



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2004

**Contexte, objectifs et enjeux de la
création d'une Maison des Adolescents
dans le bassin rennais.**

Karine GILLETTE

Remerciements

Je remercie vivement toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien dans le cadre de ce mémoire et toutes celles qui m'ont fait confiance.

Sommaire

1. LES MAISONS DES ADOLESCENTS : UNE RÉPONSE AUX SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES :	6
1.1 Les difficultés de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes :	6
1.1.1 Les vicissitudes de logiques géographiques difficilement en phase avec la période de l'adolescence :	7
1.1.2 Des problématiques de santé publique spécifiques :	8
1.1.2.1 Des données inquiétantes :	9
1.1.2.2 Les aléas de la prévention :	10
1.1.3 Un cloisonnement des professionnels lourd de conséquences pour la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes :	11
1.2 Une structure innovante dans la prise en charge des adolescents en souffrance : la Maison de l'Adolescent du Havre.	12
1.2.1 L'expérience du Havre :	12
1.2.1.1 Historique de la mise en place d'une structure de prise en charge de l'adolescent et du jeune adulte en souffrance sur la ville du Havre :	13
1.2.1.2 Les principes fondateurs de la Maison de l'Adolescent du Havre :	13
1.2.1.3 L'organisation de la Maison de l'Adolescent du Havre :	15
1.2.2 La Maison de l'Adolescent du Havre, envisagée comme une réponse aux spécificités de l'adolescence pour la Défenseure des Enfants :	17
1.2.3 Les limites de la solution « Maison des Adolescents » :	18
1.2.3.1 Une vocation sanitaire très marquée :	18
1.2.3.2 Une représentation fautive de l'adolescent en souffrance ?	19
1.3 L'émergence d'une Maison des Adolescents à Rennes : contexte et méthode retenue :	21
1.3.1 Un contexte historique marqué par l'engagement de certains acteurs :	21
1.3.1.1 L'impulsion du Conseil Général :	21

1.3.1.2	Le C.H.G.R. "pilote" du projet :	23
a)	<i>Une volonté forte de la Direction du CHGR</i> :	23
b)	L'engagement progressif du secteur de l'adolescent et du jeune adulte :	24
1.3.2	Méthode retenue :	25
1.3.2.1	La problématique des locaux :	26
1.3.2.2	Le bilan de l'existant :	26
1.3.2.3	Recenser et analyser certaines données épidémiologiques :	26
1.3.2.4	Proposer la tenue d'un groupe de réflexion sur les pistes de travail proposées par le C.H.G.R. :	26

2. UNE MAISON DES ADOLESCENTS A RENNES : DU BILAN DE L'EXISTANT A LA FORMULATION DE PROPOSITIONS EVOLUTIVES.....29

2.1	Le bilan de l'existant : une diversité d'acteurs concernés par la question de l'adolescence :	29
2.1.1	Le C.H.G.R. : des prestations en santé mentale diversifiées et ouvertes sur l'extérieur :	30
2.1.1.1	Le C.A.S.S.A.J.A. : le Centre d'Accueil et de Soins Spécialisés pour Adolescents et Jeunes Adultes :	31
2.1.1.2	La fédération de pédopsychiatrie :	32
2.1.1.3	L'U.S.S.A.J.A. :	32
2.1.1.4	Les coopérations du C.H.G.R. avec d'autres acteurs du bassin rennais :	33
b)	Les autres coopérations :	35
2.1.2	Les autres acteurs de l'accompagnement de l'adolescence sur le bassin rennais :	35
2.1.2.1	Le Conseil Général : la Direction des Affaires Sociales 35 : une volonté de mieux prendre en compte les adolescents :	36
2.1.2.2	La Ville de Rennes : une politique dynamique à l'égard de la jeunesse :	37
2.1.2.3	L'Education nationale :	38
2.1.2.4	Des institutions judiciaires confrontées à l'adolescence difficile :	39
2.2	Le contexte local : l'embolie des dispositifs destinés aux adolescents :	40

2.3	L'analyse des données épidémiologiques locales :	41
2.3.1	Sur un plan socio démographique : une population plus jeune que la moyenne française et en moyenne plus scolarisée :	43
2.3.2	Sur le plan sanitaire : des indicateurs plus défavorables que la moyenne des résultats obtenus en France :	43
2.4	Un projet susceptible d'évolution en fonction de l'expression des attentes des différents partenaires :	45
2.4.1	Les points de discussion entre les partenaires potentiels :	45
2.4.2	Un projet évolutif, axé sur la définition d'une organisation pérenne au service d'objectifs communs :	48
2.4.2.1	Des missions axées sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge :	48
2.4.2.2	Des modalités de collaboration impliquant la participation de personnels d'horizons variés :	50
2.4.2.3	Un projet articulé autour de relations de réciprocité entre les partenaires, condition de succès du réseau :	50
a)	Un partenariat nécessaire avec la Ville de Rennes :	50
b)	L'approfondissement des liens avec le Conseil Général :	51
c)	L'Education nationale : une dynamique à lancer :	52
2.4.3	Le financement :	52
2.4.3.1	La problématique des locaux : l'apport du Conseil Général d'Ille et Vilaine :	53
2.4.3.2	Le financement du personnel :	54
2.4.3.3	Des sources de financement ponctuelles et éventuelles :	55
2.4.3.4	Le budget de fonctionnement :	56

3. LES OBJECTIFS ET LES ENJEUX DE LA FORMALISATION D'UN RESEAU A PARTIR DE LA CREATION D'UNE MAISON DES ADOLESCENTS :..... 58

3.1	Le renforcement du réseau : un objectif de la Circulaire du 3 mai 2002 :.....	58
3.1.1	Les objectifs du renforcement du réseau :	59

3.1.1.1	Le décloisonnement :.....	59
3.1.1.2	Impact sur la qualité de la prise en charge :	60
3.1.2	Le réseau : un champ de possibilités entre formalisme réduit et formalisation optimale :	61
3.1.2.1	Les réseaux de santé : une définition récente et ouverte :	61
3.1.2.2	Les enjeux de la formalisation :	62
a)	Le maintien d'une dynamique :	63
b)	De la formalisation perçue comme une contrainte :	63
3.1.2.3	Proposition de structuration juridique du réseau :	64
3.2	Les enjeux :	66
3.2.1	Les limites :	66
3.2.1.1	Des objectifs ambitieux :	66
3.2.1.2	L'absence d'implication des usagers :	67
3.2.1.3	Le risque d'engorgement de la structure :	68
3.2.1.4	Les incertitudes du financement :	69
3.2.2	Les écueils à éviter :	69
3.2.2.1	Le risque de démobilitation des acteurs :	69
3.2.2.2	Les difficultés liées à la multiplicité des personnels :	70
3.2.3	Les sources d'enrichissement du projet :	71
3.2.3.1	Le renforcement du projet par l'ouverture sur la médecine de ville :	71
3.2.3.2	L'évaluation : une démarche de pérennisation de la dynamique de réseau :	72
	CONCLUSION	76
	BIBLIOGRAPHIE	79
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance
B.A.P.U.	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
C.A.S.S.A.J.A.	Centre d'Accueil et de Soins Spécialisés pour Adolescents et Jeunes Adultes
C.D.A.S.	Centre Départemental d'Action sociale
C.A.F.	Caisse d'Allocations Familiales
C.A.T.T.P.	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
C.H.G.R.	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.L.I.C.	Centres Locaux d'Information et de Coordination
C.R.I.J	Centre Régional d'Information Jeunesse
D.A.S.	Direction des Affaires Sociales
E.S.C.A.P.A.D.	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
F.A.Q.S.V.	Fonds d'Aide pour la Qualité des Soins de Ville
H.C.S.P.	Haut Comité de Santé Publique
I.N.S.E.E.	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
I.U.F.M.	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
I.V.G.	Interruption Volontaire de Grossesse
O.R.S.B.	Observatoire Régional de la Santé en Bretagne
P.J.J.	Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.M.I.	Protection maternelle et infantile
U.S.S.A.J.A.	Unité de Soins Spécialisés pour Adolescents et Jeunes Adultes
G.I.E.	Groupement d'Intérêt Public
G.I.P.	Groupement d'Intérêt Public
O.N.D.A.M	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
D.U.	Diplôme Universitaire

INTRODUCTION :

"L'adolescence n'existe pas"¹. Tel est le titre provocateur d'un ouvrage récent sur l'adolescence. Pour les auteurs, l'adolescence aurait pour principale fonction d'être une sorte de repoussoir pour les adultes, et la stigmatisation des comportements pousserait à des réponses inadaptées aux symptômes d'une génération en proie au mal être.

C'est dans ce contexte qu'est née une tentative de réponse aux difficultés de l'adolescence, sous la forme de la Maison de l'Adolescent du Havre. Ce dispositif de prise en charge pluridisciplinaire connaît une certaine fortune, et la question se pose de l'implantation d'une telle structure à Rennes. Cela nous amène à nous interroger sur le contexte, les objectifs et les enjeux de la création d'une Maison des Adolescents dans le bassin rennais.

Sans doute est-il nécessaire de définir l'adolescence. Néanmoins, cette démarche se heurte à quelques difficultés du fait même du caractère relativement paradoxal de l'adolescence. Le terme adolescent renvoie au terme latin *adulescere* qui désigne celui qui est en train de grandir. La même racine latine donne le mot adulte.

C'est une période de passage donnant lieu à de multiples expérimentations dont l'objectif ultime est la construction de l'identité et de la personnalité du jeune, devenant adulte. L'adolescence dans une société telle que la nôtre n'a pas une place comparable à celle des générations précédentes. Ainsi que le Haut Comité de la Santé publique le souligne dans son rapport sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, *"trop souvent à propos de l'adolescence est évoquée une période de transition entre la petite enfance , passée sous la dépendance étroite des parents, et l'âge adulte qui serait celui de l'autonomie. Cela donne de cette période de la vie une image réductrice, d'importance mineure par rapport aux deux autres. Ce serait un âge où on n'est plus l'un et pas encore l'autre [...]"*². A cela s'ajoute le fait que cette période de la vie s'accompagne souvent d'une souffrance qui prend différents visages ; plainte somatique ou souffrance psychique, l'une n'étant absolument pas exclusive de l'autre bien au contraire. Pour D. Braconnier et A. Marcelli, ces souffrances et *"l'importance des*

¹ HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND J.-M. *L'adolescence n'existe pas*. Paris : Ed Odile Jacob, 2003;

² Haut Comité de la Santé Publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris. Février 2000.

changements, aussi bien sociaux, familiaux, affectifs que psychologiques, les manifestations brusques et souvent changeantes et parfois extrêmes que les adolescents vont connaître dans leur comportement individuel et social, l'aspect incertain mais en même temps très ouvert de cette période de la vie, amènent volontiers à parler d'un temps de crise".³ Tout cela conduit à donner à la notion même d'adolescence et corrélativement aux individus qui composent cette tranche d'âge, les adolescents, une image connotée de façon négative, voire péjorative.

Or si la crise de l'adolescence est inévitable les adolescents en crise ne sont qu'une minorité. Néanmoins, la souffrance de ces derniers doit nécessairement être accompagnée par un dispositif adapté. En effet, force est de constater que leur parcours entre les différents professionnels s'avère parfois difficile à appréhender. Ces professionnels sont issus de champs divers et variés. De multiples institutions sont en effet susceptibles d'être partie à la prise en charge des adolescents, en fonction des difficultés que ceux ci peuvent rencontrer : Education nationale, la pédiatrie et la psychiatrie, les dispositifs de protection de l'enfance tels que l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse ou encore la protection maternelle et infantile, les missions locales et les multiples associations d'un bassin de vie. Cette liste n'a surtout pas pour ambition d'être exhaustive mais cherche seulement à montrer à quelle diversité d'acteurs l'adolescent en difficulté risque d'être confronté au cours de son parcours ou de sa quête, lorsque sa demande est à peu près élaborée.

Il serait faux de dire que les difficultés de la prise en charge des adolescents n'ont été pointées que récemment par les pouvoirs publics. Depuis plus d'une dizaine d'années, des circulaires viennent régulièrement rappeler aux acteurs en prise avec cette problématique d'axer leur pratique sur le travail de réseau et la complémentarité dans les prises en charge. Il est pourtant vrai que le questionnement relatif aux adolescents tend à prendre une place de plus en plus importante ces derniers temps : la Journée de la Famille sera ainsi consacrée à l'adolescence en novembre 2003 et la Conférence de la Famille qui se tiendra au Printemps 2004 reprendra ce thème. Ces temps de réflexion sont en corrélation avec un certain nombre de rapports parus ces dernières années qui ont développé cette question : ceux de 2001 et 2002 de la Défenseure des enfants, celui du Haut comité de la santé publique "*la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*", l'enquête nationale adolescents de l'I.N.S.E.R.M., le rapport du Dr. X.

³ BRACONNIER A., MARCELLI D. *L'adolescence aux mille visages*. Paris : Ed Odile Jacob, 1998, p49.

Pommereau sur la santé des jeunes, et plus récemment le rapport de J.-L. Lorrain⁴ présenté au sénat et portant précisément sur la question des adolescents en crise. Ce dernier document évoque la Maison des Adolescents.

Qu'est ce qu'une Maison des Adolescents? Ce concept renvoie à une structure qui a ouvert ses portes au Havre en 1999. Dénommée Maison de l'Adolescent, elle est actuellement considérée comme une réussite par un certain nombre de personnes dont la Défenseure des enfants. Celle-ci, particulièrement sensible à la question de l'adolescence en souffrance a largement promu ce dispositif. Son objectif n'est pas de superposer une structure à ce qui existe déjà. Il s'articule autour du point de vue des professionnels, afin d'optimiser leurs compétences et du point de vue des adolescents, de manière à offrir une réponse adaptée à la complexité de leurs besoins.

Les adolescents en question dans cette étude se rapportent à la classe d'âge des 13-21 ans, déterminée de façon arbitraire, mais ayant le mérite de correspondre à la tranche d'âge retenue par le C.H.G.R. pour mener un certain nombre d'actions transversales en faveur de cette population, actions dans lesquelles s'inscrira l'ouverture éventuelle d'une Maison des Adolescents à Rennes. Retenir cette tranche d'âge nous conduira à évoquer les adolescents et/ou les jeunes adultes, puisque la majorité est fixée en France à 18 ans. Le terme "adolescent" qu'il soit mentionné seul ou non renvoie bien entendu à l'ensemble de la classe d'âge considérée.

Le champ de la Maison des Adolescents ne concerne pas tous les adolescents. Il ne s'agit pas en effet de proposer une sorte de maison de la jeunesse, l'expression même de Maison de(s) (l')Adolescent(s) est d'ailleurs à cet égard source de confusion. Mais il s'agit de ne pas stigmatiser le dispositif aux yeux des jeunes en y accolant des connotations liées à la souffrance ou aux difficultés propres à cet âge. Néanmoins, c'est de cela qu'il s'agit. Aussi, nous ne nous intéresserons ici aux adolescents, non pas nécessairement en crise mais en proie au mal-être, susceptible de causer de grands dommages au regard de leur devenir d'adulte.

"Maison des Adolescents" s'appliquera pour désigner les structures qui tendent à se développer dans la lignée de la Maison de l'Adolescent du Havre. On remarquera que le terme inventé par le Havre a été repris non pas tel quel mais sous la forme d'un pluriel. *"Ni dispensaire, ni maison de justice, ni hôpital psychiatrique, la Maison des Adolescents propose une prise en charge pluridisciplinaire des jeunes de 13 à 20 ans (ces âges peuvent varier selon les départements) en souffrance psychologique, somatique et*

⁴ NB : cf. références en bibliographie.

psychiatrique."⁵ Le vocable "Maison" a une signification forte qui ne doit pas occulter le réseau constitué autour d'une Maison des Adolescents nécessaire à son bon fonctionnement.

Aussi, il convient de s'interroger sur le point de savoir en quoi le contexte rennais a d'une part favorisé l'émergence de l'idée même de Maison des Adolescents et d'autre part, pourquoi ce même contexte est une source d'enjeux pour les acteurs au stade de la formalisation et la définition d'objectifs spécifiques. En effet, au delà d'une volonté affichée de travailler ensemble, la validation d'une vision et d'objectifs communs reste chose complexe. Une autre interrogation réside dans le but fixé à la Maison des Adolescents : s'agit-il de décloisonner des logiques d'intervention ou de pallier les dysfonctionnements liés au cloisonnement ?

Pour répondre à ces interrogations, la méthode suivie a été d'examiner les constats autour de la prise en charge de l'adolescence et les préconisations de la Défenseure des enfants avant d'étudier la possibilité de leur application au contexte du bassin rennais. Enfin, le projet rennais a été décrit et analysé en relevant les points qui ont fait débat.

Les outils à ma disposition ont été l'étude de la bibliographie disponible, la visite de la Maison de l'Adolescent du Havre, l'observation et la préparation pour l'une d'entre elles, des deux réunions ayant pour thème la mise en place d'une Maison des Adolescents à Rennes, conduites l'une par le Conseil Général, l'autre par le Centre hospitalier Guillaume Régnier, que nous dénommerons C.H.G.R. au cours de ce travail, et enfin les entretiens menés dans le cadre du mémoire et de l'élaboration du projet.

Les entretiens conduits ont eu deux objectifs : d'une part, élaborer un bilan de l'existant à partir de l'analyse du ressenti des personnes interrogées.. D'autre part, faire émerger, à partir d'un questionnaire simple, l'intérêt des acteurs pour une telle structure et quelles pouvaient être les modalités de leur participation à la Maison des Adolescents.

C'est au regard de ces éléments que nous développerons premier lieu en quoi les maisons des adolescents sont une réponse aux besoins spécifiques des adolescents (1ère partie), avant de décrire le contexte de l'émergence d'une Maison des Adolescents à Rennes et les propositions qui ont été faites en conséquence (2ème partie). Enfin, nous verrons les difficultés et les enjeux de la formalisation d'un tel dispositif de prise en charge des adolescents dans le bassin rennais (3ème partie).

⁵ LORRAIN J-L. *Rapport n°242 d'information au Sénat présenté le 3 avril 2003.*

1. LES MAISONS DES ADOLESCENTS : UNE RÉPONSE AUX SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES :

La promotion des maisons des adolescents et plus largement la publicité faite autour de ces structures répond à un objectif : mettre en œuvre une politique de prise en charge globale de l'adolescent, en tenant compte des spécificités propres à cet âge. L'idée même de Maison des Adolescents est née de l'initiative des professionnels Havrais, et a été reprise ensuite par Claire Brisset, Défenseure des Enfants, qui fait des propositions pour renforcer l'efficacité du dispositif.

Le projet de mettre en place sur Rennes ce type de structure date de la visite de la Défenseure des Enfants dans le département d'Ille et Vilaine, à l'initiative du Conseil Général. Après avoir détaillé quelles peuvent être les difficultés de la prise en charge des adolescents, nous exposerons les grandes lignes de l'organisation de la Maison de l'Adolescent du Havre et les préconisations de la Défenseure des Enfants, avant de présenter le contexte rennais de l'émergence d'une telle structure.

1.1 Les difficultés de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes :

La prise en charge des adolescents en souffrance présente plusieurs sortes de difficultés : la première d'entre elles résulte de différentes logiques d'interventions géographiques entre les différents champs concernés par l'adolescence. Cette même difficulté existe au sein de la politique de secteur en santé mentale puisqu'elle n'identifie pas en tant que telle la période constituée par l'adolescence. De plus, les problématiques de santé publique de l'adolescence présentent des caractères spécifiques que nous expliciterons. Enfin, le cloisonnement des professionnels nuit à la cohérence et à la lisibilité de la prise en charge, et par voie de conséquence à sa qualité.

1.1.1 Les vicissitudes de logiques géographiques difficilement en phase avec la période de l'adolescence :

La plupart des institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales ont des territoires d'action fondés sur une logique géographique ; leur action est également dictée par la prise en compte de l'âge de la population à laquelle elles s'adressent. La psychiatrie est l'un des champs qui illustre les difficultés liées à la sectorisation en matière de prise en charge des adolescents et des jeunes adultes.

Le principe de la sectorisation en psychiatrie a été introduit par une circulaire du 15 mars 1960⁶. Elle comporte une forte dimension géo-démographique puisqu'elle définit un territoire pertinent d'accès aux soins sur un critère de population : 70 000 habitants pour la psychiatrie adulte, 210 000 pour la psychiatrie infanto-juvénile.

La sectorisation est fondée sur les principes de l'accessibilité et de la continuité des soins et est destinée à promouvoir des prises en charge diversifiées et de proximité adaptées aux besoins des patients. Au sein de chacun des secteurs, intervient une équipe pluridisciplinaire assurant la prévention, le diagnostic précoce, le traitement à l'hôpital et en dehors de celui-ci le suivi ultérieur des patients et leur réinsertion.

Cependant, elle pose des problèmes majeurs en matière de réponse aux souffrances adolescentes.

Les lois des 25 juillet et 31 décembre 1985 et le décret n°86-602 du 16 mars 1986 donnent une base légale aux secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile et en définissent les missions. Les premiers doivent répondre aux besoins de soins de la population âgée de plus de 16 ans, les seconds aux besoins de santé mentale des enfants et des adolescents. Ce partage présente l'inconvénient de scinder la période recouverte par l'adolescence. Cela conduit à des admissions d'adolescents dans des unités pensées pour la prise en charge d'adulte, et non pour celle d'adolescents en crise.

La sectorisation induit en outre des pratiques très hétérogènes entre les secteurs, sans grande lisibilité pour le public, qu'il s'agisse des usagers, patients et famille, ou des professionnels de d'autres champs de prise en charge. Ce phénomène est accentué par le fait que le découpage en secteurs psychiatriques ne se recoupe pas avec les circonscriptions d'action sociale, du médico-social ou de l'éducatif.

⁶ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

S'ajoutant à la segmentation des découpages territoriaux, il faut rappeler que les tranches d'âge fondant l'action de ces différents champs, sanitaire, social, médico-social, judiciaire, sont différents. Ainsi, alors que la psychiatrie infanto-juvénile laisse la place à la psychiatrie adulte dès 16 ans, l'aide sociale à l'enfance traite des dossiers jusqu'à 21 ans et la majorité est à 18 ans.

C'est particulièrement pénalisant pour la prise en charge des adolescents qui nécessite souvent de confronter les points de vue pour apporter une solution globale et complique le travail de réseau et la coordination entre les différents professionnels de l'adolescence.

Pour contourner les difficultés soulevées par la sectorisation, des approches plus fonctionnelles ont été pensées, notamment du point de vue sanitaire. Que ce soit les fédérations, l'inter-sectorialité ou le travail en réseau, toutes proposent de structurer de façon plus adaptée l'offre de soins et des moyens.

Ces modes d'organisation trouvent particulièrement à s'appliquer au profit de populations spécifiques telles que les adolescents. Ainsi, le Centre Hospitalier de Pontoise a créé une fédération de médecine et de psychiatrie de l'adolescent entre les services de psychiatrie générale, de psychiatrie infanto-juvénile et de pédiatrie de ce Centre Hospitalier. A Rennes, le C.H.G.R. a mis en place l'unité de soins spécialisés aux adolescents et aux jeunes adultes (U.S.S.A.J.A.), dispositif intersectoriel qui accueille les adolescents de 16 à 21 ans.

1.1.2 Des problématiques de santé publique spécifiques :

Plusieurs rapports ont évoqué ces dernières années les caractéristiques de la santé des adolescents et mettent en exergue la souffrance psychique, « *méconnue* » selon le Haut Comité de la Santé Publique⁷, Pour le H.C.S.P., la souffrance des jeunes est relativement mal définie. Elle peut être mesurée par la fréquence des troubles et des conduites des jeunes : accidents, tentatives de suicide, les violences, la consommation de produits psychoactifs ... Et elle est d'autant plus difficile à traiter que la prévention de ces troubles reste délicate.

⁷ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris : Editions ENSP, 2001.

1.1.2.1 Des données inquiétantes :

Les indicateurs sont à prendre avec précaution car beaucoup de ces troubles et conduites sont des agissements propres à cette période de la vie.

Les prises de risques qui participent de conduites structurantes de la personnalité doivent être distinguées de conduites à risques caractérisées par la répétition, l'abus ou l'addiction telles que les tentatives de suicide, la toxicomanie ou les conduites sexuelles à risques. Les premières prennent tout leur sens quand il s'agit de trouver ses propres limites et de construire son identité, d'autant que notre société valorise le risque, comme l'illustre la fascination pour des sports extrêmes.

Les secondes sont nettement plus préoccupantes. Elles permettent *"la mise en scène du mal-être plutôt que la simple expression d'une souffrance interne"*.⁸ Elles ne doivent pas être négligées d'autant que la prévention des conduites à risques est rendue complexe de par la pluralité des facteurs en cause. Quoi qu'il en soit, pour un certain nombre de jeunes, ces conduites révèlent un mal-être, une difficulté à être au monde que notre société ne doit pas négliger.

Pour illustrer ces propos, quelques chiffres issus du rapport 2002 de la Défenseure des Enfants et du rapport de Jean Louis Lorrain remis au Sénat, à propos de l'adolescence en crise, méritent d'être rappelés :

- Près d'un décès sur deux chez les adolescents est causé par un accident de la circulation, lui-même favorisé par la vitesse, l'alcool et/ou la consommation de drogue.
- Le suicide est, après les accidents de la circulation, la deuxième cause de mortalité chez les jeunes. Il représente 11% des décès des 15-19 ans et 17% des décès chez les 20-24 ans⁹. A ce chiffre, il faut ajouter que 3,7% de cette classe d'âge a fait une tentative de suicide. La France se situe dans les pays ayant les taux de mortalité par suicide les plus élevés d'Europe.
- 40% des adolescents de 11 à 19 ans ont une consommation occasionnelle d'alcool, 12,4% ont une consommation régulière.
- Le cannabis a été expérimenté par 55% des jeunes de 18 ans.
- 29% des jeunes filles et 10,6% des jeunes garçons ont déjà eu recours à des médicaments psychotropes.
- Enfin, chez les mineures, sept grossesses sur dix se finissent par une I.V.G.

⁸ HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France en 2002*. Ed. La Documentation Française. Février 2002.p 89

⁹ NB : les morts volontaires représentent 2% des décès de l'ensemble de la population.

L'énoncé quelque peu brutal de ces chiffres doit être complété par la mention de la prévalence de troubles tels que la dépression, les troubles du comportement ou les troubles de la conduite alimentaire tels que l'anorexie, survenant à l'adolescence.

1.1.2.2 Les aléas de la prévention :

Si la mortalité des jeunes a diminué ces dernières décennies, il est nécessaire de rappeler que dans la plupart des cas, il s'agit d'une mortalité évitable.

Les comportements à risques sont le résultat d'interactions complexes entre des facteurs individuels et psychologiques, et des facteurs sociaux et environnementaux qui rendent complexe toute démarche de prévention. De nombreux rapports donnent diverses explications à ces chiffres et listent de façon plus exhaustive des facteurs de risques.¹⁰

La prévention se dit de toute démarche visant à intervenir en amont, en l'occurrence d'un comportement, de manière à éviter ou diminuer les effets sur la qualité de vie des personnes concernées. Cette démarche passe pour l'essentiel par la diffusion de messages d'information à l'égard des populations concernées, la promotion de la santé présentant un caractère relativement "ingrat" : les campagnes de prévention d'aujourd'hui ne produiront des effets bénéfiques significatifs que dans quelques années.

La prévention, la diffusion d'une information pertinente et reçue comme telle sont déjà complexes envers les adultes. Elles le sont d'autant plus lorsqu'elles s'adressent aux jeunes. Deux types de causes expliquent cet état de fait. D'une part, la multiplicité des facteurs en cause ne permet pas une prévention globale. D'autre part, les jeunes éprouvent des difficultés à concevoir que telle ou telle activité présente un risque ; rouler sans son casque, ne pas respecter un feu rouge reflètent davantage l'idée que l'adolescent ne peut envisager la mort ou l'accident comme le concernant, qu'une prise de risque consciente. Opposer à ces conduites des campagnes de prévention fondées sur le postulat que l'être humain est rationnel ne peut qu'être voué à l'échec. Il a été montré que la solution passait essentiellement par l'établissement de relations interpersonnelles avec un adulte de confiance permettant que le message soit reçu, ce qui est un début

¹⁰ Sur ce point, cf. LORRAIN J.L. *Rapport n°242 d'information au Sénat présenté le 3 avril 2003*, HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France en 2002*. Paris : Ed. La Documentation Française, Février 2002; DEFENSEUR DES ENFANTS. *Rapport annuel du Défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, 2002.

d'explication à l'inefficacité des campagnes massives d'information à destination des jeunes.

L'efficacité de la prévention passe nécessairement par une action commune des différents professionnels, action rendue complexe par le cloisonnement des différents champs de l'accompagnement des jeunes en souffrance.

1.1.3 Un cloisonnement des professionnels lourd de conséquences pour la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes :

Les différents champs et acteurs concernés par le suivi des adolescents souffrent comme dans beaucoup de domaines du cloisonnement du sanitaire et du social ce qui n'est pas sans conséquences sur la qualité des prises en charge. Les institutions sanitaires, scolaires, judiciaires, sociales et médico-sociales ont chacune une histoire, un fonctionnement et des missions propres. Elles sont parfois démunies, face à l'émergence de nouvelles demandes des adolescents, qui nécessitent une approche transversale de leurs missions ainsi qu'une démarche de collaboration avec des partenaires.

Le travail de complémentarité entre les acteurs n'est ni simple, ni naturel. Au delà des facteurs institutionnels, certaines difficultés tiennent à des résistances culturelles et conceptuelles, propres à chacun des secteurs. L'opposition traditionnelle entre les personnels soignants et éducatifs résultant de cultures professionnelles différentes alors même que leurs missions peuvent se recouper partiellement en est une illustration. Sur un autre registre, c'est leur vision de l'adolescent en souffrance qui dicte leur réponse à cette souffrance. S'il n'y a pas autant de philosophies de prises en charge que d'adolescents, il y a néanmoins suffisamment de différences conceptuelles qui amènent des résistances au fait de travailler ensemble. A cet égard, certaines propositions actuelles visant à accroître les temps de formation commun entre ces professionnels paraissent particulièrement pertinentes.

Au-delà des résistances culturelles et conceptuelles, le fait que, selon J-L. Lorrain, "*les structures actuelles confrontées aux adolescents en crise ne prennent en compte qu'un aspect du problème : médical, social, psychologique, judiciaire ou scolaire*"¹¹ participe à la difficulté de mettre en œuvre d'une prise en charge adaptée. C'est pourquoi, au-delà de la spécialisation, c'est la recherche de la multidisciplinarité et de la transversalité qui doit guider l'action des professionnels.

¹¹ LORRAIN J-L. *Rapport n°242 d'information au Sénat présenté le 3 avril 2003*, p 35.

L'enjeu est pour les institutions d'être évolutives pour proposer des solutions plus adaptées aux questionnements et souffrances des adolescents, qui sont de surcroît très variables d'un individu à un autre. Une véritable politique d'accompagnement de l'adolescence passe nécessairement *a minima* par la mise en relation de tout ce qui a été jusqu'ici séparé, à savoir les différents aspects de la prise en charge de l'adolescence, entre prévention orientation et soin, en développant une cohérence d'ensemble au dispositif.

Les intervenants auprès des adolescents sont nombreux mais chacun doit tenir compte de l'existence de l'autre afin de développer une réponse pertinente et cohérente à différents stades : prévention, soin mais également au moment de la crise. Cela suppose une articulation entre des professionnels formés aux problématiques spécifiques des adolescents et respectant les missions de chacun.

Ce type de partenariat est plus développé chez les professionnels de la psychiatrie, du fait de la nature de leurs missions. Elle est parfois à promouvoir chez d'autres professionnels, prisonniers d'un cadre institutionnel plus figé. La Maison des Adolescents a, entre autres, pour ambition de lever ces cloisonnements institutionnels.

1.2 Une structure innovante dans la prise en charge des adolescents en souffrance : la Maison de l'Adolescent du Havre

La Maison de l'Adolescent du Havre a ouvert ses portes en 1999 mais la réflexion des professionnels Havrais sur l'adolescent en souffrance est bien antérieure. Cette structure apparaît comme particulièrement innovante dans la mesure où un véritable réseau s'est constitué autour de la prise en charge de l'adolescence.

1.2.1 L'expérience du Havre :

Cette expérience est décrite à partir de lectures mais également d'observations réalisées *in situ*. En effet, suite à une réunion organisée sous l'impulsion du Conseil Général d'Ille et Vilaine, il a été programmé une visite de la Maison de l'Adolescent du Havre à laquelle se sont rendus des représentants du Conseil général et des représentants du C.H.G.R. L'objectif était d'apprécier sur place les apports d'une telle structure avant d'en envisager la possibilité d'une transposition sur le bassin rennais.

Un entretien à plusieurs voix a eu lieu, nous permettant de prendre connaissance de l'historique du projet et de l'organisation concrète de la structure.

1.2.1.1 Historique de la mise en place d'une structure de prise en charge de l'adolescent et du jeune adulte en souffrance sur la ville du Havre :

Le projet de création d'une structure spécifique destinée à donner des soins aux adolescents existait depuis 1982. Pendant plus d'une dizaine d'années, différents professionnels ont étudié les modalités d'une réponse adaptée aux souffrances de l'adolescent et du jeune adulte.

Une circulaire de 1996¹² a permis la création de Points Ecoute Jeunes au Havre et de fait la formalisation d'un groupe de réflexion incluant des professionnels de l'adolescence issus d'horizons divers : psychiatres, pédiatres, éducateurs spécialisés de la protection judiciaire de la jeunesse, médecins scolaires, intervenants de la mission locale. D'emblée, des partenaires hors champ sanitaire ont été impliqués en raison de l'intrication étroite du sanitaire et du social dès lors que l'on s'intéresse à cette population. C'est à partir de ce travail de partenariat que s'est tissée "*la trame d'un futur lieu de soin pour adolescent*".¹³

L'aggravation des indicateurs sanitaires relatifs aux adolescents (taux de suicide, de grossesses adolescentes...) et le contexte social de la ville du Havre, particulièrement difficile à la fin des années quatre-vingt-dix, seront les éléments déclencheurs de la mise en place effective du projet grâce notamment au soutien de la Direction du Groupe Hospitalier du Havre.

Après avoir décrit le contexte, notre étude se portera sur les principes qui ont guidé la mise en place de cette structure ainsi que sur son organisation concrète.

1.2.1.2 Les principes fondateurs de la Maison de l'Adolescent du Havre :

Une fois les besoins identifiés par les professionnels, trois axes majeurs ont guidé la réflexion sur la mise en place de la Maison de l'Adolescent.

¹² Circulaire 1^{er} juin 1996 sur la mise en place des points d'accueil pour les jeunes de 10 à 25 ans.

¹³ Cf. Dr FUSEAU A., RISETTO J. La Maison de l'Adolescent au Havre. In *La prise en charge des mineurs en grande difficulté*. Actes du séminaire Santé – Justice. 25 et 26 mai 2000. Paris, 2001. pp. 49-54.

Il s'agit tout d'abord de privilégier une réponse ambulatoire. Le Dr Alain Fuseau, responsable médical de la structure, explique que ce choix est le fruit d'une observation selon laquelle "*l'hospitalisation répond à des besoins beaucoup moins importants en nombre*"¹⁴. Cette modalité de prise en charge présentait en outre l'avantage de pouvoir offrir un suivi aux adolescents sortant d'hospitalisation, évitant une rupture dans la continuité des soins. Elle répond aussi aux objectifs des circulaires de 1992 et de 1999¹⁵ qui préconisent le recours aux soins ambulatoires.

Un principe phare de cette structure a consisté à faciliter l'accès des jeunes. Cette préoccupation a englobé plusieurs dimensions. En premier lieu, les concepteurs ont souhaité d'emblée positionner la "Maison" dans le centre ville, à proximité des voies de communication et des lieux d'attraction d'une population jeune. Il s'agissait en outre d'en faire un lieu non stigmatisé : il se devait donc d'être accessible et repérable, ni sectorisé, ni connoté comme lieu psychiatrique.

Corollairement à l'accessibilité spatiale, l'accès devait être possible en termes d'horaires. Des plages d'ouverture très larges (le soir, les samedi et dimanche) ont été organisées de manière à permettre aux jeunes de se rendre sur place en dehors de leurs heures de cours, au moment où ils peuvent être disponibles.

Enfin, pour que la réponse apportée aux préoccupations de l'adolescent puisse être globale, que sa souffrance soit somatique ou psychiatrique, a été organisée une prise en charge multidisciplinaire.

L'organisation de la Maison de l'Adolescent du Havre vise à traduire concrètement les objectifs ci-dessus énoncés.

¹⁴ Cf. CORMIER H. Une maison à l'écoute des adolescents. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 15 novembre 2002, n°2285.

¹⁵ Cf. Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté et Circulaire n°92-70 du 11 décembre 1992 relatives aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, ainsi que les missions et l'organisation du service public de psychiatrie infanto-juvénile.

1.2.1.3 L'organisation de la Maison de l'Adolescent du Havre :

Elle est divisée en trois pôles : une équipe mobile, un plateau multidisciplinaire et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.). Ces trois pôles fonctionnent en étroite coordination mais ont chacun une mission définie et des modes d'accès différents.

a) L'équipe mobile

Ses membres reçoivent les adolescents en première intention et procèdent soit à une orientation en fonction du besoin exprimé par le jeune, soit à un suivi sous forme d'entretiens individuels.

Il semble intéressant de rappeler le chemin par lequel les adolescents viennent à la Maison de l'Adolescent :

- 20% des adolescents viennent spontanément,
- 20% sont adressés par l'Education nationale,
- 20% viennent à la suite d'une hospitalisation,
- 10 à 15% sont envoyés par les médecins libéraux¹⁶,
- le pourcentage résiduel résulte d'adolescents qui ne peuvent être regroupés dans ces grandes catégories.

Cette équipe a été initialement dénommée mobile car elle devait se déplacer sur l'extérieur. Elle devait pouvoir intervenir dès lors qu'une urgence se faisait sentir. Très rapidement, il a fallu restreindre les ambitions de départ compte tenu de l'afflux de demandes de toutes sortes imposant la réduction des déplacements sur l'extérieur.

L'équipe mobile assure désormais pour l'essentiel une mission de psychiatrie de liaison. Chaque jour, certains de ses membres se déplacent vers les unités d'hospitalisation psychiatriques accueillant des adolescents et sur demande, vers les unités d'hospitalisation en soins généraux. L'objectif est de faire le lien avec des équipes parfois dépassées par la prise en charge d'adolescents en souffrance, voire de préparer un éventuel suivi post hospitalisation.

¹⁶ Cf. Dr FUSEAU A. Analyse d'activité statistique 2002. *Maison de l'Adolescent*. 26 Mars 2003. p 7

Elle accueille et oriente les adolescents qui se présentent. Les membres de l'équipe peuvent procéder à des entretiens individuels.

Cette équipe est composée d'infirmiers mais également d'éducateurs spécialisés et de psychothérapeutes.

b) Le plateau pluridisciplinaire

Il est composé de psychiatres, psychologues, assistante sociale, et intervenants "somaticiens", terme qui renvoie aux professionnels qui vont s'intéresser aux pathologies du corps toujours très intriquées avec la souffrance psychologique chez les adolescents. Une étroite corrélation peut être retrouvée en effet dans les différentes études épidémiologiques, entre le malaise psychologique et les plaintes ou troubles somatiques. Ceci est généralement justifié par une tendance à cet âge à utiliser le corps et le comportement pour exprimer un mal-être et des difficultés relationnelles malaisées à reconnaître et à traduire en paroles.

Ce sont ces raisons qui expliquent la mise en place au Havre de vacations de pédiatre, gynécologue, nutritionniste qui viennent ainsi compléter la gamme de soins au sein de la maison. L'accès aux consultations se fait par le biais de l'équipe mobile ou par adressage du corps médical hospitalier et / ou libéral.

c) Le C.A.T.T.P. :

Les adolescents n'y viennent qu'en seconde intention, après avoir été reçus par l'équipe mobile ou un professionnel du plateau pluridisciplinaire. Cette possibilité est particulièrement intéressante pour les jeunes patients ne pouvant pas s'exprimer dans le cadre formel de l'entretien infirmier. Cette option est plus souple et permet de moduler l'offre de soins, en proposant des échanges relationnels dans un cadre autre que l'entretien.

Les jeunes sont reçus par petits groupes et amenés à réfléchir et s'exprimer sur des thèmes d'ateliers définis par eux. Les intervenants de la Maison du Havre essaient de les remettre de cette façon dans le "*circuit de l'adolescence*".¹⁷

¹⁷ Source : Interview du Dr FUSEAU, propos recueillis par GUIHARD J. *Le Figaro*, mercredi 20 novembre 2002.

1.2.2 La Maison de l'Adolescent du Havre, envisagée comme une réponse aux spécificités de l'adolescence pour la Défenseure des Enfants :

Le Défenseur des Enfants est une autorité indépendante créée par la loi n°2000-196 du 6 mars 2000 instituant un Défenseur des Enfants, chargée de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant tels que définis par les lois ou les conventions internationales¹⁸. A l'heure actuelle, le Défenseur des Enfants est une femme, Claire Brisset.

Lors de ses rapports annuels, la Défenseure des Enfants, à plusieurs reprises, a consacré une partie de sa réflexion à la question de l'adolescence.

Dans son rapport 2001, elle fait le constat que l'adolescence est "*la grande oubliée des mesures et politiques d'aide à l'enfance, qui apportent rarement des réponses globales aux difficultés soulevées à cet âge de la vie.*"¹⁹ Cette période de la vie est peu prise en compte dans sa globalité alors qu'elle constitue un moment de grande vulnérabilité à de nombreux égards, accentuée par le poids des stéréotypes qui pèsent sur l'adolescence, "*âge ingrat*".

La Défenseure des enfants fait également état dans ce rapport de l'expérience pilote du Havre qui "*sans se substituer aux structures existantes, accueille, oriente, écoute, [...] les adolescents en difficulté. Les jeunes y "poussent la porte", parlent et trouvent là l'aide dont ils ressentent le besoin et aussi celle dont ils ne pensaient pas a priori qu'elle pourrait leur être nécessaire*"²⁰. Cette initiative lui semble particulièrement pertinente et constitue une réponse possible à la nécessité d'une prise en charge globale de l'adolescent. Elle exprime le souhait de voir se constituer une "*structure pluridisciplinaire d'accueil, d'information, d'orientation, de soins et de consultation, adaptée à l'environnement local*" dans chaque région, voire dans chaque département.

Le rapport 2002 détaille également la question de l'adolescence et reprend l'exemple de la Maison de l'Adolescent du Havre. Elle développe l'idée selon laquelle "l'approche santé" est particulièrement pertinente pour le jeune dans la mesure où elle est

¹⁵ Convention Internationale des Droits de l'Enfant, 1989

¹⁹ DEFENSEURE DES ENFANTS. *Rapport annuel du défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, 2001, p162

²⁰ DEFENSEUR DES ENFANTS. *Les maisons des adolescents. Pourquoi ? Comment ?* Paris, 2003.

“par nature une offre d'aide à la personne du jeune, non stigmatisante, non culpabilisante, par essence bienveillante.”²¹

Les structures telles que les Maisons des Adolescents doivent inclure dans leur champ d'intervention, différentes composantes : la prévention et la promotion de la santé, le soin, une approche sociale. La Défenseure des Enfants relève qu'aujourd'hui, les réponses apportées s'accompagnent rarement de conseil juridique, familial ou scolaire. Même si cette offre existe *"elle n'est pas sur les chemins habituels des adolescents"*²². Il lui semble fondamental qu'y soit accolée une véritable écoute des parents, bien souvent désarmés face à la souffrance de leur enfant.

Malgré les objectifs volontaristes, la Maison de l'Adolescent n'est pas exempte de limites.

1.2.3 Les limites de la solution « Maison des Adolescents » :

Deux limites principales : les unes tiennent à la structuration de la Maison de l'Adolescent du Havre, qui se retrouvent dans d'autres dispositifs similaires. Les autres résultent de la représentation de l'adolescent en souffrance que suppose la mise en place d'une structure telle qu'une Maison des Adolescents.

1.2.3.1 Une vocation sanitaire très marquée :

S'agissant de la structure Havraise, la réponse apportée est multidisciplinaire, du fait même du caractère pluriprofessionnel de l'équipe composée de soignants et de travailleurs sociaux, de médecins psychiatres et somaticiens, de psychologues. Néanmoins, tous les personnels sont issus du Groupe Hospitalier du Havre, hormis certains médecins, les professionnels du réseau constitué autour de la structure, à savoir les autres acteurs susceptibles d'accompagner ces jeunes, n'y assurent pas une présence physique régulière ce qui tend à conférer un caractère très sanitaire à la "Maison".

²¹ DEFENSEUR DES ENFANTS. *Rapport annuel du défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, 2002, p169.

²² Idem, p170.

Cette remarque s'applique à la plupart des réalisations actuelles. Ainsi, le pôle aquitain de l'adolescence mis en place à Bordeaux garde une vocation sanitaire marquée malgré des collaborations avec des partenaires tels que le Barreau de Bordeaux. Le réseau bordelais, est essentiellement structuré autour de dispositifs de soins, incluant notamment des lits d'hospitalisation à temps complet destiné à la prise en charge de jeunes suicidants ou d'adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Cependant, l'exemple de Poitiers vient nuancer ce propos. Un double réseau tend à se mettre en place avec un premier cercle qui s'inscrit autour de la santé de l'adolescent et un second cercle où viennent prendre place tous les partenaires concernés : Education nationale, Justice, protection judiciaire de la jeunesse, brigade des mineurs, aide sociale à l'enfance.

La mise en place d'une organisation à seule vocation sanitaire sur Rennes serait délicate. Les partenaires non hospitaliers auraient le sentiment de venir renforcer les moyens hospitaliers pour accomplir la mission de santé mentale incombant aux services de psychiatrie. Or il ne s'agit pas de venir grossir les rangs des services de psychiatrie, mais bien de permettre à ces derniers de dégager du temps et des moyens pour développer les partenariats nécessaires à un travail en réseau et d'accomplir leurs missions, au bénéfice de tous.

Pour remédier à cet état de fait, la Défenseure des Enfants préconise que chaque structure mette à disposition des personnels au sein même de la Maison des Adolescents.

1.2.3.2 Une représentation fautive de l'adolescent en souffrance ?

Une autre limite naît de la représentation de l'adolescence en souffrance impliquée par la mise en place d'un tel lieu où l'adolescent trouve une offre complète de prestations complètes, qu'elles soient d'ordre sanitaire, social ou autre.

Les résultats d'une étude réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.)²³ viennent battre en brèche l'idée selon laquelle

²³ cf. CHOQUET M., POMMERAU X., LAGADIC C., *Les élèves à l'infirmerie scolaire. Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire : enquête auprès de 21 établissements du département de la Gironde*. Paris : I.N.S.E.R.M., 2001.

l'adolescent en souffrance serait relativement démuné pour consulter des professionnels pour résoudre son mal-être, voire exclu du système de prise en charge.

Au vu du nombre annuel de suicides et de tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 25 ans, la question de l'identification des jeunes en difficulté se pose et avec elle celle des professionnels qui sont compétents pour les identifier. Dans le cadre de ce questionnement, une enquête a été réalisée sur un échantillon de près de 1000 jeunes de 11 à 21 ans. L'objectif était de caractériser les spécificités des jeunes suicidants par rapport aux autres consultants des infirmeries scolaires de Gironde et de déterminer le type d'orientation offert par les infirmières scolaires et ainsi que leur perception du risque suicidaire chez ces jeunes.

Il en ressort que les jeunes consultants de l'infirmerie scolaire sont déjà des "*sur-consultants*" du milieu médical.²⁴ Les chercheurs à l'origine de cette enquête disent d'ailleurs craindre un fonctionnement en boucle et préconisent de rechercher si les adolescents suivent de manière scrupuleuse les traitements et les suivis qui leur sont proposés ou s'ils consomment des soins au "*coup par coup*".

Les auteurs ajoutent même que ce travail devrait constituer "*un préalable indispensable à tout projet de création de nouveaux dispositifs de soin en faveur des jeunes en difficulté.*"²⁵

Cela nous conduit, bien entendu à nous interroger sur la pertinence de la mise en place de Maison des Adolescents. Ne risquent-elles pas de n'être que des lieux supplémentaires de consommation de soins pour certains adolescents? C'est un risque.

Néanmoins, ce propos doit être nuancé par deux remarques :

- La sur-consultation des jeunes suicidants peut sans doute être justifiée par le caractère inadapté des prises en charges offertes à ces adolescents en quête de réponse.
- Les auteurs de cette enquête font également état de la nécessité pour les infirmières scolaires de disposer "*d'interlocuteurs et de relais [...] hors de l'établissement, susceptibles de prendre en charge les adolescents à risques*"²⁶. La création d'une Maison des Adolescents sur le bassin rennais se propose de répondre à cet objectif, d'autant qu'elle n'aurait pas vocation à être une simple structure sanitaire dans la

²⁴ Idem, p 33.

²⁵ cf. CHOQUET M., POMMERAU X., LAGADIC C., *Les élèves à l'infirmerie scolaire. Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire : enquête auprès de 21 établissements du département de la Gironde*. Paris : I.N.S.E.R.M., 2001, p 54.

²⁶ Idem, p 6.

mesure où cette mission est déjà assurée par le centre de consultation dédié aux adolescents dépendant du C.H.G.R. L'objectif est en effet d'articuler les missions et compétences d'un maximum d'acteurs du champ de l'adolescence du bassin rennais afin d'assurer cohérence et continuité dans les prises en charge.

1.3 L'émergence d'une Maison des Adolescents à Rennes : contexte et méthode retenue :

A partir de la médiatisation des Maisons des Adolescents, le développement de projets dans différentes villes de France telles que Paris, Bordeaux, Poitiers mais également Paris, Marseille ou Bobigny, le département d'Ille et Vilaine a souhaité se doter d'une telle structure. Il semble intéressant de reconstituer d'une part l'historique de la démarche, avant de détailler la méthode retenue, pour restituer le contexte de l'émergence d'un tel projet dans le bassin rennais.

1.3.1 Un contexte historique marqué par l'engagement de certains acteurs :

L'historique du projet rennais peut être découpé en deux phases :

- une phase d'impulsion
- une phase de réflexion et de maturation du projet, coordonnée par le C.H.G.R.

1.3.1.1 L'impulsion du Conseil Général :

A l'initiative du Conseil Général d'Ille et Vilaine et sur son invitation, Mme Claire Brisset, accompagnée de d'autres membres de son équipe a tenu à Pacé, une réunion en avril 2002. Elle a alors exposé son rapport 2001 où il était question de la nécessité de créer des structures de soutien et de prise en charge des adolescents. C'est à cette occasion qu'elle a présenté la Maison de l'Adolescent créée par le Groupe Hospitalier du Havre.

Suite à cette rencontre, une réunion s'est tenue le 17 février 2003 dans les locaux de la Direction des Affaires Sociales (D.A.S.35) en présence de divers professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence afin de discuter de l'opportunité de la création d'une Maison des Adolescents en Ille et Vilaine. Etaient présents :

- le chargé de mission auprès de la Défenseure des enfants sur la question des maisons des adolescents et le correspondant territorial pour la région Bretagne de la Défenseure,
- des représentants du Conseil Général d'Ille et Vilaine : la vice Présidente du Conseil Général, le Directeur du pôle action sociale du Conseil Général, la Directrice de l'action sociale territoriale, des membres de son équipe représentant respectivement la mission enfance et plus particulièrement l'aide sociale à l'enfance, la protection maternelle et infantile,
- des représentants de la Ville de Rennes
- le Médecin inspecteur de santé publique, représentante de la D.D.A.S.S.,
- des représentants du C.H.G.R. : son Directeur, le médecin psychiatre - Chef du service adolescents et jeunes adultes, l'élève-directeur,
- le pédiatre du service Grands enfants - Adolescents du C.H.U. de Rennes,
- une représentante de la C.A.F. 35.

Cette réunion a donné lieu à discussion sur un certain nombre de points.

Tout d'abord, la question a été posée de l'opportunité d'un projet rennais : compte tenu de l'existence d'un certain nombre de structures sur le bassin rennais, d'aucuns ont jugé peu opportun de mettre en place une organisation nouvelle. Il existe en effet un risque non négligeable de venir ajouter une structure supplémentaire à ce qui existe déjà.

Ensuite, les difficultés de l'articulation d'un projet de Maison des Adolescents au regard du projet de la Ville de Rennes de mettre en place un lieu d'accueil destiné aux jeunes dans la continuité d'une initiative fonctionnant depuis de nombreuses années et surtout parfaitement identifiée par les jeunes rennais ont été soulevées.

Néanmoins, la discussion a permis de lever dans l'esprit de la plupart des participants, deux confusions : celle tenant à l'expression de Maison de ou des Adolescents qui sonne comme une maison des jeunes d'une part et d'autre part, celle découlant de la première et résultant de la spécificité de la mission d'une Maison des Adolescents, destinée à recevoir de façon adaptée des jeunes en souffrance psychologique et à les orienter vers un dispositif de prise en charge adapté. De ce point de vue, les objectifs du projet rennais et de la Maison des Adolescents deviennent complémentaires. Cette complémentarité a été renforcée lors de la réflexion sur le projet.

Enfin, la possibilité de mettre en place des Maisons des Adolescents dans d'autres villes du département d'Ille et Vilaine préférentiellement à la Ville de Rennes, déjà bien dotée, a été évoquée. En effet, compte tenu de la forte expansion de certaines villes du

département et des problèmes rencontrés face à la prise en charge des adolescents, certains sont intervenus pour défendre l'implantation d'une Maison des Adolescents à Redon ou St Malo. D'autres ont invité les personnes présentes à réfléchir aux territoires pertinents qui permettraient d'organiser au mieux la réponse aux besoins de la population adolescente, dans une logique de réseau et dans le but de réduire les inégalités sur le département. Certains ont même évoqué l'idée d'une maison "itinérante" qui s'adresserait aux adolescents issus de milieux ruraux ayant moins de facilités à accéder aux dispositifs existants.

Le représentant de la Défenseure des Enfants a alors rappelé que la Maison des Adolescents était une structure visant à organiser les initiatives sur un territoire donné et non pas une structure qui se construirait *ex nihilo*.

Lors de cette réunion, dès que l'éventualité de la mise en place d'une Maison des Adolescents a été admise, le Directeur du C.H.G.R. a souhaité positionner l'hôpital comme chef de projet de la mise en œuvre d'une telle structure.

1.3.1.2 Le C.H.G.R. "pilote" du projet :

Il paraissait souhaitable que l'un des partenaires du projet se positionne comme tête de pont, afin de coordonner la création de cette structure pluridisciplinaire. La Direction du C.H.G.R. souhaitait se positionner comme tel, ce qu'elle a fait. En revanche, l'engagement dans la démarche du service destiné aux adolescents a été beaucoup plus progressif.

a) Une volonté forte de la Direction du CHGR :

L'engagement du C.H.G.R. peut s'expliquer de différentes façons. D'une part, la volonté de renforcer le dispositif de soins destiné aux adolescents et aux jeunes adultes : en effet, le C.H.G.R. dispose déjà d'un centre de consultations destiné aux adolescents et aux jeunes adultes (le C.A.S.S.A.J.A.), d'une unité d'hospitalisation destinée aux jeunes de 16 à 21 ans (l'U.S.S.A.J.A.) et d'une unité de soins intensifs destinée aux adolescents jusqu'à 16 ans. Le C.H.G.R. se sent d'autant plus concerné par les difficultés de la prise en charge des adolescents que les professionnels dédiés font régulièrement état de l'embolie des services concernés par les adolescents en souffrance et de leur difficulté à

étendre leurs missions au travail de réseau, alors que c'était une orientation forte retenue au départ.

D'autre part, le souci d'étendre la politique d'ouverture de l'hôpital sur la ville. Depuis quelques années, le C.H.G.R. a le souci de proposer aux habitants des secteurs desservis une image renouvelée de l'hôpital psychiatrique, déstigmatisée, pour reprendre un terme "en vogue" depuis la publication du rapport des Dr. Piel et Roelandt²⁷. La création d'une Maison des Adolescents répond pleinement à cet objectif en proposant une offre de soins adaptée aux exigences de populations spécifiques et positionne le C.H.G.R. dans la modernité.

Enfin, le C.H.G.R. a le souci d'accroître la collaboration avec ses partenaires naturels. En effet, les multiples dimensions des missions de la psychiatrie impliquent de collaborer avec un certain nombre d'acteurs et d'être ouverts sur l'extérieur.

Malgré cette volonté forte d'engagement de la part de la Direction du C.H.G.R., les services de psychiatrie destinés aux adolescents et aux jeunes adultes se sont investis plus progressivement.

b) L'engagement progressif du secteur de l'adolescent et du jeune adulte :

Cet engagement n'a pas été d'emblée inconditionnel. Quelques résistances peuvent être pointées.

La plupart des personnels du service adolescent se sont en effet opposés à la création d'une Maison des Adolescents sur le bassin rennais qui se serait réduite à une conversion du centre de consultations destiné aux adolescents en Maison des Adolescents, le tout à moyens constants.

Cette appréhension s'expliquait par la situation déjà difficile du centre de consultation et de l'unité d'hospitalisation complète, confrontés à l'afflux de demandes et obligés de prioriser les situations les plus graves ou les plus urgentes au détriment de problématiques a priori plus légères. Cette crainte a dû être levée chez un certain nombre de personnes. Le principal levier a été la perspective de pouvoir enfin réaliser les missions initialement pensées lors de la création du C.A.S.S.A.J.A. Les objectifs initiaux étaient de faciliter l'accès aux soins psychologiques pour les adolescents de la région

²⁷ PIEL E., ROELANDT J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Paris : 2001.

rennaise et de dépasser le cloisonnement entre les institutions de façon à favoriser la cohérence et la continuité des soins.

Les contraintes de personnel, la croissance de la file active et en 2002, la mise en place de l'aménagement de la réduction du temps de travail ont contraint cette structure à réduire ses ambitions.

L'émergence d'une politique en faveur des maisons de l'adolescent offre l'opportunité de réaliser une partie des missions qui avaient dû être abandonnées à une certaine époque : la formation aux autres professionnels du champ de l'adolescence, les interventions sur l'extérieur ...

Une autre résistance résultait de la perspective d'intégrer une équipe pluriprofessionnelle, avec des méthodes de travail nécessairement différentes et évoquant des traces laissées par le passé. Les champs éducatifs, sanitaires et sociaux peuvent en effet être amenés à entrer en conflit face à la question de la prise en charge de certains adolescents difficiles, qui mettent en échec la plupart des professionnels.

Ainsi que le souligne le Dr Sophie Maes, pédopsychiatre et responsable d'un service pour adolescents dans un établissement belge, *"la prise en charge des adolescents en institutions d'hébergement, de placement ou en milieu hospitalier est souvent mise à mal par de nombreux facteurs de contre investissement"*.²⁸ Ces comportements, hormis les conséquences négatives qu'ils peuvent générer pour leur auteur, peuvent générer des tensions entre les différents professionnels qui y sont confrontés, chacun considérant que l'adolescent relève d'un autre type de prise en charge, et parfois être en désaccord avec certaines décisions prises par d'autres professionnels intervenant dans le champ de l'adolescence.

Une fois l'engagement du secteur adolescent du C.H.G.R. acquis, il a été possible de mettre en œuvre les démarches nécessaires à l'élaboration du projet.

1.3.2 Méthode retenue :

Suite à la réunion de février 2003, il a été jugé pertinent par la direction du C.H.G.R. de procéder par étapes.

²⁸ Dr MAES S. Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel. *Nervure*, tome XVI, n°1, Février / Mars 2003, pp 23-25.

1.3.2.1 La problématique des locaux :

Cette étape aurait pu se dérouler à un moment où le projet aurait été plus avancé. Cependant, la Direction du C.H.G.R., au vu de la configuration du marché de l'immobilier rennais et d'une opportunité qui se présentait, a souhaité prendre toutes les garanties en amont. Pour une question de logique, nous traiterons ce point au moment du détail du projet.

1.3.2.2 Le bilan de l'existant :

Lors de la réunion organisée par le Conseil Général, le souhait a été exprimé par différents participants de recenser les principales structures offrant des prestations aux adolescents en souffrance de manière à recenser les partenaires potentiels d'un tel projet mais également pour éviter des doublons.

1.3.2.3 Recenser et analyser certaines données épidémiologiques :

Au vu de la spécificité des problématiques de santé publique propres à l'adolescence, il a paru nécessaire d'examiner sur ce point le positionnement de l'Ille et Vilaine. Le résultat de ce recensement est retranscrit dans la seconde partie.

1.3.2.4 Proposer la tenue d'un groupe de réflexion sur les pistes de travail proposées par le C.H.G.R. :

La tenue d'un groupe de travail a été proposée afin de permettre à tous les partenaires potentiels de discuter le projet et de soulever les points de discussion. Chaque partenaire a été rencontré individuellement dans le cadre des entretiens menés pour la réalisation de ce mémoire. La tenue de ce groupe de réflexion a permis de faire émerger les points abordés lors des entretiens individuels ainsi que les propositions de partenariat, en vue de créer une Maison des Adolescents qui viendrait répondre aux besoins ressentis sur le bassin rennais.

La création des Maisons des Adolescents vise à répondre aux spécificités de la prise en charge des adolescents, en se plaçant d'un double point de vue :

- Celui des adolescents en offrant une prestation plus adaptée à cette population.

- Celui des professionnels en structurant l'offre de prestations. Il s'agit de rationaliser les pratiques en coordonnant l'ensemble des acteurs concernés : protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, Education nationale, protection judiciaire de la jeunesse, psychiatrie infanto juvénile

L'émergence d'une Maison des Adolescents à Rennes n'est pas étrangère à l'action de la Défenseure des Enfants et de ses collaborateurs. En effet, la promotion de ces structures envisagées comme une réponse à la question de l'adolescence en souffrance pousse les partenaires à s'associer, et ce sur l'ensemble du territoire français.

Une telle création répond également à des questionnements des acteurs du bassin rennais, confrontés à l'engorgement des dispositifs existants et à des indicateurs sanitaires et sociaux difficiles. C'est pourquoi, le C.H.G.R. a été conduit à formuler certaines propositions d'articulations entre les partenaires de façon à remédier aux difficultés constatées, voire à certains dysfonctionnements.

2. UNE MAISON DES ADOLESCENTS A RENNES : DU BILAN DE L'EXISTANT A LA FORMULATION DE PROPOSITIONS EVOLUTIVES

Les préalables à la formulation de propositions concrètes ont été les étapes précédemment définies : la réalisation d'un bilan succinct de l'existant à partir des partenaires intéressés par la démarche, l'analyse des indicateurs relatifs à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Ces deux premières étapes nous ont conduit à faire le constat de l'engagement des dispositifs existants.

La maturation du projet a permis de faire des propositions qui ont été discutées par les partenaires lors de la tenue d'une première réunion entre partenaires potentiels. Parmi ceux-ci, diverses situations doivent être distinguées.

Certains partenaires sont susceptibles de participer directement au fonctionnement de la Maison des Adolescents (professionnels de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile, de la protection judiciaire de la jeunesse), d'autres sont susceptibles de venir financer le projet. Il s'agit notamment de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.). Ce partenaire précis n'est pas évoqué ici dans le bilan de l'existant. Enfin, certains professionnels pourront être considérés comme des utilisateurs de "la boîte à outils" qu'est la Maison des Adolescents : les praticiens libéraux, l'Education nationale... ces derniers sont susceptibles de devenir des parties à part entière de la Maison des Adolescents. L'évolution du projet nous le dira.

2.1 Le bilan de l'existant : une diversité d'acteurs concernés par la question de l'adolescence :

Les différents dispositifs concernés par l'adolescence en souffrance sont relativement nombreux sur la Ville de Rennes. Les principaux acteurs concernés sont le C.H.G.R., le Conseil général, la ville de Rennes, l'Education nationale et les institutions judiciaires. D'autres acteurs sont bien entendus confrontés aux adolescents, mais dans un souci de clarté, seuls les dispositifs des partenaires potentiels à ce stade du projet seront exposés.

2.1.1 Le C.H.G.R. : des prestations en santé mentale diversifiées et ouvertes sur l'extérieur :

La réflexion sur la prise en charge et l'accompagnement de cette population spécifique que constituent les adolescents est une réflexion déjà ancienne sur le C.H.G.R. Il est possible de la faire remonter à la parution d'un arrêté de 1986 et une circulaire de 1988²⁹ dont l'objectif était d'inciter à l'amélioration des conditions d'accueil et d'hospitalisation des adolescents. Ces textes préconisaient la mise en place de centres de crise, l'ouverture de consultations externes pour les adolescents et l'individualisation des secteurs adolescents par regroupement des lits.

Le dispositif actuel se compose de différentes structures de prise en charge : le centre d'accueil et de soins spécialisé pour adolescents et jeunes adultes (C.A.S.S.A.J.A.), l'unité de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes (U.S.S.A.J.A) et la fédération de pédopsychiatrie constituent des modalités de prise en charge destinées à une population spécifique, les adolescents. Le dispositif spécifiquement dédié aux adolescents devrait être complété en 2004 par un hôpital de jour et un C.A.T.T.P.

Les dispositifs classiques destinés à la prise en charge des enfants et des adolescents dans le cadre des trois secteurs de pédopsychiatrie ne seront pas spécialement détaillés dans cette étude dans la mesure où ils ne présentent pas d'originalité.

Un réseau informel de professionnels autour de la prise en charge de l'adolescent s'est constitué. L'ensemble des services de pédopsychiatrie du C.H.G.R. travaille en collaboration plus ou moins étroite avec les travailleurs sociaux, les professionnels de l'Education nationale ou de la justice... la forme de collaboration la plus aboutie est celle qui existe avec l'unité des Grands enfants-Adolescents du C.H.U. de Rennes.

²⁹ cf. Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents ainsi que l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et service de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

2.1.1.1 Le C.A.S.S.A.J.A. : le Centre d'Accueil et de Soins Spécialisés pour Adolescents et Jeunes Adultes :

C'est un centre de consultation destiné aux 13-21 ans qui a vu le jour en 1993. L'équipe est composée de médecins psychiatres et d'un pédiatre, d'infirmiers de psychologues et d'assistants sociaux.

L'équipe reçoit les adolescents du lundi au vendredi et propose des consultations, des prises en charge de groupe aux adolescents. Les parents et les professionnels peuvent rencontrer les membres de l'équipe sur rendez vous.

Dans le projet initial du C.A.S.S.A.J.A., était affichée l'ambition d'assurer une mission spécifique d'interface avec le sanitaire, le social et le judiciaire dans le domaine de l'adolescence. Les contraintes actuelles de fonctionnement et l'augmentation de la file active ont obligé les professionnels de l'équipe à réduire l'étendue de leurs activités pour se recentrer.

Ce sont environ 1200 adolescents qui ont été reçus au cours de l'année 2002³⁰ soit presque deux fois plus qu'en 1997 (621 patients). L'équipe regrette fortement de devoir prioriser les situations les plus aiguës au détriment de prises en charge a priori plus légères, d'autant que ces situations mobilisent beaucoup de temps. Il faut ajouter que les délais d'attente pour une consultation avec un psychiatre libéral sont tels que proposer à un adolescent de s'adresser à un praticien libéral revient à différer sa prise en charge, ce qui est problématique.

L'augmentation ponctuelle des moyens en personnel ne fait que créer en l'état actuel des choses un appel d'air supplémentaire. Le souhait des professionnels de cette équipe est de pouvoir assumer au mieux la prise en charge des adolescents qui nécessite souvent de contacter les autres acteurs impliqués mais aussi de renforcer la formation des autres professionnels et la circulation du savoir acquis sur l'adolescence.

Le C.A.S.S.A.J.A. fonctionne en articulation avec le service de pédiatrie Grands enfants-adolescents du C.H.U. Les adolescents hospitalisés au C.H.U. peuvent être suivis soit au cours de leur hospitalisation soit à leur sortie par les professionnels du C.A.S.S.A.J.A.

La Maison des Adolescents, dès lors qu'elle permet la mise en commun des savoirs professionnels et une disponibilité plus grande à l'égard de tout adolescent qui

³⁰ Source : CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER. *Rapport de gestion 2002.*

vient pour une écoute répond aux objectifs professionnels du C.A.S.S.A.J.A. Une intervention des membres de l'équipe au sein de la maison permettrait la détection des situations les plus difficiles sur le plan psychologique et d'assurer une orientation vers le C.A.S.S.A.J.A.

2.1.1.2 La fédération de pédopsychiatrie :

Depuis 1994, une réflexion était menée sur l'organisation des trois unités d'hospitalisation plein temps de pédopsychiatrie afin de résoudre les difficultés liées à la prise en charge d'enfants et d'adolescents d'âge variés, avec des protocoles thérapeutiques différents.

Progressivement de plus en plus sollicités pour des hospitalisations d'adolescents en crise, mobilisant les soignants au détriment des autres patients, les trois services ont proposé en 1997 de mettre en commun les unités d'hospitalisation temps plein au sein d'une fédération, en application de l'article L. 6146-4 du code de la santé publique.

Cette fédération s'organise autour de trois nouvelles unités différenciées destinées aux enfants et adolescents jusqu'à 16 ans :

- une unité de soins intensifs ouverte 24h sur 24h, 365 jours sur 365 : plus de la moitié des hospitalisations concernent des adolescents présentant des troubles du comportement, un quart concernent des hospitalisations consécutives à des tentatives de suicides. Les autres demandes se répartissent entre des patients présentant d'autres formes de souffrances psychique : troubles alimentaires, crises d'angoisses, symptômes dépressifs.
- deux unités d'hospitalisation fonctionnant en internat de semaine, du lundi au vendredi : l'hospitalisation est proposée comme réponse à une situation où, à la gravité de la pathologie s'ajoute l'inadaptation d'un environnement social ou familial débordé.

2.1.1.3 L'U.S.S.A.J.A. :

Cette unité de neuf lits est ouverte depuis septembre 2002. Elle résulte des besoins analysés à partir de l'expérience du C.A.S.S.A.J.A. Elle est destinée à recevoir des adolescents et des jeunes adultes âgés de 16 jusqu'à 21 ans, en privilégiant les 16-

18 ans. Elle est conçue comme un outil de soins destiné à compléter le dispositif de psychiatrie adulte actuel.

Cette structure présente l'intérêt d'être en contact avec le C.A.S.S.A.J.A. mais aussi avec différents partenaires d'un réseau informel de professionnels issus d'institutions susceptibles d'avoir à prendre en charge des adolescents en difficulté. L'objectif est de développer des modalités de soins plus adaptées aux troubles spécifiques de l'adolescence, tels que par exemple les troubles du comportement. Elle n'a pas vocation à accueillir des patients souffrant de pathologies mentales avérées telles que les psychoses.

L'un des soucis rencontrés par cette unité est d'éviter les hospitalisations à défaut d'autres solutions éducatives ou sociales, pour des jeunes qui peuvent avoir besoin d'un suivi spécialisé mais pas nécessairement d'une hospitalisation à temps complet avec ce que cela comporte. Cette difficulté pourra être partiellement levée par l'ouverture d'un hôpital de jour et d'un C.A.T.T.P. en Septembre 2004.

L'ouverture de l'unité est trop récente pour porter un regard global sur son activité. Néanmoins, l'équipe fait part des difficultés liées à une capacité d'accueil limitée au regard des demandes : des adolescents sont régulièrement sur la liste d'attente pour être admis dans l'unité.

2.1.1.4 Les coopérations du C.H.G.R. avec d'autres acteurs du bassin rennais :

Une coopération ancienne existe entre le C.H.U. de Rennes et le C.H.G.R. autour de la santé des adolescents. Une convention permet la mise en commun de personnels entre l'unité des Grands enfants-Adolescents, dépendant du Département de médecine de l'Enfant et de l'Adolescent du C.H.U. et les services relevant de la psychiatrie infanto-juvénile du C.H.G.R.

Tous les services de psychiatrie infanto-juvénile participent également à d'autres actions de coopération, souvent moins formalisées cependant.

a) L'unité des Grands enfants - Adolescents :

L'unité est destinée à accueillir tous les enfants et adolescents de 3 à 18 ans, toutes pathologies médicales confondues. En ce qui concerne les adolescents sont accueillis en priorité ceux souffrant d'une pathologie chronique, ceux présentant des manifestations psychosomatiques, ceux présentant des troubles alimentaires puis

viennent les adolescents présentant des difficultés psychologiques au travers d'un symptôme médical. Six lits sont ainsi spécifiquement dédiés aux adolescents.

Un pédiatre effectue la moitié de son temps au sein des services d'hospitalisation plein temps du Bois Perrin, site de la psychiatrie infanto-juvénile du C.H.G.R. Il collabore également avec l'équipe du C.A.S.S.A.J.A. En contrepartie, un pédopsychiatre consacre la moitié de son temps au sein de l'unité des Grands enfants - Adolescents. Cela permet aux adolescents, qu'ils soient reçus en pédopsychiatrie ou en pédiatrie de recevoir une prise en charge prenant en considération les dimensions psychologiques et somatiques de leur pathologie, le cas échéant.

La coopération entre les deux établissements est complétée par la présence d'un infirmier de pédopsychiatrie détaché dans l'unité des Grands enfants-Adolescents, dans le cadre de financements actuellement non pérennes.

Ce dispositif est considéré comme satisfaisant : la pratique médicale, pédiatre et pédopsychiatre, permet de confronter les logiques somatique et psychiatrique. Le fait que des personnels soient communs à l'U.S.S.A.J.A. et au C.A.S.S.A.J.A. renforce la collaboration entre la pédiatrie et le C.H.G.R.

Le bilan de cette collaboration est très positif : réduction des tensions, diminution du nombre de fugues, meilleure articulation entre les services d'hospitalisation du C.H.U. et du C.H.G.R. Cependant, le responsable de l'unité a souligné lors de notre entretien le fait que le secteur adolescent dans son unité est à saturation et que la prise en charge de cette population spécifique entraîne divers dysfonctionnements :

- sur six lits normalement destinés aux adolescents sur un total de dix-sept, il n'est pas rare que la totalité des lits soit occupés par des adolescents, que des enfants soient en conséquence admis dans d'autres unités et que des adolescents soient également placés sur d'autres secteurs.
- certains membres de l'équipe se sentent mis en difficulté par cette population, qui nécessite bien souvent une approche spécifique, différente de celle de la pédiatrie classique. Une plus value de la Maison des Adolescents dans ce cadre serait de pouvoir ménager des temps de formation et d'information à destination des professionnels du milieu hospitalier mais également à toute autre sorte de professionnels afin de les sensibiliser à l'accompagnement des adolescents qui mettent en difficulté leur pratique.

b) Les autres coopérations :

Une convention entre le C.H.G.R. et le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Rennes – Beaulieu met à disposition un mi-temps de psychiatre pour ce centre.

Ce centre reçoit des adolescents et de jeunes adultes présentant des handicaps physiques nécessitant une rééducation et une réadaptation fonctionnelle. Cette collaboration permet d'assurer une prise en charge psychiatrique de patients fragilisés par leur situation de handicap, qu'elle soit la cause d'un accident ou la séquelle par exemple d'une tentative de suicide.

Les personnels du C.A.S.S.A.J.A. interviennent également dans les Points Santé créés par les Universités de Rennes, au bureau d'aide psychologique universitaire (B.A.P.U). Il s'agit de proposer une prise en charge psychologique aux étudiants des universités rennaises.

Enfin, les équipes du C.A.S.S.A.J.A. sont souvent sollicitées par des institutions diverses :

- les établissements scolaires font appel à ces professionnels pour réaliser des interventions sur la prévention des risques,
- certains foyers à caractère social,
- les institutions judiciaires.

2.1.2 Les autres acteurs de l'accompagnement de l'adolescence sur le bassin rennais :

Les autres acteurs en prise avec le mal-être au sens large des adolescents sont variés : professionnels dépendant du Conseil général, de l'Éducation nationale, des institutions judiciaires. Certains acteurs sont ne sont qu'indirectement concernés, du fait du retentissement sur leur action, par les adolescents en souffrance : il s'agit par exemple des interlocuteurs du centre régional d'information jeunesse (C.R.I.J.) destiné à l'accueil des jeunes en général.

Certains acteurs ne seront pas mentionnés ici bien qu'ils accomplissent un réel travail d'accompagnement des adolescents : il s'agit notamment des associations spécialisées dans les conduites addictives ou l'accompagnement des jeunes en difficulté.

Ces acteurs n'ont pas été pour l'instant intégrés dans le projet même s'ils sont connus et repérés par les professionnels de l'adolescence.

2.1.2.1 Le Conseil Général : la Direction des Affaires Sociales 35 : une volonté de mieux prendre en compte les adolescents :

Le Conseil Général d'Ille et Vilaine est amené à intervenir auprès des adolescents et jeunes adultes dans le cadre des compétences qui lui ont été dévolues par les lois de décentralisation de 1983³¹.

Diverses compétences sont concernées. La première d'entre elles est l'aide sociale à l'enfance (A.S.E.) dont la mission est, entre autres, d'apporter un soutien éducatif, matériel et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et au majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre, faute de ressources ou d'un soutien familial suffisant.

Cette protection peut revêtir différentes formes : mesure de placement (en famille d'accueil ou en établissement type foyers départementaux de l'enfance par exemple) ou prise en charge dans le cadre d'une action éducative. Les services de l'A.S.E. peuvent exercer une compétence conjointe avec la Protection judiciaire de la jeunesse. Les adolescents suivis sont souvent dans une situation quelque peu complexe où s'amalgament différents facteurs ; sociaux, économiques, psychologiques voire culturels. Ces facteurs, ajoutés à des événements traumatisants ou des parcours personnels douloureux sont de nature à susciter chez ces jeunes des réponses telles que les conduites addictives, des passages à l'acte ou des violences hétéro ou auto-agressives.

En ce qui concerne la protection maternelle et infantile (P.M.I.), le Conseil général d'Ille-et-Vilaine mène des actions de santé auprès de la population en général et notamment des jeunes et des adultes dans ses huit centres de planification et d'éducation

³¹ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, loi complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

familiale. Il y est dispensé des informations et conseils sur la sexualité, la contraception, du conseil conjugal et familial (relations parents/enfants, vie de couple...) et des consultations gynécologiques. Les professionnels des centres de planification assurent également des interventions dans les établissements scolaires, aussi bien publics que privés et les établissements de formation professionnelle pour sensibiliser les jeunes aux questions liées à la sexualité. En 2001, 814 interventions collectives ont ainsi eu lieu.

La proximité des centres de planification et d'éducation familiale avec les Centres départementaux d'action sociale (C.D.A.S.) permet une articulation avec les équipes de la P.M.I. plus spécifiquement chargée de l'accompagnement et du suivi des jeunes femmes et de leurs enfants.

Le Conseil Général souhaite particulièrement s'investir dans la création d'une structure pluri professionnelle, de type Maison des Adolescents, qui ne viendrait pas se superposer à ce qui existe déjà sur le bassin rennais mais qui permettrait d'optimiser les compétences de chacun. Il soutient également le projet rennais de mise en place d'un espace jeunes.

2.1.2.2 La Ville de Rennes : une politique dynamique à l'égard de la jeunesse :

La Ville de Rennes bénéficie d'un Centre régional d'information jeunesse, le C.R.I.J., géré par une association subventionnée par la Ville et le Département qui reçoit plus de 400 jeunes par jour sur des thèmes très divers : conseils pratiques, jobs d'été, recherche d'emploi, loisirs, culture (expositions, évènements...). Dans le cadre du "SäS", émanation de ce centre et située dans ses locaux, sont dispensées différentes informations : conseil juridique, information et prévention sur la sexualité et les drogues.

Pour assurer la diversité de ces missions, le C.R.I.J. a mis en place des collaborations avec différents types de partenaires :

- les permanences relatives à l'information sur la contraception et la sexualité sont assurées par des conseillères conjugales et familiales du Conseil général,
- des bénévoles issus d'une association de lutte contre la toxicomanie assurent l'écoute sur les problèmes liés aux drogues,
- des professionnels du barreau assurent un rendez vous de consultations juridiques destinées spécifiquement aux jeunes.

Les professionnels du C.R.I.J. se sentent actuellement parfois démunis par rapport à l'accueil de certains jeunes dont ils perçoivent les problèmes psychologiques. Ils

ressentent la nécessité de mieux connaître l'environnement et de renforcer les relations de confiance avec les professionnels de santé.

Dans le cadre d'un vaste projet et dans le prolongement direct de l'action actuelle du SäS, un espace dédié aux jeunes dans le cadre de "l'espace jeunes en centre ville" sera consacré pour partie à la santé (ouverture prévue fin 2006-début 2007). L'idée d'en faire un espace de soins a été définitivement exclue, l'objectif serait plutôt de se placer dans une logique d'accueil et d'écoute du jeune en difficulté.

Les services dédiés à l'adolescence du C.H.G.R. sont actuellement associés à la programmation de ce projet en raison de leur expérience autour des questions relatives à ce sujet. Il est envisagé une participation de personnel soignant (permanence, mise à disposition...) au sein du futur espace d'accueil des jeunes, dans le cadre d'une complémentarité entre le projet rennais et la Maison des Adolescents.

2.1.2.3 L'Education nationale :

L'Education nationale est concernée au premier chef et plusieurs acteurs peuvent être amenés non seulement à être confrontés à l'adolescent en difficulté mais aussi à le repérer : la médecine scolaire, l'infirmière scolaire, l'assistant(e) social(e) et les professeurs. Il faut souligner que les élèves ne s'adressent pas nécessairement aux personnes les mieux formées et/ou informées pour confier leurs problèmes. Cela renforce la nécessité de sensibiliser les différents professionnels que l'adolescent est susceptible de rencontrer au sein de son établissement scolaire afin qu'ils ne sentent pas démunis face aux difficultés de certains de leurs élèves. Une profession est particulièrement concernée : celle d'infirmière scolaire.

Cette collaboration doit être particulièrement renforcée pour permettre aux jeunes ayant des difficultés avec l'école, voire ayant quitté un temps le système scolaire de s'y réintégrer avec l'aide de professionnels compétents.

La Défenseure des enfants préconise d'ailleurs dans son rapport 2002 que soit développé le contenu de la formation des professeurs et des chefs d'établissement au sein des I.U.F.M. (Instituts de Formation des Maîtres). Pour elle, *"cette formation doit permettre aux professionnels de se doter d'éléments de compréhension et de repérage*

*des conduites à risques, de communication avec les adolescents, de gestion du groupe, de connaissance du droit et du rapport à la Loi*³².

Les établissements scolaires de la région rennaise sont particulièrement demandeurs à l'égard des acteurs de la santé et de la prévention chez les adolescents pour organiser des actions d'information, de prévention destinées aux élèves mais également aux professionnels.

2.1.2.4 Des institutions judiciaires confrontées à l'adolescence difficile :

Il s'agit notamment de la Protection judiciaire de la jeunesse (P.J.J.) et du Tribunal pour enfants.

La mission de la P.J.J. est double :

- La mise en place de mesures de protection de l'enfance en danger : son action se distingue de la protection administrative offerte dans le cadre de l'A.S.E. dans la mesure où seules les institutions judiciaires peuvent prendre des décisions contraignantes à l'égard des familles ou du mineur.
- La répression et prévention de la délinquance juvénile : dans ce cadre, les éducateurs de la P.J.J. fonctionnent en lien avec un magistrat spécialisé, le juge des enfants et suivent l'exécution des peines, qu'il s'agisse de peines telles que l'incarcération ou de mesures de substitution de type mesure éducative ou d'insertion sociale.

La P.J.J. dispose de structures diversifiées :

- le Service éducatif auprès du Tribunal a un rôle d'accueil, d'orientation et de médiation pénale dans le cadre de la répression de la délinquance juvénile,
- le Centre d'action éducative reçoit sur ordonnance judiciaire des mineurs en alternatives à l'incarcération,
- une autre structure est chargée des mesures d'investigations demandées par les magistrats. Il assure le suivi des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert que les mineurs soient maintenus dans leur famille ou non,
- un centre d'insertion professionnelle.

³² DEFENSEUR DES ENFANTS. *Rapport annuel du défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, 2002, p 151.

Les interlocuteurs rencontrés au cours de l'élaboration du projet rennais ont souligné que les jeunes pris en charge par les éducateurs de la P.J.J. ont souvent un parcours très chaotique, très difficile à accompagner d'autant qu'il s'agit d'une aide contrainte. Par delà leurs missions, les éducateurs se trouvent fréquemment confrontés à des adolescents qui sans relever de l'hospitalisation psychiatrique, ont néanmoins besoin d'une aide adaptée.

Peu de jeunes sont en réalité concernés, si leur nombre est ramené à la population totale des adolescents. Néanmoins, ces prises en charges sont toujours complexes et l'articulation avec d'autres types d'accompagnement est parfois délicate.

L'une des plaintes les plus fréquentes est la difficulté des institutions susceptibles d'héberger des adolescents en difficulté à travailler en coordination suffisamment étroite afin qu'un réel suivi de la trajectoire de ces adolescents puisse être opéré. La formalisation d'un réseau devra tenter de répondre à ce problème.

Tous les professionnels se trouvent confrontés à un moment ou à un autre aux dysfonctionnements générés par le cloisonnement des dispositifs, à la difficulté de travailler ensemble, que ce soit par manque de connaissance ou de confiance. Ceci est accru par l'engorgement des différentes structures concernées.

2.2 Le contexte local : l'embolie des dispositifs destinés aux adolescents :

Le bilan de l'existant montre qu'il existe déjà des initiatives autour de l'information des adolescents, de la prévention des conduites à risques et de la prise en charge des problèmes psychologiques ou somatiques. Pour certains, le besoin à Rennes d'une structure telle qu'une Maison des Adolescents ne se fait pas sentir et il vaudrait mieux privilégier d'autres villes d'Ille et Vilaine, comme St Malo par exemple.

Pour autant, l'existence d'un nombre a priori suffisant de structures ne constitue pas un frein à l'émergence d'une Maison des Adolescents à Rennes ne serait ce parce que cette création doit proposer des solutions de plus grande qualité.

Ensuite, les services de pédopsychiatrie du C.H.G.R. ainsi que tous les acteurs de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes du Bassin rennais rencontrés soulignent l'engorgement du dispositif actuel et la difficulté de consacrer le temps nécessaire au travail de partenariat.

De plus, les collaborations existantes sont surtout centrées autour de l'information et de la prévention, démarches nécessaires mais dont les professionnels de l'adolescence en crise connaissent les limites. Les adolescents opposent généralement une expérience propre à tout message d'information ou de prévention dans lequel ils ne sont pas les acteurs clef.³³

Enfin, l'existence de tels partenariats plaide pour une volonté réelle de coordonner le dispositif d'accompagnement des adolescents. Cependant, il reste à organiser. Le contenu des conclusions des rencontres entre les différents partenaires potentiels d'une Maison des Adolescents est un indicateur de cette intention de coopérer, le C.H.G.R. étant référent du projet. Pour autant, les modalités de la coordination restent un point sur lequel tous les acteurs ne se sont pas encore prononcés.

Il faut également signaler des situations de plus en plus fréquentes, très préoccupantes :

- des jeunes déscolarisés depuis plusieurs mois, repliés chez eux, sans contact avec le monde extérieur dont les parents inquiets finissent par signaler l'attitude préoccupante.
- des jeunes dont les troubles du comportement ont épuisé toutes les solutions alternatives : pédagogiques, éducatives voire judiciaires. La psychiatrie est alors sollicitée pour répondre à des problèmes d'hébergement, ce qui n'est pas sa vocation première et engorge le système. Ceci provoque des situations d'aller et retour des adolescents entre les secteurs sanitaires (psychiatriques ou somatiques), sociaux ou socio-éducatif.

Le point sur les indicateurs de santé locaux permet de cerner quels peuvent être les besoins en matière de santé, de prévention, d'information des jeunes d'Ille et Vilaine.

2.3 L'analyse des données épidémiologiques locales :

L'exploitation des données disponibles n'est pas totalement satisfaisante sur un plan méthodologique car les tranches d'âges retenues pour les enquêtes sont assez hétérogènes. Aucune d'entre elles ne recherche des données qui concerneraient la tranche des 13-21 ans. Cela peut s'expliquer par la difficulté de recueillir des données sur

³³ DEFENSEUR DES ENFANTS. *Rapport annuel du Défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, 2002

une tranche d'âge qui fédère rarement l'action des différents professionnels, ce qui complique la collecte des informations qui seraient nécessaires à une étude globale portant sur le mal être des adolescents et des jeunes adultes.

Cet état de fait est accentué par le fait que chaque enquête est réalisée avec une méthodologie particulière ce qui rend difficile l'agrégation des différentes enquêtes. En outre, la rigueur voudrait que l'échantillon d'adolescents interrogé représente toute la diversité des situations, ce qui est rarement le cas. Le plus souvent, est exploité un "vivier" d'adolescents se trouvant dans un cadre spécifique, comme l'école ou la journée de préparation à la défense. Les chiffres présentés peuvent nous donner tout de même une idée de la situation locale.

La plupart des données ci-dessous présentées sont une synthèse de données fournies par l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne. L'O.R.S.B. dispose en effet d'un certain nombre de données sur la santé des jeunes bretons dont les sources sont diverses. Il s'agit notamment de :

- l'exploitation du recensement réalisé par l'I.N.S.E.E. en 1999.
- Des rapports réalisés par l'O.R.S.B. dans le cadre de sa mission d'observatoire de la santé sur les thèmes suivants : "*La mortalité des 15-24 ans en Bretagne*" (Décembre 2002), "*Les morts violentes des jeunes en Bretagne : accidents et suicides*" (Décembre 2002).
- Des résultats de l'enquête "*La santé des jeunes en Bretagne - 2000 jeunes répondent à 84 questions*", enquête réalisée par l'O.R.S.B. auprès de 2000 jeunes scolarisés en 4ème, 3ème, 1ère et Terminale, à l'initiative de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne en collaboration avec le Rectorat d'académie de Rennes.
- L'exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2000-2001 réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Une fois par an, l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) permet d'interroger tous les adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense le mercredi et le samedi d'une semaine donnée. ESCAPAD permet de mesurer les niveaux de consommation pour une douzaine de substances psychoactives, mais aussi de croiser ces consommations avec une large gamme d'indicateurs, notamment socio-démographiques, géographiques, scolaires et comportementaux.

- Des données relatives aux I.V.G. fournies par les services de la P.M.I.

De ces multiples sources, il est possible de dégager deux types de données : des données socio-démographiques d'une part et des données sanitaires d'autre part.

2.3.1 Sur un plan socio démographique : une population plus jeune que la moyenne française et en moyenne plus scolarisée :

L'effectif des 15-24 ans dans la population en Ille et Vilaine est de 15.3% en 1999, soit le pourcentage le plus élevé de la région Bretagne. La proportion française est de 13.1% en 1999. Le chiffre breton résulte notamment de l'augmentation de la part de la population masculine de 15-24 ans.

La proportion de jeunes de 15 à 24 ans scolarisés en 1999 est plus élevée en Ille et Vilaine que la moyenne française : 72.4% contre 67%.

2.3.2 Sur le plan sanitaire : des indicateurs plus défavorables que la moyenne des résultats obtenus en France :

Nous donnerons ici quelques chiffres relatifs à des indicateurs tels que les causes de mortalité prématurée, les chiffres de la consommation de drogue ou d'alcool des jeunes bretons :

- Les morts violentes se répartissent par ordre d'importance en nombre, en trois catégories : les accidents de la circulation, les suicides, les autres décès accidentels. En Bretagne, sur la période 1997-1999, les morts violentes représentaient les trois quarts des décès de la population âgée de 15 à 24 ans.
- Les accidents de la circulation sont la première cause de décès de cette tranche d'âge. Les taux de mortalité par accidents de la circulation chez les jeunes bretons de 15 à 24 ans sont relativement similaires à la moyenne française. (Source : O.R.S.B.)
- Le suicide est la seconde cause de mortalité des jeunes de 15-24 ans en Bretagne. La surmortalité par suicide en Bretagne par rapport à la moyenne française est très importante, chez les hommes comme chez les femmes : 13.8 décès par suicide pour 100000 jeunes de 15 à 24 ans en Bretagne contre 8.6 en France en 1999. Cette étude ne fait pas état des tentatives, elles aussi révélatrices de la souffrance psychiques des jeunes. Néanmoins, il faut noter que le département d'Ille et Vilaine se

démarque des autres départements bretons par un taux de mortalité nettement inférieur à celui de ses voisins. (source : O.R.S.B.)

- Concernant l'expérimentation du tabac, pour le tabagisme quotidien comme pour le fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour, les prévalences mesurées en Bretagne sont toujours plus élevées que dans le reste de la France. Ceci est observable tant pour les garçons que pour les filles. La proportion de fumeurs quotidiens est de 27% en Bretagne. Ces chiffres peuvent être complétés par la mention du fait que 42% des moins de 14 ans, 67% des 14-15 ans et 78% des 16-17 ans ont expérimenté le tabac au cours de leur vie. (Source : O.R.S.B.)
- En ce qui concerne la consommation de drogue : en Bretagne, à 17-18 ans, parmi les adolescents interrogés, 63 % des garçons et 54 % des filles ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Les prévalences observées en Bretagne concernant l'expérimentation du cannabis sont beaucoup plus élevées que dans le reste de la France, avec un écart de 12 points pour les deux sexes. Concernant cette fois l'usage régulier de cannabis, les adolescents interrogés en Bretagne se trouvent encore au-dessus des moyennes estimées sur le reste du pays. (Source : O.R.S.B.)
- Relativement à la consommation d'alcool : pour l'expérimentation de l'ivresse, les prévalences mesurées en Bretagne sont significativement nettement plus élevées que dans le reste de la France : pour les garçons comme pour les filles, elles se situent environ quinze points au-dessus des prévalences observées dans le reste de la France. En revanche, si en Bretagne les adolescents des deux sexes rapportent plus souvent des usages d'alcool répétés, cette fois-ci l'écart avec le reste du pays s'avère négligeable et relativement faible pour les garçons. (Source : exploitation régionale d'ESCAPAD)
- Enfin, en ce qui concerne les I.V.G., les services de P.M.I. qui reçoivent les bulletins de statistiques I.V.G., doivent normalement les renvoyer sur l'A.R.H. en vue d'une exploitation au niveau du Ministère. Dans un souci d'améliorer les politiques d'information et de prévention, sont systématiquement exploitées les données de l'Ille et Vilaine afin d'obtenir un certain nombre d'informations sur les catégories de population touchées par ce phénomène. Il en ressort qu'en 2001, sur 2444 I.V.G. pratiquées en Ille et Vilaine, 78 avaient été pratiquées sur des mineures (soit 3,19% de la population des femmes ayant subi une I.V.G. en 2001) et 911 sur des femmes

de moins de 25 ans (soit 37, 27%). Les chiffres disponibles en 2002 semblent montrer une importante augmentation des chiffres concernant les mineures.³⁴

En conclusion, si la situation en Ille et Vilaine semble souvent plus favorable que dans les autres départements bretons, il ne faut néanmoins pas occulter que Rennes est une ville à fort caractère universitaire : elle attire un grand nombre de jeunes bretons à partir de 18 ans. En outre, les données montrent que généralement, les indicateurs sont plus médiocres que la moyenne française. Ces données sont révélatrices d'un certain mal-être des jeunes bretons et de la nécessité de renforcer les actions vers les jeunes dont le projet Maison des Adolescents devra tenir compte.

2.4 Un projet susceptible d'évolution en fonction de l'expression des attentes des différents partenaires :

Ce projet résulte de propositions formulées par le C.H.G.R. et a vocation à évoluer en fonction des éléments définitifs. Les entretiens réalisés dans le cadre de la préparation de ce mémoire ont été mis à profit pour élaborer des propositions.

Chaque personne rencontrée s'est vue proposer au cours d'un entretien semi-directif de parler de ses difficultés actuelles dans la prise en charge des adolescents, de son intérêt éventuel pour la perspective de création d'une Maison des Adolescents et de la façon dont il souhaitait éventuellement y participer.³⁵

2.4.1 Les points de discussion entre les partenaires potentiels :

Ils sont nés des entretiens réalisés et de la réunion d'un groupe de travail où étaient réunis :

- un représentant de la Défenseure des enfants,
- deux représentantes des services de l'A.S.E. et de la P.M.I. pour le Conseil Général,
- la vice-Présidente du Tribunal pour enfants,
- des représentants de la Direction du C.H.G.R. et le chef du service adolescents du C.H.G.R.,

³⁴ Dans la mesure où les chiffres de 2002 n'ont pas encore été publiés, il n'est pas possible de les dévoiler ici.

³⁵ cf. Annexe 1 : liste des acteurs rencontrés.

- le directeur départemental de la P.J.J. et son adjoint,
- un représentant de la mission jeunesse de la Ville de Rennes,
- le médecin responsable de l'unité Grands enfants - Adolescents du C.H.U. de Rennes.

Si de nouveaux interlocuteurs ont été intégrés dans la réflexion : le Tribunal pour enfants et la P.J.J., il faut souligner l'absence de l'Education nationale.

Le fait que les représentants de la médecine scolaire ou plus largement de l'Education nationale ne soient pas représentés à cette réunion est conjoncturel et regrettable. Ils seront très prochainement associés à la définition du projet d'autant qu'il est possible d'avancer que les établissements scolaires seraient fortement intéressés par des interventions collectives à destination des jeunes voire par des actions de formation, dans la mesure où la plupart des interlocuteurs rencontrés nous ont dit intervenir régulièrement à leur demande.

Certains partenaires potentiels ont émis des doutes quant à l'utilité d'afficher la présence de l'Education nationale au sein des murs d'une Maison des Adolescents. C'est notamment la présence de conseillers d'orientation, préconisée par Claire Brisset qui donne lieu à discussion aussi bien chez les professionnels du champ sanitaire que chez les professionnels du champ social. Il semble en effet que l'adolescent, notamment s'il présente des difficultés scolaires ne se reconnaisse pas dans une structure qui serait en quelque sorte stigmatisée par l'affichage de la présence de l'Education nationale.

Cette difficulté peut être contournée : la participation au réseau pourrait ne pas se formaliser par une présence physique mais consister plutôt en une utilisation de la boîte à outils "Maison des Adolescents".

En effet, les participants au réseau ne sont pas tous impliqués de la même manière. Pour certains, la Maison des Adolescents offrira une prestation qui n'existe pas actuellement alors que pour d'autres elle permettra de rationaliser les moyens qu'ils destinent habituellement aux adolescents en souffrance par une meilleure coordination.

Un autre point a donné lieu à discussion : la place des parents dans une Maison des Adolescents. Doivent-ils être des usagers à part entière, c'est à dire susceptibles d'être reçus par les professionnels indépendamment d'une prise en charge préalable de leur adolescent, ou les actions destinées aux parents doivent-elles dépendre de la prise en charge de l'adolescent ? Il faut souligner qu'il existe déjà des dispositifs d'accueil et d'écoute destinés aux parents, avec lesquels il sans doute possible de se coordonner. Un consensus semble se dégager autour d'un accueil et d'une guidance déterminée à partir des besoins de l'adolescent. Si l'adolescent évolue, sa famille doit pouvoir prendre en

compte le changement et ne pas l'enfermer dans l'image qu'elle pouvait avoir de lui mais au contraire l'accompagner. C'est dans ce type de contexte que l'aide aux parents peut s'avérer nécessaire. La principale difficulté dans ce contexte est de créer un espace "parents" individualisé par rapport à l'espace "adolescents". Pour l'heure, aucune réponse n'a été apportée.

La question de la vocation sanitaire de la Maison des Adolescents a également donné lieu à débats. Ce sont essentiellement, les représentants des institutions judiciaires qui ont soulevé ce point. Si la question de l'articulation des champs sanitaires, sociaux ou socio-éducatifs ne doit pas être remise en question, les missions d'une telle structure doivent être précisées au regard de la P.J.J.

Pour ces interlocuteurs, une dimension supplémentaire viendrait améliorer le dispositif à savoir la mise en place d'un référent unique, qui viendrait centraliser l'information pour permettre un vrai suivi pluridisciplinaire de la trajectoire de l'adolescent. L'enjeu est surtout d'éviter que chaque institution ne se décharge de ses responsabilités envers les adolescents sur les autres acteurs. Cette proposition soulève quelques questions autour de la circulation de l'information relative à ces adolescents : quelle information, pour quel partenaire et avec quel consentement de l'adolescent ? En effet, la multiplicité des acteurs fait que des informations "sensibles" peuvent être détenues par l'un ou l'autre : informations médicales, judiciaires, sociales... Nul doute que l'échange de ces informations devra faire l'objet de protocoles précis définissant la teneur et les modes d'accès et de protection de ces informations

Enfin, c'est la question de la mission du dispositif au regard des structures socio-éducatives qui a été succinctement discutée. L'éventualité de la mise en place d'une équipe mobile destinée à améliorer l'action des différents professionnels pose la question de leur champ d'intervention et notamment du périmètre d'action : cette équipe doit-elle se rendre sur les lieux de foyers ou tout autre lieu où elle serait sollicitée afin d'apporter une réponse à la crise ? L'expérience de la Maison de l'Adolescent du Havre nous donne un début de réponse. Cette possibilité était inscrite dans ses objectifs lors de l'ouverture. Très vite, les membres de l'équipe mobile se sont rendus compte que leur venue sur les lieux de la crise venait cristalliser cette dernière alors qu'au contraire, le fait que l'adolescent soit accompagné au sein de la maison dédramatisait de suite beaucoup de conflits. Cet argument a été exposé lors des débats et reconnu comme valable d'autant qu'une petite réticence existe de la part des services du Conseil Général à voir venir d'autres professionnels sur leur terrain.

A cette remarque s'ajoute le fait que la Maison des Adolescents n'a pas pour vocation première à gérer les adolescents en crise. Elle est un point d'articulation qui peut effectivement permettre aux professionnels d'anticiper en amont et d'élaborer une réponse à cette crise. Elle n'a ainsi aucune vocation à héberger les adolescents en difficulté.

2.4.2 Un projet évolutif, axé sur la définition d'une organisation pérenne au service d'objectifs communs :

Il s'agit en effet de définir des modalités d'organisation viables c'est à dire qui prennent en considération les éléments nécessaires au bon fonctionnement du réseau de partenaires : des financements pérennes, des moyens diversifiés apportés par les différents partenaires, des missions définies respectant les compétences propres de chacun.

2.4.2.1 Des missions axées sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge :

Le dispositif doit être pensé en termes d'intégration, d'articulation et de relais. Les fonctions d'une Maison des Adolescents peuvent être multiples. Indépendamment des préconisations de la Défenseure des Enfants qui constituent une trame possible, les acteurs doivent proposer un projet adapté aux réalités locales. Il est certain que le contexte rennais montre que de multiples initiatives existent déjà. L'ambition de la Maison des Adolescents sera de coordonner les aspects tenant à la prévention, au suivi et à la cohérence de la prise en charge de l'adolescence en souffrance.

Le C.H.G.R. défend l'idée qu'une équipe mobile pluridisciplinaire viendrait à la fois permettre et optimiser le travail de réseau. L'expression "équipe mobile" ne doit pas entraîner de confusion avec l'équipe Havraise qui se révèle plus statique que ce qui était prévu de prime abord. Le nom final sera certainement remanié au travers de discussions avec les différents partenaires.

Ses missions pourraient s'articuler autour de divers axes :

- Accueil, évaluation et orientation
- Rôle d'interface avec les différents professionnels de la prise en charge des adolescents,
- Formation et supervision.

A cet égard, il convient de distinguer les aspects tenant à la mobilité de cette équipe et les autres :

- une mission d'accueil et d'écoute des adolescents se rendant sur place, permettant ainsi d'évaluer et de les orienter. C'est la mission primordiale d'une Maison des Adolescents, celle qui donne son sens au dispositif.

- une mission de psychiatrie de liaison notamment à destination des services de psychiatrie adulte (le cas échéant) et de soins somatiques, tels que la pédiatrie ou encore la gynécologie, ou tout autre service accueillant un adolescent. Il s'agit d'une mission requérant une certaine disponibilité qui concerne aussi bien la pratique de consultations destinées aux jeunes patients que l'aide apportée aux équipes, parfois déstabilisées par ce type de patients.

- des visites à domicile (sur demande des parents et avec leur accord) afin de pouvoir intervenir en cas de situation telle que la prostration de l'adolescent. Le développement de cet aspect, souhaité par le chef du service dédié aux adolescents, devra être particulièrement bien circonscrit afin de ne pas générer des demandes dans des situations qui ne requièrent pas ce type d'intervention.

- une mission d'articulation et d'interface avec les autres champs concernés par l'adolescent afin de déterminer au cas par cas quelles pourraient être les modalités d'une action commune dans un souci d'améliorer la prise en charge, sur le modèle de ce qui se fait en matière de psychiatrie de liaison. Dans le cadre de cette mission, il serait souhaitable de développer des référents qui auraient un rôle d'interface avec les différentes institutions concernées,

Au sein de la maison, se tiendraient des permanences spécialisées. Un pôle médical permettrait ainsi de mettre en place des consultations de médecins spécialistes tels que psychiatre, pédiatre, dermatologue, nutritionniste. Un temps médical de coordination, assuré par un pédiatre ou un pédopsychiatre, voire par un généraliste serait dans ce cas à prévoir. La consultation de gynécologie telle qu'elle est proposée à la Maison de l'Adolescent du Havre ne serait sans doute pas mise en place ici, du fait de la proximité d'un centre de planification et d'éducation familiale, qui pourrait avantageusement assurer cette mission. Les autres missions préconisées par la Défenseure des enfants pourraient être réalisées en articulation avec les initiatives rennaises préexistantes.

Des actions de formation des différents professionnels concernés par le champ de l'adolescence en souffrance sont également à prévoir. Cette formation pourrait prendre différentes formes, comme par exemples la participation à des études de cas ou à des réunions de synthèse.

La Maison des Adolescents pourra bénéficier de l'apport du C.A.T.T.P. et de l'hôpital de jour du service dédié aux adolescents du C.H.G.R. dont l'ouverture est prévue en 2004. Le caractère pluri-professionnel de l'équipe sera d'ailleurs dans ce cadre un atout supplémentaire.

2.4.2.2 Des modalités de collaboration impliquant la participation de personnels d'horizons variés :

Cette équipe mobile serait composée d'infirmiers formés en psychiatrie, d'éducateurs, d'un temps d'assistant social et de psychologues qui pourraient assurer pour partie une fonction de supervision.

A ce stade du projet, il est envisagé que la présence de soignants soit assurée par une articulation avec les professionnels du C.A.S.S.A.J.A. qui réalisent déjà une bonne part de la mission d'accueil, d'écoute et d'évaluation des adolescents. Le Conseil général a déjà proposé de mettre à disposition des éducateurs, afin de développer la prévention et l'insertion sociale. Enfin, sous la condition d'une définition exacte des missions de la Maison des Adolescents au regard de la P.J.J., ses services envisagent la mise à disposition de personnels afin de développer la communication entre les services hospitaliers, sociaux et éducatifs.

2.4.2.3 Un projet articulé autour de relations de réciprocité entre les partenaires, condition de succès du réseau :

Les articulations entre les partenaires sont un point clef du projet, puisque ce sont elles qui justifient la mise en place du réseau. En outre, la réciprocité des échanges entre les parties au réseau, qu'il soit formel ou non est une condition de réussite. Ces articulations ont été pensées et définies à partir des entretiens menés dans le cadre du mémoire.

a) Un partenariat nécessaire avec la Ville de Rennes :

Des modalités de coopération entre le projet rennais et la future Maison des Adolescents doivent être envisagées. Ces deux projets ne peuvent ni s'ignorer ni se faire concurrence.

Cette collaboration pourrait recouvrir divers aspects. La consultation juridique serait un complément utile dans le cadre de la "Maison". Les professionnels en prise avec les adolescents savent en effet combien les questions relatives au Droit peuvent être source d'angoisse sur des problèmes variés : divorce des parents, problèmes de garde, problématiques juridiques liées à l'adoption, délinquance...

Une présence ponctuelle de membres de l'équipe du C.A.S.S.A.J.A. ou de l'équipe mobile est envisagée mais les missions des personnels de la Maison des Adolescents dans ce cadre restent à finaliser. Il pourrait s'agir de formation sur les divers aspects de l'adolescent en souffrance, d'accueil physique ponctuel des adolescents ou d'effectuer des actions de supervision pour permettre aux professionnels de ce lieu d'accueil d'interroger et d'améliorer leurs pratiques.

Dans le cadre de partenariats avec la Ville de Rennes et certaines associations rennaises, les activités de C.A.T.T.P. se trouveraient enrichies par la possibilité d'intégrer des adolescents d'horizons divers et de disposer d'animateurs en plus de la présence soignante.

La ville de Rennes dispose de liens très étroits avec les associations et pourrait à ce titre permettre la mise à disposition ou la tenue de permanence de personnels d'animation dans le domaine du sport, des activités culturelles ou de loisirs.

b) L'approfondissement des liens avec le Conseil Général :

Si la Maison des Adolescents répondra difficilement à toutes les difficultés de l'articulation des prises en charge entre le secteur sanitaire et le secteur social, la question de l'intervention de l'équipe mobile dans les foyers en cas de crise doit être réfléchie. Conformément à l'argument exposé précédemment, il paraît plus judicieux d'envisager des modalités d'accompagnement de l'adolescent au sein de la Maison, en accord avec les professionnels concernés en cas de difficultés.

Au quotidien, ces adolescents doivent pouvoir être orientés vers les professionnels du C.A.S.S.A.J.A. afin de prévenir l'explosion des troubles.

En ce qui concerne les questions relatives à la sexualité, la Défenseure des enfants préconise la présence de gynécologues au sein de la maison. Ceci doit être adapté aux réalités locales. Il se trouve qu'à proximité du lieu pressenti pour la structure

se trouve un centre de planification et d'éducation familiale. Des articulations avec les professionnels de ce centre (conseillères conjugales et familiales, médecins, puéricultrices et sage femme) est à l'étude. Les adolescentes et adolescents pour lesquels serait détecté des problématiques autour de la contraception ou de la sexualité, voire qui souhaiteraient, pour les jeunes filles, subir une I.V.G. pourraient être adressés aux professionnels de ce centre. L'objectif de la Maison des Adolescents n'est en effet pas de pourvoir à tous les besoins de l'adolescent en lieu et place des professionnels compétents.

c) L'Education nationale : une dynamique à lancer :

Bien que la question de l'intégration des conseillers d'orientation ait pour l'instant été mise en suspens, d'autres professionnels peuvent être concernés : la médecine scolaire et les infirmières scolaires.

L'articulation avec la médecine scolaire et les infirmières scolaires paraît tout fait pertinente, notamment en ce qui concerne les infirmières en termes de besoin de formation.

Ce point est corroboré par les résultats d'une étude réalisée par les chercheurs de l'I.N.S.E.R.M. sur l'appréhension du risque suicidaire chez les jeunes consultants de l'infirmerie.

d) Des modalités de collaboration restant à préciser avec les institutions judiciaires :

Pour l'heure, la question des liens et des missions n'est pas définie. Cependant, les interlocuteurs rencontrés ont insisté sur la nécessité de penser le dispositif comme visant à remédier aux difficultés générées par l'accueil de certains jeunes qui sont en souffrance psychique mais qui pour autant ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique. Il paraît souhaitable également d'éviter que ces jeunes aient le sentiment d'atterrir en psychiatrie à défaut d'une solution sociale ou socio-éducative.

Une mise à disposition de personnel dédié à la Maison des Adolescents est néanmoins envisagée.

2.4.3 Le financement :

La question du financement recouvre différents aspects : le financement des locaux, le financement des personnels et le financement des dépenses de fonctionnement.

2.4.3.1 La problématique des locaux : l'apport du Conseil Général d'Ille et Vilaine :

Affecter un lieu à l'accueil d'adolescents et de jeunes adultes suppose que le lieu soit facilement repérable et accessible. Si le centre ville paraît tout indiqué dans un tel projet, deux considérations sont néanmoins à prendre en compte.

D'une part, les contraintes du marché de l'immobilier rennais obèrent fortement les possibilités d'acquérir ou de louer rapidement des locaux.

D'autre part, le C.A.S.S.A.J.A., situé au lieu dit "Carrefour 18" est déjà repéré par les professionnels de l'adolescence et les adolescents eux-mêmes comme un lieu ressource. Il paraît donc tout indiqué de permettre une proximité physique des structures afin de faciliter le repérage de la Maison des Adolescents. Si ce lieu peut apparaître comme excentré de prime abord, cet inconvénient est contrebalancé par la proximité d'une station de métro qui place cet endroit à moins de cinq minutes du centre ville de Rennes. De nombreux arrêts de bus et un vaste parking desservent également ce lieu.

Il faut souligner que tous les interlocuteurs n'étaient pas favorables à une implantation à cet endroit de la Ville. Il semblerait que cette réticence soit due d'une part à la crainte que les jeunes refusent de se diriger vers un lieu catalogué comme psychiatrique et d'autre part à une méconnaissance du champ d'action du C.A.S.S.A.J.A. La référence à la stigmatisation d'un lieu tel que celui-ci est contradictoire avec le vécu des professionnels du C.A.S.S.A.J.A., qui n'ont pas constaté de réticence particulière des adolescents.

Le C.H.G.R. a donc sollicité le Conseil Général, propriétaire d'un local jouxtant ce site pour qu'il lui soit cédé afin de l'affecter à un vaste ensemble dédié à la prise en charge des adolescents en souffrance. A l'heure actuelle, les locaux du Conseil Général ont vu leur utilisation gelée en vue de leur cession au C.H.G.R. en cas d'aboutissement du projet.

En complément de ces actions, le déménagement des activités du secteur de psychiatrie adulte partageant le bâtiment actuel avec le C.A.S.S.A.J.A. doit être organisé. Des locaux ont d'ores et déjà été acquis par le C.H.G.R. pour permettre cette opération. Ceci permettra d'accueillir, en sus du C.A.S.S.A.J.A., l'hôpital de jour dédié aux

adolescents dont l'ouverture est programmée en 2004 ainsi qu'une partie des activités de C.A.T.T.P.

Le local cédé par le Conseil général sera entièrement dédié à l'exercice des missions de la Maison des Adolescents : bureaux d'accueil de l'équipe mobile, bureau de consultations du pôle médical et salles dédiées à des activités éventuellement assurées au sein de la Maison des Adolescents.

2.4.3.2 Le financement du personnel :

Le financement des moyens en personnels doit logiquement reposer avant tout sur la coopération entre les acteurs. Les personnels de la Maison des Adolescents n'ont pas vocation à être rémunérés par un seul acteur du réseau.

Le rapport d'orientation 2004 du C.H.G.R. inclut des demandes d'effectifs liées à la mise en place d'une Maison des Adolescents. 8.4 E.T.P. ont été sollicités.³⁶ Ces E.T.P. permettraient une ouverture de la structure centrée autour de l'idée d'adapter les temps d'accueil aux besoins réels des adolescents (fin de journées, vacances, mercredi après midi, week-end).

Ils ont été calculés sur la base des règles de calculs applicables au C.H.G.R., il est fort probable que les personnels mis à disposition par le Conseil Général ou la P.J.J. seront soumis à des statuts différents³⁷. C'est pourquoi ce chiffre ne doit pas être considéré au pied de la lettre.

Il faut souligner que de gros efforts dans le financement de personnels dédiés aux adolescents ont déjà été réalisés par l'A.R.H. Dans le cadre de la négociation du nouveau Contrat d'objectifs et de moyens du C.H.G.R., des moyens supplémentaires pourraient peut-être être négociés. Lors de la réunion du groupe de réflexion, il a été souligné que l'attribution de ces moyens serait en relation avec la capacité du C.H.G.R. à mobiliser la participation de l'ensemble des acteurs au bon fonctionnement de la structure.

En ce qui concerne la participation du Conseil général, il ne paraît à l'heure actuelle nullement question de recruter des personnels affectés à la Maison des

³⁶ cf. annexe 2 "Rapport d'orientation budgétaire"

³⁷ Avec des règles de calcul de leurs congés et des jours "R.T.T." nécessairement différentes, rendant le tout complexe à gérer.

Adolescents dans le cadre de financements supplémentaires. En revanche, a été évoqué lors de notre entretien la volonté de mettre à disposition des travailleurs sociaux pour effectuer des permanences au sein de la "Maison". Ces personnels appartiendraient vraisemblablement au corps des éducateurs, mais le C.H.G.R. souhaiterait négocier la présence de psychologues.

La P.J.J. pourrait également mettre à disposition des éducateurs qui collaboreraient aux missions de l'équipe mobile et pourraient jouer le rôle d'interface avec les institutions judiciaires, le cas échéant.

Soulignant l'intégration de la Maison des Adolescents dans la cité, des professionnels de l'animation issus d'associations, à la demande de la Ville de Rennes, pourraient venir animer des temps de C.A.T.T.P.

2.4.3.3 Des sources de financement ponctuelles et éventuelles :

Ce projet est susceptible d'obtenir diverses sources de financements ponctuels ou non. A cette fin, un dossier sera constitué afin de solliciter un certain nombre d'associations ou de organismes à vocation caritative

Il a ainsi été envisagé de monter un dossier de demande de subvention à l'attention de la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France qui récolte des fonds par le biais de l'opération pièces jaunes et du soutien médiatique de sa présidente, Bernadette Chirac.

Cette fondation, particulièrement interpellée par la question des adolescents en souffrance a déjà participé au financement de la décoration de la Maison des Adolescents du Havre mais également à l'achat de matériel photo destiné aux activités de C.A.T.T.P. L'opération "Pièces Jaunes" doit également financer la création d'une Maison des Adolescents sur le site du groupe hospitalier Cochin – St Vincent de Paul à Paris, en partenariat avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Une étude sur les besoins qui pourraient être satisfaits par cette voie devra être réalisée par les équipes au sein de la Maison.

Toute subvention éventuellement obtenue dans ce cadre ne viendra financer que des opérations ponctuelles (achat de matériel, décoration, ...) dans la mesure où cette source de financement n'est pas pérenne.

2.4.3.4 Le budget de fonctionnement :

Si le financement des personnels peut s'imputer sur les budgets des différents partenaires, il est tout de même nécessaire de prévoir un budget pour les frais afférents au fonctionnement d'une telle structure : entretien des locaux, frais de déplacement liés à l'activité de l'équipe mobile, frais d'électricité, d'eau, de chauffage, de téléphone, fournitures diverses, frais liés aux activités de C.A.T.T.P. ...

Plusieurs possibilités peuvent être envisagées qui dépendent de la structure juridique adoptée par les partenaires : l'examen des structures juridiques qui pourraient être envisagées fera l'objet de développement dans la troisième partie.

La formalisation d'un réseau pourrait venir apporter une source de financement non négligeable. La mise en place de la Maison des Adolescents s'inscrit en effet dans la philosophie du réseau. Certaines dépenses du réseau pourraient être financées dans le cadre des dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Une dotation nationale de développement des réseaux a été créée à partir des quatre enveloppes déjà existantes (ville, hôpital, cliniques et établissements médico-sociaux). Cette dotation nationale est déclinée régionalement, les montants attribués sont fixés chaque année par arrêté ministériel. Conformément aux articles R162-59 et R162-60 du code de la sécurité sociale, l'U.R.C.A.M. et l'A.R.H. Bretagne ont mis en place une procédure régionale d'examen des projets et demandes de financements des réseaux afin de simplifier les démarches et d'éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs. Ces démarches sont reprises dans le guide du promoteur de réseau qui prévoit notamment la signature d'une Charte.

La signature d'un tel document n'est pas encore chose faite, quelques étapes sont encore à parcourir avant de parvenir à un réseau parfaitement formalisé. Du bilan de l'existant à la formulation de propositions, quelques mois ont été nécessaires pour discuter un certain nombre de points qui ont été autant d'occasions de faire évoluer le projet, d'une part au regard du schéma type de la Maison des Adolescents et d'autre part, par rapport à ses ambitions initiales.

La formalisation du réseau risque d'être un point de discussion supplémentaire car elle présente un certain nombre d'enjeux pour les différents partenaires. Bien que ce soit effectivement un chemin pour obtenir des financements, d'autres écueils et limites

constituent autant d'enjeux pour faire vivre le réseau et ne pas mettre en place une coquille vide.

3. LES OBJECTIFS ET LES ENJEUX DE LA FORMALISATION D'UN RESEAU A PARTIR DE LA CREATION D'UNE MAISON DES ADOLESCENTS :

Privilégier le travail en réseau dans la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes est un axe commun à la plupart des textes et préconisations des différents ministères désireux d'offrir la réponse la mieux adaptée. A noter, les partenaires devant être associés dans ce cadre n'ont pas toujours été ciblés de façon exhaustive. Ainsi, une circulaire de 1992 de la Direction des affaires sociales du Ministère du même nom, préconise déjà cette modalité d'action pour la prise en charge des jeunes en difficulté, sans mentionner la psychiatrie infanto-juvénile dans les interlocuteurs potentiels en matière d'insertion des jeunes en échec scolaire, en rupture familiale, toxicomane ou au chômage.

La circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ du 3 mai 2002³⁸ demande aux acteurs dépendant des ministères concernés de s'inscrire dans des réseaux pour ce qui concerne la prise en charge des adolescents en souffrance.

. L'ambition du réseau est de créer des échanges et de la coordination là où existe un cloisonnement néfaste à la qualité de la prise en charge. Sa formalisation reste chose complexe, avec des enjeux forts qui tiennent en l'occurrence au projet lui même mais aussi aux écueils propres à tout réseau ainsi qu'aux défis visant à venir enrichir le projet. Le principal défi reste de parvenir à définir des objectifs communs.

3.1 Le renforcement du réseau : un objectif de la Circulaire du 3 mai 2002 :

La circulaire du 3 mai 2002 retient le travail en réseau parmi les méthodes d'action pouvant être retenues pour conduire de telles actions de complémentarité. Elle propose la mise en place d'un réseau pouvant comporter un volet articulé autour de deux objectifs :

- Un objectif d'ordre sanitaire : concourir à une prise en charge globale, efficiente et de qualité des adolescents en assurant la continuité des soins.

³⁸ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

- Un objectif d'ordre structurel (décloisonnement) pour articuler les prises en charge sanitaires, sociales et socio-éducatives.

3.1.1 Les objectifs du renforcement du réseau :

Les objectifs du renforcement du réseau tel que promu par la circulaire de 2002, hormis la rationalisation des ressources des acteurs, sont le decloisonnement des logiques institutionnelles et l'amélioration de la qualité de la prise en charge, ce qui rejoint pleinement les objectifs de la Maison des Adolescents rennaise.

3.1.1.1 Le decloisonnement :

Il a déjà été dit que le cloisonnement des différents champs d'action des professionnels de l'adolescence ne s'avère pas satisfaisant pour assurer une prise en charge globale et efficiente des adolescents en crise. Le H.C.S.P. nous dit qu'effectivement le repérage de la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes ne peut se faire qu'à partir d'une observation attentive d'une accumulation de petits signes qui laisse penser que la prévention de cette souffrance ne peut être thématique mais seulement globale, mais que surtout "*ces petits signes repérables par chaque segment d'un réseau social doit pouvoir circuler dans tout le réseau*"³⁹. Cela impose de construire des complémentarités, des voies de communication entre les différents professionnels concernés.

La formalisation d'un réseau autour d'une tête de pont, la Maison des Adolescents est à cet égard pertinente à la condition que soient intégrées les structures préexistantes. Le risque est en effet la superposition de structures et d'organisations ayant pour conséquence de rendre le système encore moins lisible qu'il ne pouvait l'être. Cet écueil pourrait être évité par une coordination des organes de décision des différentes institutions concernées.

Pour autant, il faut s'interroger sur le mode d'action retenu par les différents ministères. Dans ses rapports 2001 et 2002, la Défenseure des Enfants rappelle qu'il n'y a

³⁹ cf. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris : Editions ENSP, 2001.

pas de véritable politique d'accompagnement de l'adolescence à l'heure actuelle. Il est frappant de constater que les grandes orientations politiques en la matière sont données pour l'essentiel par voie de circulaire. Si la circulaire constitue effectivement un mode d'action privilégié pour les ministères, elle n'a pas la même force qu'une loi ou un décret. Elle n'a normalement qu'une valeur juridique limitée. Dès lors, comment interpréter cette volonté de coordination dans la circulaire de 2002? S'agit-il d'une volonté de modifier en profondeur la politique de prise en charge des adolescents ou de pallier les dysfonctionnements existants? Ces questions appellent deux réponses :

- D'une part, les cloisonnements institutionnels sont tels qu'il sera sans doute difficile de parvenir à un accord permettant de définir une politique de l'adolescence fondée sur des modes d'actions communs, avec des objectifs communs.
- D'autre part, le fait de procéder par circulaire témoigne certes d'une forme de prudence mais ne laisse que peu d'illusions sur l'effectivité des préconisations. La circulaire de mai 2002 prévoit en conséquence que des mesures législatives viendront corroborer le dispositif.

L'efficacité des préconisations de la circulaire dépendra largement des contextes locaux. En ce qui concerne l'environnement rennais, il existe une volonté forte de coordonner les prises en charges et de répondre aux besoins ressentis des adolescents.

Si tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'une meilleure coordination, la difficulté essentielle reste de définir des objectifs communs. Sans parler d'objectifs divergents, chaque acteur a en tête la mission qui lui est impartie et la volonté de ne pas être "perdant". Chacun des partenaires souhaite en conséquence que les objectifs de la Maison des Adolescents viennent prioritairement servir ses missions.

La collaboration des acteurs doit permettre la recherche d'une cohérence dans la trajectoire de l'adolescent.

3.1.1.2 Impact sur la qualité de la prise en charge :

L'évolution vers la prise en compte de la trajectoire des patients oblige à promouvoir ce décroisement des dispositifs, ainsi que toutes les formes de coopération entre l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir au cours du parcours de l'adolescent. Le réseau apparaît par nature comme le moyen d'assurer la mise en cohérence entre les diverses formes de partenariats. Les représentants des institutions judiciaires participant au groupe de réflexion ont fait émerger l'idée de référent unique. Ce référent aurait pour tâche de fédérer les informations relatives aux jeunes concernés et de

constituer un interlocuteur unique pour les autres professionnels de terrain. Cette idée, séduisante de prime abord devra être réfléchiée dans son application. Une alternative est possible : dès lors que des professionnels pluridisciplinaires font partie du dispositif, pourquoi ne pas désigner plusieurs référents chargés pour chacun d'entre eux d'entrer en contact avec leur institution et de bénéficier ainsi de leur connaissance double du réseau et de leur institution?

La perspective de pouvoir suivre un certain nombre d'adolescents dans leur parcours entre les différents acteurs, de pouvoir leur proposer quel que soit leur point d'entrée dans le réseau, la possibilité d'être entendus et surtout aidés au regard de leurs souffrances psychologiques et/ou somatiques est de nature à améliorer la qualité de la prise en charge en tout point du réseau. Seule la mise en œuvre d'actions concertées et axées sur le développement de la lisibilité pour les différents acteurs et la confiance qu'ils peuvent se porter est de nature à impacter la qualité de l'accompagnement offert aux adolescents, en lui assurant une continuité au lieu que le jeune ne rencontre les acteurs les uns après les autres, chacun apportant un début de réponse ne le satisfaisant pas complètement.

3.1.2 Le réseau : un champ de possibilités entre formalisme réduit et formalisation optimale :

La circulaire du 3 mai 2002 donne cette définition des réseaux : "*les réseaux sont des espaces de lien et de coordination permettant la mise en commun organisée des compétences et la complémentarité des rôles.*" Si le réseau n'est pas nécessairement formalisé, le maintien d'une dynamique passe par la mise en œuvre d'un certain nombre de règles de fonctionnement garantissant des objectifs communs et les compétences de chacun.

Il convient de donner quelques éléments supplémentaires de définition avant de considérer quelles pourraient être les modalités de la formalisation d'une coopération entre les acteurs du bassin rennais.

3.1.2.1 Les réseaux de santé : une définition récente et ouverte :

Les réseaux n'ont une assise législative que depuis les Ordonnances du 24 avril 1996. La cohérence du dispositif autour de la notion de réseau est relativement récente. Elle a été notamment renforcée par la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux

réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.⁴⁰ Les réseaux de santé se substituent aux réseaux de soins expérimentaux (ancien article L162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale) et aux réseaux inter-hospitaliers (ancien article L 6121-5 du Code de la Santé Publique).

Un réseau ville-hôpital centré sur la prise en charge de l'adolescence en souffrance ne paraît pas adapté en l'état actuel des choses puisque la mobilisation des médecins de ville est pour l'instant faible. L'intégration des praticiens libéraux dans le dispositif constituera une source d'enrichissement manifeste.

Les réseaux de santé paraissent être plus pertinents. L'article 84 de la loi du 4 mars 2002 en donne la définition suivante : *"les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins."* Ces multiples dimensions du réseau tel que défini par la loi du 4 mars 2002 trouvent à s'incarner dans l'idée de Maison des Adolescents, dispositif centré sur l'amélioration de la prise en charge et la coordination entre des acteurs issus de champs divers autour d'une population cible : les adolescents.

Les membres d'un réseau de santé peuvent être des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des institutions sociales ou médico-sociales, des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi que des usagers.⁴¹

3.1.2.2 Les enjeux de la formalisation :

La formalisation est essentielle, ne serait ce parce qu'elle constitue le seul moyen de pouvoir briguer des financements publics et parce qu'elle est la seule issue pour préserver la viabilité du réseau. Mais elle ne va pas de soi : les entretiens ont été l'occasion de dévoiler quelques craintes à ce sujet.

⁴⁰ cf. Circulaire DGS/DGAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux et Loi n° du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴¹ cf. Article L 6321-1 du code de la santé publique, articles D766-1 à D766-1-7 du code de la santé publique.

a) Le maintien d'une dynamique :

La formalisation du réseau est particulièrement importante au niveau de chaque institution. Elle traduit la nécessité de passer d'une approche militante fondée sur des engagements individuels très forts à une logique moins dépendante de ceux-ci. Pour ce faire, chaque partenaire doit être mis à même de valider les objectifs communs dans lesquels le réseau s'inscrit.

Par hypothèse, la formalisation ne peut intervenir que par la rédaction de documents tels qu'une charte ou une convention constitutive intégrant une définition claire des objectifs. La circulaire du 3 mai 2002 propose le contenu qui pourrait être celui de cette charte. Elle doit donc préciser : *"la place des usagers, l'identification du ou des promoteurs, l'identification des acteurs concernés, les objectifs poursuivis, le thème et l'objet du réseau, le champ d'intervention du réseau (territoire et population), la structure juridique choisie, les intervenants, l'organisation interne et les modalités de coordination des soins et des interventions, le système d'information et les modalités de formation, les moyens à disposition et les modalités de financement, les relations avec les partenaires, le suivi et l'évaluation."*

En l'absence d'adoption d'une Charte ou d'une convention constitutive, un système de conventions entre partenaires peut être adopté. Il présente néanmoins l'inconvénient d'instaurer une participation et des objectifs à géométrie variable. Pour autant, en cas de résistance forte des partenaires à la constitution d'un réseau, ce peut être une solution alternative, permettant aux acteurs de se découvrir et d'apprendre à se faire confiance, et éventuellement évoluer par la suite, vers un réseau véritablement formalisé.

Pour l'heure, il est difficile de dire l'option qui sera retenue dans le contexte rennais. Une différence assez nette peut être relevée entre le sentiment des professionnels de terrain et celui des institutionnels. Convaincus de la nécessité de devoir se coordonner, les décideurs institutionnels sont prêts à conclure des accords qui porteront a minima sur la mise à disposition de personnel. Les professionnels de terrain sont plus réticents à l'idée de formaliser juridiquement des relations préexistantes, fondées sur la confiance.

b) De la formalisation perçue comme une contrainte :

Mettre en place et administrer un réseau est perçue une gestion relativement lourde, ce qui explique une certaine réticence à venir formaliser ce qui existe et fonctionne

de façon souple et sans perte de temps, malgré les dysfonctionnements. Elle souffre aussi de la peur des professionnels de la voir provoquer une récupération par les "institutionnels". Un compromis doit être trouvé entre souplesse, réactivité et confiance qui sont les trois maîtres mots du réseau pour les professionnels de terrain et la définition de règles de fonctionnement et de financements qui sont gage de pérennité aux yeux des décideurs institutionnels.

L'illustration de ces propos se retrouve dans les réticences du service dédié aux adolescents et aux jeunes adultes du C.H.G.R., qui tout en étant débordé, trouve à réaliser certaines actions qui vont dans le sens d'une meilleure prise en charge. Les professionnels du service ne souhaitent pas se trouver contraints de réaliser ces mêmes missions, en sachant que cela imposerait un formalisme supplémentaire et un temps de gestion qui leur semblerait être du temps en moins à consacrer aux adolescents.

Or la constitution d'un réseau en tant que tel n'implique pas, hormis la signature d'une convention constitutive devant être approuvée par les organes délibérants de chaque institution, de formalisme particulier. Néanmoins, la création d'une instance, chargée de coordonner au mieux les activités du réseau est fortement recommandée.

L'une des craintes des personnes interrogées portait sur les modalités de fonctionnement de cette instance et sur la nécessité de prévoir en conséquence des temps de coordination et de secrétariat, sans doute difficile à mettre en place dans un univers de moyens contraints. L'embolie des dispositifs paraît telle que chaque acteur reste dans la crainte de tout ce qui pourrait venir alourdir la charge de travail, sans compensation sur l'efficacité de leurs missions.

3.1.2.3 Proposition de structuration juridique du réseau :

En principe, le réseau n'a pas de personnalité morale sauf à prendre la forme d'une association ou d'un groupement d'intérêt public (G.I.P.) et de ce fait acquérir la personnalité juridique. Le chargé de mission auprès de la Défenseure des Enfants sur la question des maisons des adolescents préconise le groupement d'intérêt public (G.I.P.) comme devant venir structurer juridiquement le réseau. Le réseau dont le centre serait constitué par la Maison des Adolescents ayant vocation à intégrer le C.H.G.R., il nous faut examiner les possibilités offertes pour un établissement de santé de s'inscrire dans des formes de coopération avec l'ensemble des partenaires d'une Maison des Adolescents.

L'article L. 6134-1 du code de la santé publique dispose : "Dans le cadre des missions qui leur sont imparties [...] les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération [...]. Ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats

interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire [...]". L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003⁴² vient modifier légèrement le dispositif, puisqu'elle supprime à terme la possibilité de créer des syndicats interhospitaliers et préconise de privilégier le groupement de coopération sanitaire.

Certaines formes juridiques de coopérations ne trouvent pas à s'appliquer à la Maison des Adolescents : le syndicat interhospitalier, le groupement d'intérêt économique peuvent être écartés d'emblée puisque leur finalité consiste essentiellement à venir gérer des équipements communs. Dans le cadre de la Maison, il s'agirait donc de gérer des locaux. Le formalisme attaché à ces formes de coopérations apparaît comme un peu lourd pour ce type d'activité. Le G.I.E. ne peut de surcroît assurer d'activités de soins.

Le groupement de coopération sanitaire permettrait d'intégrer les professionnels médicaux libéraux et ce à titre individuel. Si une orientation sanitaire plus forte était retenue avec le développement d'un pôle médical, il serait particulièrement pertinent d'inscrire la Maison de l'Adolescent dans une telle formule mais elle n'est pas envisageable en l'état actuel des choses.

La formule du G.I.P. permettrait de gérer le bâtiment accueillant la Maison des Adolescents et les frais de fonctionnement. Dans la mesure où le bâtiment serait mis à disposition par le Conseil général, c'est une solution qui pourrait être envisagée, il ne paraît pas très opportun de retenir cette option. Cela conduirait à alourdir le dispositif entre d'une part les conventions entre les différents partenaires et d'autre part la constitution éventuelle d'une instance de coordination.

Quant à l'association, elle présente l'avantage de n'exclure aucune catégorie de personnes pour sa constitution et offre une certaine souplesse de fonctionnement ; mais elle n'est pas adaptée à la réalisation de missions de soins.

Au vu de ce qui précède, il semble plus pertinent de s'en tenir à la signature d'une convention constitutive permettant de dégager de manière précise quelles seront les modalités de fonctionnement et de financement du réseau, le but étant que les différents

⁴² Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

partenaires se sentent liés par ces dispositions. La Maison des Adolescents n'aura pas de personnalité juridique propre.

En dehors de la question de la forme juridique, le réseau présente des enjeux qui ne doivent pas être éludés.

3.2 Les enjeux :

Les enjeux sont à multiples facettes. Ils tiennent à la fois aux limites inhérentes au projet rennais mais aussi à des difficultés qui sont souvent la réalité du réseau quel qu'il soit. Enfin, le défi final consiste à investir les sources d'enrichissement de ce projet, pour qu'elles deviennent des leviers du maintien de la dynamique de réseau.

3.2.1 Les limites :

Il est possible d'en distinguer plusieurs. Tout d'abord, les objectifs de la Maison des Adolescents rennais sont ambitieux en ce qu'ils se proposent de remédier à des dysfonctionnements anciens et ancrés. Par ailleurs, l'absence d'implication des usagers au stade de la définition du projet peut avoir une répercussion sur la pertinence de la solution proposée. Dans le contexte rennais, souffrant déjà de l'engorgement des dispositifs destinés aux adolescents, le risque de créer un appel d'air pour les demandes n'est pas anodin d'autant que la pérennisation d'une telle structure n'est pas acquise, eût égard notamment aux incertitudes du financement.

3.2.1.1 Des objectifs ambitieux :

L'une des visées de la mise en place d'une Maison des Adolescents est la coordination des acteurs en prise avec la problématique de l'accompagnement des adolescents en souffrance quel que soit leur champ d'intervention.

Or les vicissitudes de d'autres politiques, en faveur des personnes âgées par exemple, illustrent la difficulté à mettre en œuvre une concertation suffisante pour une prise en charge efficiente ; l'exemple des C.L.I.C. ou Centres Locaux d'Information et de Coordination est ainsi révélateur. Certains départements sont certes parvenus à réaliser des organisations dites de niveau 3 c'est-à-dire capables d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'aide à domicile, mais beaucoup restent à un niveau 1, c'est-à-dire

qu'elles ont pour seule fonction la diffusion de l'information et l'orientation des personnes âgées ou de leurs famille. La Maison des Adolescents, si elle doit se réduire à être un point écoute, une maison de quartier ou un lieu d'information ne présente pas un intérêt majeur dans une ville comme Rennes où de telles initiatives fonctionnent déjà très bien.

En outre, ces objectifs sont pour l'instant au stade de projet. Il est probable qu'il sera plus complexe de valider des objectifs communs lors de l'engagement des acteurs dans l'accomplissement du projet.

3.2.1.2 L'absence d'implication des usagers :

A l'heure actuelle, les usagers potentiels de la future "Maison" n'ont pas été impliqués en tant que tels dans le projet. Il a été tenu compte de la spécificité de la population concernée. Certains intervenants ont en effet mentionné la difficulté de consulter les adolescents sur l'opportunité d'un tel projet.

En outre, si l'objectif est effectivement d'améliorer la prise en charge de l'adolescent en difficulté, notamment par l'identification de sa trajectoire et par l'accroissement des liens entre les différents professionnels auxquels il sera confronté au cours de sa quête, il a été surtout question d'améliorer la pratique des professionnels et non pas d'identifier préalablement de façon précise les attentes des adolescents.

Néanmoins, le Comité consultatif des Jeunes qui entoure la Défenseure des Enfants s'est réuni les 17 et 18 mai 2003. Cette instance de réflexion destinée à faire connaître à l'Institution les centres d'intérêts et les préoccupations des jeunes se réunit à Paris deux fois par an. Les jeunes membres se sont interrogés sur la pertinence de la création de Maisons des Adolescents dans chaque département et ont examiné le profil des professionnels qui accueilleront les adolescents, l'organisation de la coordination avec les structures existantes, et les moyens mis en œuvre pour faire connaître l'existence de ces maisons. L'intérêt de telles structures a été reconnu à l'unanimité par les jeunes présents.

En outre, il est d'ores et déjà envisagé dans le projet de procéder à une évaluation de la pertinence de la prestation proposée, cette évaluation pouvant se réaliser par le biais d'un questionnaire destiné aux usagers, actuels voire potentiels de la Maison des Adolescents.

3.2.1.3 Le risque d'engorgement de la structure :

Un autre but de la Maison des Adolescents est de désengorger les structures existantes en assurant une pré orientation à partir d'un lieu unique en fonction de la demande exprimée ou décelée chez le jeune. Beaucoup se plaignent de n'avoir le temps de se consacrer qu'aux situations de crise qui mobilisent beaucoup de monde et regrettent de voir passer à la trappe des situations plus "légères".

Par ailleurs, la même contrainte temporelle fait que les acteurs ne peuvent se consacrer au travail de lien avec les autres composantes de la prise en charge des jeunes, ce qui génère à terme des pertes de temps lors du règlement de situation de crise. La Maison des Adolescents pourrait venir combler ce besoin de lien et de coordination.

Toutefois, un risque non négligeable est de créer un appel d'air pour les adolescents mais aussi pour certains professionnels mis en difficulté par la question de l'adolescence, en présentant la Maison des Adolescents comme "la" réponse. Ce risque impose dès lors :

- d'avoir à l'esprit que toute médiatisation impliquera nécessairement une recrudescence des demandes. Cet état de choses se vérifie régulièrement lors de toute parution d'articles dans la presse de l'existence du C.A.S.S.A.J.A. ou encore de l'unité des Grands enfants–Adolescents. Cette difficulté est complexe à maîtriser puisque la nécessité d'informer sur les missions de la structure est un objectif non pas contradictoire mais divergent de celui de ne pas provoquer l'encombrement de la structure. C'est un risque fortement redouté par les équipes du C.H.G.R. et du C.H.U. qui seront amenés à participer à la Maison des Adolescents.
- de bien cerner les missions de la maison et d'en informer correctement les professionnels concernés. La Maison des Adolescents ne doit pas être transformée en centre de crise. Le risque est en effet que les différents professionnels susceptibles d'être confrontés à un adolescent en crise ne se tournent vers l'équipe de la "Maison" pour qu'elle résolve le problème. Le but est plutôt de chercher à anticiper celle-ci en donnant aux professionnels concernés les clefs de lecture du comportement des adolescents ou en offrant une prise en charge psychologique à l'adolescent en difficulté.

3.2.1.4 Les incertitudes du financement :

L'une des principales difficultés d'un montage de projet tel que celui-ci reste le mode de financement et les incertitudes liées à la pérennité des ressources. Quelle que soit la structure juridique retenue, un partenaire déçu au regard de ses objectifs initiaux peut retirer sa participation et de fait venir bouleverser l'équilibre financier du système.

Si l'inscription au sein d'un réseau de santé vise à remédier en partie à ce problème, les textes régissant ces réseaux ne font pour l'heure état que d'une expérimentation. L'enveloppe dédiée à leur financement, la dotation nationale de développement des réseaux, est déterminée chaque année lors de la fixation de l'O.N.D.A.M.

Le principe même de l'enveloppe mène à penser que les A.R.H. seront conduites à procéder à des choix qui seront fondés soit sur l'efficacité du réseau; d'où l'importance de l'évaluation, soit sur la priorité de santé publique du moment. Le S.R.O.S. actuel préconise l'amélioration de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes et une meilleure articulation entre les différents professionnels. Mais certaines politiques publiques connaissent une vogue parfois limitée dans le temps. L'exemple de la toxicomanie est à cet égard très révélateur. Les projets mis en œuvre alors que des crédits étaient ouverts en ce sens sont aujourd'hui plus restreints, conduisant notamment le C.H.G.R. à restructurer complètement ses prestations à l'égard des toxicomanes, faute de moyens.

3.2.2 Les écueils à éviter :

Ce sont les difficultés propres à la réalité du réseau. Tous les réseaux présentent le risque d'être confrontés à l'essoufflement de la dynamique. En outre, la gestion d'une multiplicité de personnels n'est pas chose simple.

3.2.2.1 Le risque de démobilité des acteurs :

L'objectif de départ, à savoir organiser la cohérence et le suivi dans la prise en charge des adolescents confrontés à diverses institutions est le point de départ qui fédère des énergies autour d'un but commun. Mais le réseau nécessite un investissement en temps qui n'est pas simplement le prolongement de l'activité quotidienne, "classique" des acteurs. Le réseau est conçu comme un outil nouveau. Les professionnels inscrits au sein d'un réseau doivent également apprendre à connaître les autres membres, leurs

missions, leurs modes de fonctionnement. Ils doivent également apprendre à développer des stratégies de réponse communes au-delà des clivages institutionnels et surtout culturels.

Les déceptions liées à l'efficacité du réseau ou les difficultés à travailler de concert peuvent engendrer un essoufflement des acteurs de terrain.

3.2.2.2 Les difficultés liées à la multiplicité des personnels :

La gestion des différents personnels n'est pas simple à organiser. Soumis à des statuts différents, ils bénéficient généralement d'avantages différents (jours de congé, traitements...) qui peuvent venir cristalliser des conflits en cas de difficulté au sein de la maison, qu'elles soient dues à de mauvaises relations professionnelles ou institutionnelles. Cet aspect ne doit pas être occulté car il peut être source de malaise entre les acteurs et constituer une difficulté pour la personne chargée de la coordination.

Ce travail en équipe avec différentes catégories professionnelles met aussi en lumière la question délicate du secret médical en particulier et du secret professionnel en général. Un certain nombre de renseignements, ne trahissant pas trop l'intimité du jeune, peuvent être donnés, afin que justement ces éléments permettent une meilleure prise en charge. La question de l'accord donné par l'adolescent est primordiale. Il est impensable de divulguer toute information quelle qu'elle soit, fut-ce au nom du travail de réseau. Parallèlement, les différents partenaires ne doivent pas se sentir écartés du fait de la non possession d'une information. Respecter la confidentialité et l'intimité des adolescents, et somme toute la confiance qu'ils peuvent être amenés à témoigner à certains professionnels doit être un objectif commun.

Cela n'est pas sans poser problème au regard de certaines situations de maltraitance ou autre dont les professionnels de santé peuvent être amenés à avoir connaissance. En dehors de l'obligation de dénoncer les mauvais traitements, tout un éventail de circonstances dont l'appréciation est éminemment subjective peut donner lieu à des différences d'interprétation. Ces questions devront nécessairement être discutés entre les différents professionnels pour déterminer des protocoles d'échange d'information entre les administrations.

3.2.3 Les sources d'enrichissement du projet :

Différents éléments seraient susceptibles de venir enrichir le projet : la formation des personnels concernés sur les problématiques de l'adolescence⁴³, la mise en place d'un système d'information autour de la prise en charge de ces adolescents par lequel les professionnels pourraient communiquer entre eux.

Deux propositions semblent se détacher du lot. Ainsi, l'ouverture sur la médecine libérale semble nécessaire au regard du rôle qu'elle peut jouer à différentes étapes dans la prise en charge des l'adolescent en souffrance. Dans un tout autre domaine, la mise en place d'une évaluation est nécessaire, pour pouvoir prendre du recul à un instant donné pour mettre en perspective ce qui existe et ce que chacun attendait du réseau.

3.2.3.1 Le renforcement du projet par l'ouverture sur la médecine de ville :

L'inscription des praticiens libéraux au sein du réseau est un point essentiel mais qui reste délicat à mettre en œuvre.

La coordination avec les médecins généralistes est primordiale car ils peuvent jouer un rôle crucial dans la détection des difficultés et l'adressage des adolescents en tant que médecins traitants. L'appui des spécialistes est également nécessaire puisque comme les généralistes, ils sont susceptibles de recommander certains de leurs patients.

Globalement, les praticiens peuvent apporter une plus value réelle à la qualité de la prise en charge, et ce, de plusieurs façons :

- certaines prises en charge ne seront pas nécessairement à réaliser par une équipe hospitalière, même en ambulatoire. Certains jeunes pourront certainement être rapidement redirigés vers des partenaires identifiés de la médecine libérale afin d'éviter l'engorgement de la " Maison ".
- ils sont susceptibles d'assurer des vacations au sein de la Maison afin d'assurer la pluridisciplinarité médicale telle que définie dans le projet.

⁴³ NB : Il existe un D.U. (diplôme universitaire) de santé de l'adolescent dirigé par le Professeur MARCELLI sur divers sites dont Paris et Poitiers.

- leur intégration au sein du réseau assurerait leur formation et ainsi leur aptitude à repérer et à prendre en charge les adolescents en difficulté, notamment sur des problématiques spécifiques telles que les troubles du comportement alimentaire et les tentatives de suicide.

Ce rattachement pourrait se réaliser de différentes manières. Ainsi, la formation d'internes et/ou de résidents avec une double spécialité en pédiatrie et pédopsychiatrie au sein des services hospitaliers dédiés du C.H.G.R. et du C.H.U. de Rennes pourrait être l'un de ces moyens. Ce souhait a déjà été exprimé aux instances concernées, mais pour l'heure sans résultat.

La participation des médecins généralistes et / ou spécialistes reste délicate. L'une des difficultés principales reste celle soulignée par les auteurs d'un ouvrage collectif ayant trait à la création des réseaux de santé à savoir que "*les activités d'un réseau n'ont pas le même coût pour tous les participants*"⁴⁴. En effet, les personnels des administrations hospitalières et d'Etat sont salariés, leur rapport au temps consacré au réseau est nécessairement différent de celui d'un praticien libéral pour lequel sa rémunération dépend largement du caractère lucratif ou non de ses activités.

Le fait d'assurer des vacations au sein de la Maison ou de suivre des actions de formation est générateur d'une perte de revenu pour le médecin libéral. Cette spécificité doit être prise en considération pour assurer leur implication.

Cette réticence pourrait être partiellement levée par l'intervention du fonds d'aide pour la qualité des soins de ville, le F.A.Q.S.V., pour rémunérer certaines vacations ou pour financer certaines formations. Néanmoins, cette source de financement, conditionnée par la place de choix donnée à la médecine de ville au sein du réseau, reste contingente et n'est jamais pérenne.

3.2.3.2 L'évaluation : une démarche de pérennisation de la dynamique de réseau :

A des objectifs ambitieux doit venir répondre une évaluation. En ce qui concerne les réseaux de santé, l'évaluation est une obligation. L'article D.766-1-7 du code la santé

⁴⁴ SCHWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*. Ed. ENSP, 2002.

publique *in fine* dispose, outre l'obligation d'envoyer annuellement un certain nombre d'éléments permettant aux financeurs du réseau de procéder à une évaluation, notamment financière : *“tous les trois ans, ainsi que le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier : le niveau d'atteinte des objectifs, la qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats), la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau, l'organisation et le fonctionnement du réseau, les coûts afférents au réseau, l'impact du réseau sur son environnement et l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.”*

En dehors de l'inscription dans un réseau, une évaluation est nécessaire pour venir rectifier les orientations retenues dès lors qu'elles ne sembleraient pas répondre aux besoins des adolescents rennais. Cette évaluation peut être réalisée en interne ou en faisant appel à une personne ressource extérieure.

L'évaluation peut concerner différents aspects :

- l'évaluation des actions menées dans le cadre de la mise en œuvre du projet afin de vérifier la pertinence des réponses apportées et de procéder le cas échéant à des ajustements. Pour que le réseau fonctionne de façon pérenne, il importe que chaque acteur puisse mesurer l'efficacité de l'action commune au regard des moyens qu'il accorde au réseau et que les décalages entre les attentes des parties et les réalisations concrètes puissent être discutées.
- l'évaluation du fonctionnement du réseau.

L'évaluation impose de mettre en place divers indicateurs retraçant notamment les chiffres de l'activité : nombre d'adolescents reçus, déplacement réalisés par les professionnels de la Maison des Adolescents, renouvellement de la file active...

Les modalités de réalisation de l'évaluation peuvent être diverses :

- l'exploitation d'un questionnaire destiné aux usagers c'est-à-dire destiné aux adolescents, voire à leur famille pourrait permettre d'apprécier le ressenti des usagers par rapport à la pertinence des moyens d'action. Dans la mesure où il n'y a pas eu d'évaluation réelle en amont des besoins des usagers et que la réponse a été conçue sur la base du ressenti des professionnels, un décalage peut exister entre cette réponse et la réponse qui serait réellement utile. Dès lors, des actions correctrices pourraient être entreprises à partir de l'exploitation des résultats de ces questionnaires. Ces questionnaires destinés aux jeunes permettraient également d'identifier les trajectoires empruntées par les jeunes. Les collaborations pourraient être réévaluées à partir des résultats obtenus.

- Un comité de pilotage pourrait se réunir une à deux fois par an pour évoquer les difficultés rencontrées et définir éventuellement des actions correctrices. Ce comité pourrait inclure :
 - o des professionnels de la Maison des Adolescents représentant les différents types de professionnels travaillant au cœur du dispositif : soignants, travailleurs sociaux, médecins,
 - o des professionnels utilisant la Maison des Adolescents : médecins libéraux, professionnels de l'Education nationale ou autre,
 - o des représentants des usagers : parents et adolescents,
 - o des représentants des décideurs institutionnels et des financeurs.

L'évaluation est primordiale à différents points de vue :

- elle est la garante de certaines sources de financements,
- elle est la garantie pour les acteurs de pouvoir rectifier les propositions d'origine et de pouvoir discuter de l'évolution du dispositif.

CONCLUSION

En conclusion, l'émergence d'une Maison des Adolescents à Rennes, dans la lignée de l'expérience pilote du Havre, est le fruit d'une volonté commune d'améliorer la prise en charge des adolescents en souffrance. Le bassin rennais est en effet confronté comme partout aux problématiques de l'accompagnement des jeunes en souffrance et à des indicateurs de santé de surcroît plus défavorables que ceux de la moyenne française.

Les propositions formulées tout en s'appuyant sur les préconisations de la Défenseure des Enfants tentent de tenir compte des réalités locales. Au vu des initiatives existantes, leur intégration au sein d'un réseau paraît être une solution particulièrement pertinente. La formalisation du réseau reste pour l'heure un objectif à atteindre pour proposer une prise en charge renouvelée des adolescents en souffrance sur le bassin rennais. En effet, le bilan de l'existant nous a permis de constater que chaque acteur travaillait déjà en collaboration avec d'autres professionnels. Mais ces collaborations reposent le plus souvent sur des relations interpersonnelles et des visions communes de "La" bonne pratique envers les adolescents.

La formalisation permettrait, non pas de venir remettre en cause la souplesse des dispositifs existants, encore qu'elle soit parfois toute relative, mais de la codifier de façon à ce que les institutions puissent travailler ensemble dans un cadre consenti. Il s'agit de développer et de pérenniser des modalités de prise en charge à tout le moins coordonnées. Néanmoins, cet objectif ambitieux souffre des écueils et limites propres à tout réseau. Ils doivent être anticipés pour y remédier de la manière la plus adéquate possible.

C'est à ce prix que pourra vivre une Maison des Adolescents à Rennes.

Bibliographie

TEXTES (ordre chronologique) :

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, loi complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985, Loi relative à la sectorisation psychiatrique.

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, Loi portant diverses dispositions d'ordre social.

Décret n°86-602 du 1^{er} Mars 1986.

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et service de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Circulaire n° 92-30 du 21 octobre 1992 relative à l'action sociale en direction des jeunes en difficulté.

Circulaire n°92-70 du 11 décembre 1992 relatives aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, ainsi que les missions et l'organisation du service public de psychiatrie infanto-juvénile.

Circulaire du 1 juin 1996 sur la mise en place des points d'accueil pour les jeunes de 10 à 25 ans.

Circulaire DGS/DGAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Loi n°2000-196 du 6 mars 2000 instituant un Défenseur des enfants.

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Code de la santé publique.

RAPPORTS :

CHOQUET M., POMMEREAU X., LAGADIC C. *Les élèves à l'infirmierie scolaire. Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire : enquête auprès de 21 établissements du département de la Gironde.* 2001

DEFENSEUR DES ENFANTS. *Rapport annuel du Défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement.* Paris, 2001.

DEFENSEUR DES ENFANTS. *Rapport annuel du Défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement.* Paris, 2002.

Dr FUSEAU A. Analyse d'activité statistique 2002. *Maison de l'Adolescent.* 26 Mars 2003.

GROUPE DE TRAVAIL DHOS/O2. *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.* Paris, 2002 disponible sur le site du ministère de la santé

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France en 2002.* Paris : Ed. La Documentation Française, Février 2002.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport 2003.* Paris : Ed. La Documentation française, 2003.

La prise en charge des mineurs en grande difficulté. Actes du séminaire Santé – Justice. 25 et 26 mai 2000. Paris, 2001.

LORRAIN J-L. *Rapport n°242 d'information au Sénat* présenté le 3 avril 2003. Paris.

PIEL E., ROELANDT J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale.* Paris : 2001.

DEBAT P. *Objectifs, apports et enjeux de la formalisation d'un réseau informel : l'évaluation Ex Ante du réseau de santé cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 de Bretagne.* Mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes, 2003.

ARTICLES :

BAUDIER F. Ces jeunes qui nous font peur... *Santé publique*, juin 2003, volume 15, n°2, pp. 181-189.

CORMIER H. *Une maison à l'écoute des adolescents. Actualités Sociales Hebdomadaires*, 15 novembre 2002, n°2285.

CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. Complémentarité et réseaux : de la métaphore à la pratique. *Journal d'économie médicale*. Septembre/Octobre 2001. N°5-6. 19^{ème} année.

Dr MAES S. Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel. *Nervure*, tome XVI, n°1, Février / Mars 2003.

JEANNERET O. Santé à l'école ou Ecoles en santé ? *Santé publique*, juin 2003, volume 15, n°2, pp. 167-180.

RENAUD M., ROUBINI A. Une unité d'accueil et de soins intensifs en pédopsychiatrie de l'adolescent. *Nervure*, tome XVI, n°1, Février / Mars 2003.

OUVRAGES :

BERLIOZ G., RICHARD A. *Les 15-25 ans, acteurs dans la cité*. Paris : ed. Syros, 2000.

BRACONNIER A., MARCELLI D. *L'adolescence aux mille visages*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1998.

CYRUNIK B. *Le murmure des fantômes*. Paris : Ed. Odile Jacob, 2003.

DEBESSE M. *L'adolescence*. Paris: PUF, 1997. Cool. Que sais-je?

DELAROCHE P. *L'adolescence. Enjeux cliniques et thérapeutiques*. Paris : ed. Nathan université, 2000. Coll. 128.

HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND J.-M. *L'adolescence n'existe pas*. Paris: Ed. Odile Jacob, 2003.

LADAME F. *Les éternels adolescents. Comment devenir adulte*. Paris : Ed. Odile Jacob, 2003.

LE BRETON D. *L'adolescence à risque*. Paris : ed. Autrement, 2002. coll. Mutations.

SCHWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*. Ed. ENSP. 2002.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES :

A.R.H. BRETAGNE. *Guide du promoteur de réseau*. Disponible sur <http://www.arh-bretagne.fr> rubrique "Réseaux de santé".

Liste des annexes

- Annexe 1:** Liste des acteurs rencontrés.
- Annexe 2:** Extrait du rapport d'orientation 2003 du Centre hospitalier Guillaume Régnier.
Annexe non publiée
- Annexe 3 :** Compte rendu de la réunion du 17 février 2003.
Annexe non publiée
- Annexe 4 :** Compte rendu de la réunion du 27 juin 2003.
Annexe non publiée

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés :

M. Roméo, chargé de mission pour les Maisons des Adolescents auprès de la Défenseure des Enfants.

M. le Dr Lehuédé, service des adolescents et jeunes adultes au CHGR de Rennes ainsi que l'équipe du C.A.S.S.A.J.A.

M. le Dr Briard, service des grands enfants du CHU de Rennes et son équipe.

Mme Olliveaux, directrice du Pôle Action Sociale du Conseil Général D'Ille et Vilaine.

Mme Perpère, responsable de la mission enfance du Conseil Général.

Mme Marmion, mission PMI du Conseil Général.

M. Le Saux, Mission jeunesse de la Ville de Rennes.

M. le Dr Fuseau, responsable de la maison de l'adolescent du Havre ainsi que certains membres de l'équipe mobile et de l'équipe du C.A.T.T.P.