tous et à tout moment**.

A cette fin, je propose qu'elles soient archivées efficacement dans chaque service, dans un **classeur identifiable** prévu à cet effet.

La mise à jour devra être régulière.

Les modalités de classement pourront être décidées en groupe de travail (classement par thème, par objet, par code) incluant les premiers intéressés : les agents.

La direction doit veiller à ce qu'il n'y ait pas de confusion entre les notes de service. Elle pourra instaurer une couleur de référence, un « visuel » qui identifiera immédiatement la nature du support d'information.

Ce travail de classement peut paraître fastidieux à première vue (regroupement de l'ensemble des notes de service, suppression des notes qui ne sont plus en vigueur), mais à terme, il procurera un **gain de temps** conséquent et une **efficacité accrue**.

Le travail pourra ainsi évoluer dans un cadre référentiel connu de tous, qui sera très apprécié par les remplaçants ou les nouveaux affectés.

### C) Une base de donnée commune à tous les services

Je souhaiterais proposer l'instauration d'une base de données commune à l'ensemble des services.

Elle pourrait être composée d'informations utiles à tous, dans un souci de mutualisation des efforts, de synergie.

Ces données seront divisées en plusieurs dossiers :

- le bilan d'activité
- colloques/formation (date et lieu des colloques à venir – actes de colloques disponibles...)
- les transferts (adresse des lieux de vacances ou de séjour déjà fréquentés et appréciation indicative du service concerné par le séjour)
- établissements extérieurs (coordonnées, caractéristiques essentielles, plaquettes)
- associations (idem)
- les partenariats avec les collectivités locales
- la bibliothèque (les ouvrages consultables, nouvelles acquisitions)

L'archivage de ces sources d'informations intéressant tous les services pourra faire l'objet d'une mise en ligne sur l'intranet.

La mutualisation des données encouragerait le sentiment d'appartenance et d'identification de tous les agents quelque soit leur niveau dans la hiérarchie.

La constitution de cette base de données sera faite en concertation avec tout le personnel et réactualisée avec la participation active de tous.

### **3.3 Développer la force de travail d'un établissement**

La force de travail d'un établissement réside dans son personnel.

C'est pourquoi pour entrer dans une dynamique de progression de la prise en charge des jeunes et plus largement des usagers, deux conditions doivent selon moi être réunies :

- permettre à chacun de s'impliquer dans un projet professionnel et dans la vie de l'établissement.
- accepter et reconnaître l'évaluation comme un moyen de s'adapter dans le but de toujours mieux satisfaire les besoins des usagers.

### 3.3.1 Valoriser les compétences

Un personnel impliqué et motivé, condition indispensable pour développer l'efficacité collective passe nécessairement par la valorisation des compétences à travers la formation continue, le partage du savoir faire avec d'autres professionnels et la participation à l'innovation.

#### A) La formation continue

L'accès à la connaissance et à la formation demeure une priorité stratégique pour le développement des équipes mobilisées autour de la prise en charge des adolescents.

La formation constitue **l'un des leviers du management**, en cohérence avec le projet de service. Elle permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence de tous les professionnels.

Pour l'ensemble du personnel, la formation va permettre d'enrichir les connaissances de base, de rechercher la performance dans le savoir faire technique, dans la façon de se comporter face à une situation donnée ou de crise.

Il s'agit :

- d'améliorer les pratiques professionnelles
- de s'adapter aux caractéristiques de la population adolescente (violence, pathologies somatiques et psychiatriques, dépendance) pour mieux apprendre à les gérer
- d'être sensibilisé à la prévention des risques professionnels ou de sécurité
- de rechercher un perfectionnement individuel ou collectif
- de répondre à une demande de soutien psychologique par l'analyse des pratiques

Pour les responsables de services, la formation aidera à mieux diriger une équipe, mieux communiquer, mieux anticiper et gérer les conflits.

Il s'agit de développer les compétences managériales, d'accompagner l'évolution des organisations, de pratiquer le dialogue social, d'adopter les méthodes de conduite d'entretien, de prévenir la gestion des risques.

Je considère que la formation continue est un **outil indispensable pour améliorer le professionnalisme** de tous les membres du personnel et qu'il faut inciter le plus grand nombre à suivre des modules de formation.

La formation peut s'envisager de manière individuelle, collective, sur le lieu de travail ou à l'extérieur.

Après avoir recensé les souhaits exprimés en entretien d'appréciation, le comité de direction définit les formations retenues et les modalités d'organisation. Des partenariats peuvent être envisagés avec d'autres établissements.

#### B) Le partage d'un savoir faire

Une autre forme de formation me paraît très intéressante à mettre en œuvre : **le stage croisé.**

Il s'agit pour un agent d'effectuer un stage sur une durée limitée, dans un autre établissement afin d'observer les savoirs faire, les techniques, les manières de résoudre les problèmes des adolescents, à charge pour nous de recevoir un membre de cet établissement dans les mêmes conditions.

Cet échange pourrait se contractualiser sous forme de **Charte relationnelle.**

Les expériences devront faire l'objet d'une restitution auprès des équipes et seront partagées dans tous les services pour permettre d'engager une réflexion sur d'autres pratiques possibles.

Au CDEF pour mieux assurer la prise en charge des adolescents en souffrance psychique, un stage croisé dans un établissement spécialisé en santé mentale, pourrait apporter une aide non négligeable à ces professionnels.

### C) L'innovation participative

**L'innovation est source de progrès et de performance<sup>31</sup>**, elle vise :

- une meilleure satisfaction des prestations offertes à l'utilisateur
- la simplification des procédures
- l'efficacité du travail quotidien
- la satisfaction du personnel qui y participe

Le responsable de proximité doit être à l'écoute et encourager toutes les propositions d'amélioration données par le terrain donc par ceux qui vivent les problèmes au quotidien.

Une idée de proximité est une solution à un problème local, un projet que les agents mettent en place suivant un plan élaboré, imaginé par eux.

**L'innovation sert de levier pour développer, promouvoir l'autonomie et la responsabilité du personnel.**

Pour ma part, je suis très favorable à adopter cette démarche de management. Je m'efforcerai à mobiliser le potentiel créatif des agents, à valoriser leurs initiatives et leur participation active.

De plus pour moi l'innovation crée de la valeur ajoutée pour l'établissement et apporte un meilleur confort dans le travail des agents et la qualité de prise en charge des usagers.

### **3.3.2 Renforcer les pratiques évaluatives**

L'évaluation est une étape incontournable qui s'inscrit dans un souci permanent de recherche de la qualité dans les conditions de travail et dans les prestations offertes à nos usagers.

#### A) L'enjeu de l'évaluation

L'évaluation consiste à mesurer le niveau de réalisation d'objectifs déterminés préalablement à une action en utilisant divers critères : référentiels, protocoles, questionnaires, indicateurs.

---

<sup>31</sup> ISAAC GETZ et ALAN G. ROBINSON, Vos idées changent tout, Ed Dunod.

L'évaluation permet ainsi de repérer des dysfonctionnements et l'étape suivante consistera à mener un plan d'action d'amélioration.

L'enjeu est d'améliorer l'existant, d'entrer dans un **processus d'évolution continue** dans **l'intérêt des usagers**.

Pour développer une véritable culture de l'évaluation outre qu'elle soit désormais une obligation légale dans le secteur social et médico-social depuis la loi du 2 janvier 2002, l'équipe d'encadrement devra expliquer au personnel l'enjeu d'une telle démarche.

En effet, cette notion ne pourra véritablement **avoir de sens si et seulement si, le personnel en mesure l'intérêt et participe à la démarche**.

#### B) Des actions d'évaluation en direction du personnel

En tant que directeur, il m'importe de connaître le **climat social** de mon établissement.

Pour cela, des actions d'évaluation doivent être menées.

Dans le domaine de la communication, je propose que les réunions fassent l'objet d'un rapport systématique, même succinct.

Pour les réunions :

- temps espace communication
- droit d'expression
- groupe de parole adolescent

Dix réunions par an seront demandées et **une fiche de suivi** sera rédigée.

Elle devra mentionner :

- le nom du service concerné
- le nom de l'animateur
- la liste des participants les thèmes abordés
- les questions en attente de réponses
- les attentes ou les préoccupations des participants

Ces fiches seront analysées en réunion de direction, les réponses aux interrogations seront communiquées lors de la prochaine réunion (sauf réponses urgentes).

Dans le domaine des ressources humaines : je souhaiterai évaluer la qualité de la gestion des ressources humaines par la création d'un **Observatoire Social** dont les items seront à affiner en réunion de direction.

Pour ma part, cet outil devra faire état :

- du suivi de l'absentéisme : analyse des incidents de service, analyse des congés de maladie et d'absences irrégulières
- de mesurer les difficultés rencontrées dans leurs conditions de travail, dans leurs relations professionnelles
- de mesurer la satisfaction du personnel dans leurs conditions de travail, leur formation, dans l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants (contractuels, stagiaires, titulaires de toutes les catégories)

Pour ces deux mesures, j'utiliserai **les fiches de suivi des réunions temps espace communication, les questionnaires d'évaluation de la formation** suivie.

Je pratiquerai un entretien d'intégration après un mois de présence.

- de la mesure des risques professionnels : prise en compte des accidents du travail, de leur origine.

Il sera demandé de signaler systématiquement **les évènements indésirables par écrit**.

### C) Des actions d'évaluation dans les domaines de la prise en charge

En ce qui concerne :

- **l'accompagnement éducatif, social et thérapeutique** : des fiches de suivi permettront de rendre compte de toutes les actions menées dans la prise en charge de chaque adolescent dans chaque secteur.
- **Le projet personnalisé** : la progression des étapes de ce projet ainsi que la participation des parents seront également consignées sur une fiche de suivi.
- **La satisfaction des usagers** : un questionnaire permettra de recueillir l'avis, le ressenti des familles et des adolescents. Les grands axes de cette enquête porteront sur l'accueil, la qualité de vie, l'accompagnement, la communication, l'orientation.
- **L'analyse des correspondances** : déposées dans la boîte à idées, fera l'objet d'un thème lors d'une réunion du Conseil de la Vie Sociale.
- **La création d'un observatoire des comportements** : vise à évaluer et prévenir les risques liés à la prise en charge. Suivi du nombre de fugues, des actes de violence, de dégradations, la durée de déscolarisation, les états de crise et le nombre d'agressions à l'encontre du personnel.
- **Le suivi du partenariat** : il se fera au travers des indicatifs suivants : nombre de chartes relationnelles et nombre de participants aux stages croisés ; nombre de

conventions de partenariat signées avec les établissements ; nombre de participants à des réunions externes.

- **Le bilan d'activité** : il retracera l'activité de l'établissement sur l'année écoulée : nombre des enfants accueillis, origine du placement, durée du séjour, types d'orientations. Il pourra évoluer selon les propositions des responsables de service et fera l'objet d'une diffusion dans l'établissement et auprès de nos partenaires afin de mieux faire connaître nos actions.

Au regard des difficultés constatées dans la deuxième partie, je me suis attachée à élaborer une stratégie de direction ciblée sur l'optimisation du cadre institutionnel interne et externe tout en développant le management participatif.

Améliorer la communication, renforcer le cadre de travail et développer la force de travail dans un établissement me paraissent des axes de travail incontournables sur lesquels un directeur doit se mobiliser afin de consolider un sentiment commun d'appartenance et une cohésion sociale qui de fait, rejailliront naturellement sur la prise en charge des usagers.

## CONCLUSION

Le CDEF est une structure performante, exemplaire à plus d'un titre.

A plusieurs reprises, j'ai pu constater que les professionnels pour réussir leurs missions s'impliquent et supportent un seuil de tolérance très élevé.

Si cet établissement rencontre néanmoins des difficultés, ces dernières pourront être résolues dans le cadre d'une démarche qualité, démarche à laquelle la direction est très attachée.

En effet, son directeur a souhaité l'intervention d'un organisme extérieur pour sensibiliser l'ensemble du personnel et former des personnes « ressources » chargées d'impulser rapidement cette dynamique.

Tout au long de ce stage, j'ai particulièrement apprécié l'engagement de la direction, sa volonté et son souci permanent de donner satisfaction à l'utilisateur. Cela m'a permis d'appréhender la fonction de direction dans ses aspects les plus primordiaux entre autre sa capacité à être ouvert aux questions d'actualité de notre société et à s'adapter de manière permanente aux évolutions afin d'améliorer la prise en charge des populations accueillies.

D'une manière générale, une prise de conscience récente de la souffrance adolescente a eu lieu en France.

Désormais, les pouvoirs publics, par la mise en place d'une politique spécifique prennent en considération le mal être des adolescents.

Ainsi, la Conférence de la Famille 2004 a proposé des conclusions pragmatiques et ambitieuses sur l'avenir de cette population.

Parmi ces mesures, la généralisation des Maisons des adolescents paraît être la plus emblématique dans le domaine de la santé et témoigne de la volonté d'assurer une prise en charge globale des adolescents.

On peut espérer que la création prochaine d'une de ces maisons dans le département de la Haute-Garonne bénéficiera au CDEF, en attirant l'attention sur la problématique des adolescents en difficulté.

---

## Bibliographie

---

- ❖ BRACONNIER A., MARCELLI D., Adolescence aux mille visages, Ed Odile Jacob,
  - ❖ POMMEREAU X., Quand l'adolescent va mal, Ed JC Lattès, 1999
  - ❖ HUERRE P., HUART F, Voyage au pays des adolescents, Ed Calmann - Levy, 1999
  - ❖ DOLTO F., La cause des adolescents, Ed Robert Laffont, 1988
  - ❖ DOLTO F., DOLTO-TOLITCH C., Paroles pour adolescents, le complexe du homard,Ed Hatier
  - ❖ DELAROCHE P., Doit-on céder aux adolescents ? , Ed Albin Miche
  - ❖ BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., Les parents aujourd'hui, Ed Ouverture psy, 2003
  - ❖ DELAROCHE P., Adolescence à problèmes : comprendre vos enfants pour les aider, Ed Albin Michel
  - ❖ MARCELLI D., Enfant, chef de la famille, Ed Albin Michel
  - ❖ MANCIAUX M., GABEL M., GIRODET D., MIGNOT C., ROUYER M., Enfance en danger, Ed Fleurus Psycho-Pedagogy
  - ❖ LOVELL A-M., Problèmes politique et sociaux, Santé mentale et société, N°899,Avril 2004, Ed La documentation Française
- 
- ❖ La Gazette des communes- des départements- des régions N°4 Supplément, SANTE/SOCIAL, dossier : Améliorer la prise en charge des adolescents
  - ❖ CHARTIER JP., DENANCIER J., Adolescence 2002, Fondation de France et Association SQUIGGLE

- ❖ LORRAIN J-L., Rapport Sénat, Adolescence comment en sortir, N°242 , 2002-2003
  - ❖ LORRAIN J-L., Rapport Sénat, Accueil et protection de l'enfance N°10, 2003-2004
  - ❖ BETEILLE L., Rapport Sénat Autorité Parentale N°71, 2001-2002
  - ❖ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Ed ENSP, Février 2000
  - ❖ RUFO M., Rapport préparatoire à la Conférence de la Famille 2004, Santé, Adolescence et Famille
  - ❖ DELEU A., Rapport préparatoire à la Conférence de la famille, Projet personnel et engagement collectif
- 
- ❖ CROZIER M., SERIEYX H, Du management panique à l'entreprise du XXI<sup>ème</sup> siècle, Ed Maxima
  - ❖ MUCCHIELLIELLI R., Le travail en équipe, Ed ESF
  - ❖ AUBERT N., Diriger et motiver, Ed Les éditions d'organisation
  - ❖ GACOIN D., Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales, Ed Dunod
  - ❖ DENANCIER J., Mener l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Ed Dunod
  - ❖ LOUBAT J-R, Instaurer la relation de service, Ed Dunod, 1999
  - ❖ ISAAC GETZ et ALAN G. ROBINSON, Vos idées changent tout, Ed Dunod