



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **mars 2013**

**Les dispositifs d'accueil, d'écoute et
d'accompagnement des adolescents
en souffrance : freins et leviers à la
mise en œuvre d'une approche globale
en Bretagne**

Jean-Christophe CANLER

Remerciements

A Mme Stéphanie FARGE, directrice adjointe prévention/promotion de la santé à l'ARS Bretagne, ma maître de stage, qui m'a donné l'opportunité de travailler, dans de très bonnes conditions, sur un sujet riche au croisement des préoccupations de l'ARS et des services de la Cohésion sociale.

A M. Jean-Michel DOKI-THONON, directeur de la santé publique à l'ARS Bretagne pour la confiance qu'il m'a accordée.

A tous les responsables et personnels des Maisons des adolescents et des Points accueil écoute jeunes de Bretagne qui ont accepté de me recevoir en entretien.

A Mme Nicole DUPUIS BELAIR, conseillère technique régionale en travail social à la DRJSCS et au Dr. Olivier JOSEPH, conseiller médical à l'ARS Bretagne pour avoir bien voulu partager leur expertise et pour le soutien apporté au cours de la réalisation de ce travail.

A toutes celles et tous ceux en Bretagne, à Nantes, à Paris et à Montpellier qui ont contribué par leur écoute et leur accompagnement à ma compréhension de la problématique des adolescents en souffrance.

Sommaire

Introduction	1
1 Les adolescents en souffrance : un public complexe et divers réclamant une approche pluridisciplinaire et coordonnée	7
1.1 Les adolescents en souffrance : définition et réalité du phénomène.....	7
1.1.1 Qu'est-ce que l'adolescence ?	7
1.1.2 De la crise d'adolescence à l'adolescence en crise.....	8
1.1.3 La réalité du phénomène en France et en Bretagne.....	10
1.2 La création des points accueil écoute jeune (PAEJ) en 2002 marque une prise de conscience et la nécessité d'impulser une politique pour les adolescents.....	12
1.2.1 La reconnaissance d'un besoin d'écoute des jeunes et des parents	13
1.2.2 Les PAEJ : dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute	14
1.2.3 Les PAEJ doivent répondre à un cahier des charges précis.....	14
1.2.4 Les PAEJ constituent un dispositif fragile	15
1.3 Les maisons des adolescents (MDA) en 2004 : une structure novatrice visant à adapter les institutions aux problématiques des adolescents.....	16
1.3.1 La MDA propose une approche et une aide pluridisciplinaire	16
1.3.2 Le concept a bénéficié depuis 2005 d'un soutien important pour son développement.....	17
1.3.3 Le cahier des charges ouvert aux spécificités locales a entraîné une forte hétérogénéité des structures	18
1.4 Un objectif d'articulation entre les dispositifs toujours réaffirmé par les pouvoirs publics mais difficile à mettre en œuvre sur le terrain.....	20
1.4.1 Faire de la maison des adolescents la « tête d'un réseau »	20
1.4.2 Sur le terrain, les dispositifs peinent à s'articuler	21
2 Les dispositifs PAEJ et MDA en Bretagne : une offre réelle mais très hétérogène et peu articulée.....	25
2.1 De fortes disparités infrarégionales entre les PAEJ	26
2.1.1 Présentation générale des PAEJ bretons	26
2.1.2 L'activité globale des PAEJ	28

2.1.3	Le personnel et les partenaires extérieurs des PAEJ.....	31
2.1.4	L'absence de financements pérennes est source de fragilité	32
2.2	Les MDA en Bretagne : une bonne couverture territoriale mais une faible harmonisation des structures qui rend difficile une évaluation du dispositif	34
2.2.1	Les MDA de Quimper, Brest, Vannes et Saint-Brieuc inscrivent leurs activités autour des « missions obligatoires » prévues par le cahier des charges	35
2.2.2	La MDA de Lorient propose une prise en charge sanitaire plus qu'un accompagnement	37
2.2.3	La MDA de Rennes n'assure pas d'accueil généraliste	38
2.3	Une articulation entre les dispositifs MDA et PAEJ qui est très faible voire inexistante à l'exception notable de l'approche dans le Finistère.....	39
2.3.1	Aucune articulation en Ille-et-Vilaine	40
2.3.2	Des constats différents dans le Morbihan entre les territoires de santé	40
2.3.3	Dans les côtes d'Armor, une MDA « mal née ».....	40
2.3.4	L'articulation MDA/PAEJ dans le Finistère est la plus aboutie	41
2.4	La faible coordination des acteurs institutionnels a accentué le cloisonnement des dispositifs.....	42
2.4.1	Les difficultés de suivi et de mise en cohérence des dispositifs se sont renforcées avec la séparation ARS/cohésion sociale.....	42
2.4.2	Le Conseil régional a engagé une démarche volontariste et personnelle vis-à-vis des PAEJ	43
2.4.3	Les Conseils généraux sont globalement focalisés sur les « incasables »	44
3	Les préconisations pour une meilleure articulation des dispositifs en Bretagne	47
3.1	Proposition n°1 : développer une approche populationnelle pour construire un parcours de santé pour les adolescents au sein du PRS Bretagne	47
3.2	Proposition N°2 : favoriser la constitution d'une plateforme régionale des PAEJ et des MDA	49
3.3	Proposition n°3 : mettre en place un observatoire régional de l'adolescence	50
3.4	Proposition n°4 : adapter la MDA de Rennes conformément au cahier des charges de 2005 et à la charte de l'association nationale des MDA (ANMDA)	50
3.5	Proposition n°5 : privilégier la formule du groupement d'intérêt public (GIP) pour porter les MDA	51

3.6 Proposition n°6 : transformer les PAEJ en relais de proximité des MDA et développer les équipes mobiles pour améliorer l'accessibilité et répondre à la non demande.....	52
3.7 Proposition n°7 : améliorer la coordination entre les acteurs institutionnels intervenant dans le champ de l'adolescence.....	53
3.8 Proposition n°8 : s'adjoindre l'expertise des IASS	53
Conclusion	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANMDA	Association nationale des maisons des adolescents
ANPAEJ	Association nationale des points accueil écoute jeunes
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BOP	Budget opérationnel de programme
CAF	Caisse d'allocations familiales
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CHGR	Centre hospitalier Guillaume Régnier
CJC	Consultation jeune consommateur
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
COB	Centre Ouest Bretagne (Pays du)
CPEA	Centre psychothérapique pour enfants et adolescents
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EPSM	Etablissement public de santé mentale
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
GRSP	Groupement régional de santé publique
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MDA	Maison des adolescents
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et la toxicomanie
MNASM	Mission nationale d'appui à la santé mentale
ONDAM	Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie
ONU	Organisation des Nations Unies
ORSB	Observatoire régional de la santé en Bretagne
PAEJ	Point accueil écoute jeune
PAJ	Point d'accueil pour les jeunes
PEP	Association des pupilles de l'enseignement public

PJJ Protection judiciaire de la jeunesse
REATE Réforme de l'administration territoriale de l'Etat
UNICEF Fonds international d'urgence des Nations Unies pour l'enfance

Introduction

L'adolescence n'est pas une maladie et la plupart des adolescents vont plutôt bien. Quelques uns cependant se trouvent emportés, engloutis parfois, dans ce tourbillon de transformation du corps, du cœur et de l'esprit qui les conduit vers l'âge adulte. Dans sa recherche d'identité et dans son envie de se distinguer des adultes, l'adolescent peut parfois prendre des risques. Tous les adolescents ne traversent pas cette période intermédiaire de la même façon et environ 900 000 individus de 11 à 18 ans présentent des signes tangibles de souffrance psychique exprimée dans une grande diversité de comportements¹. Ces manifestations ne doivent pas être banalisées car elles conditionnent l'équilibre futur de l'adolescent et qu'elles sont un indice d'une souffrance à laquelle il faut porter remède. L'approche ne peut pas être que sanitaire car nous ne sommes pas dans la situation où cet état serait toujours synonyme d'une pathologie. Aussi, les pouvoirs publics ont choisi de répondre par une politique qui s'appuie essentiellement sur deux dispositifs pluridisciplinaires et de proximité, qui sont au croisement du sanitaire et du social : d'abord les points accueil écoute jeune puis les maisons de adolescents.

Dans son rapport thématique de 2007, Dominique VERSINI, la défenseure des enfants écrit² : « il est urgent de réaliser l'objectif d'une maison des adolescents (MDA) par départements et de donner à ces Maisons les moyens d'être la tête d'un réseau comprenant les points d'accueil et d'écoute des jeunes (PAEJ) et l'ensemble des professionnels du département travaillant auprès des adolescents ». Cette recommandation est encore très largement d'actualité en Bretagne tant l'articulation entre les différents dispositifs semble fragile.

En 2011, de nombreux PAEJ bretons ont rencontré d'importantes difficultés financières qui pouvaient, à terme, remettre en cause leur existence. Au-delà de la nécessité d'apporter une réponse financière dans l'urgence, cette crise a amené les différents acteurs institutionnels, dont l'Agence régionale de santé de Bretagne (ARS), à s'interroger sur les dispositifs existants et sur la cohérence globale de la réponse apportée aux adolescents en souffrance. Depuis 2002, les PAEJ étaient essentiellement financés par la Cohésion sociale, les Conseils généraux et le Conseil régional. L'ARS n'intervenait pour financer ces structures que dans le cadre de l'appel à projet annuel prévention/promotion de la santé au titre d'actions collectives réalisées par certains PAEJ. En 2012, l'ARS a donc décidé d'apporter un financement modeste (9 000 euros pour chaque PAEJ) mais essentiel à un moment où les crédits de la cohésion sociale connaissent une diminution

¹ Xavier POMMEREAU, *Rapport sur la santé des jeunes*, 2002

² La défenseure des enfants, *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge*, rapport thématique, 2007, p. 113

(en raison notamment des tensions sur le BOP 177 sur lequel est financé l'hébergement d'urgence). La question d'un soutien pérenne de l'ARS aux PAEJ s'est alors posée au regard des missions assurées par ces structures auprès des adolescents en souffrance et alors que l'ARS appuie et finance un autre dispositif, celui des maisons des adolescents (MDA).

La crise rencontrée par les PAEJ est donc aussi l'occasion pour l'ARS de s'interroger sur la réalisation des objectifs opérationnels des MDA qui doivent notamment selon le cahier des charges de 2005 :

- assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné ;
- favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charges globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles.

Sur le plan quantitatif, la Bretagne a parfaitement intégré la recommandation de la défenseure des enfants³. En effet, la région accueille six maisons des adolescents sur son territoire et compte également treize points accueil écoute jeune qui disposent de nombreuses antennes et/ou permanences. Sur le plan qualitatif, que ce soit au regard de l'articulation des dispositifs, de la nature des prestations proposées eu égard à la demande, de la formation des professionnels et de la pérennité des structures, le bilan est beaucoup plus nuancé. La plupart des structures concernées par l'étude ont su s'appuyer sur la souplesse des cahiers des charges respectifs pour s'adapter aux spécificités territoriales. Ces marges de manœuvres accordées par le régulateur ont permis aux structures de faire preuve de créativité et de répondre, en tenant compte de leur capacité financière, aux sollicitations qui se sont faites jour avant et après leur création. Parallèlement, cette flexibilité accordée aux structures est source d'une très grande hétérogénéité qui rend difficile la mise en réseau des acteurs et l'évaluation globale des politiques publiques en faveur des adolescents en souffrance. Les entretiens que j'ai menés avec les acteurs ont mis en exergue les rapports parfois difficiles entre les structures au sein d'un même territoire sur fond de concurrence, d'absence de légitimité du fait de l'antériorité des uns par rapport aux autres, de non reconnaissance des capacités professionnelles et des pratiques. Les clivages sont apparus encore importants entre les PAEJ qui historiquement relèvent de la sphère sociale alors que les MDA ont été positionnées dans le giron sanitaire en raison du portage juridique confié à des établissements de santé et au financement au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette situation n'est pas propre à la Bretagne. Plusieurs

³ Voir la note précédente

régions (notamment la Lorraine et le Languedoc-Roussillon⁴) ont récemment mené des études sur les PAEJ et ont constaté la même défiance qu'il peut parfois exister entre ces structures plus anciennes et les MDA. Pourtant, ces deux dispositifs sont complémentaires et ont vocation à inscrire leur action dans « un continuum d'accueil et d'accompagnement des adolescents, de la prévention aux soins⁵ ». Les associations nationales représentatives des PAEJ et des MDA ont pris conscience de la nécessité d'engager un dialogue au sein d'une plateforme commune. Ce lieu permet aux structures de s'interroger sur leurs complémentarités et leurs articulations et de faire valoir auprès des pouvoirs publics la nécessité de renforcer la politique publique en faveur des jeunes. Pour autant, et à l'exception notable de la situation dans le Finistère, cette articulation revendiquée au niveau national fait globalement défaut en Bretagne. D'où la question centrale de mon travail : quels sont les freins et les leviers à la mise en œuvre d'une meilleure articulation entre les PAEJ et les MDA en Bretagne ?

Sur cette base, j'ai été amené à me poser les sous questions suivantes :

- De qui et de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque les adolescents en souffrance ?
- Quelles sont les prestations assurées par les MDA et PAEJ ?
- Ces dispositifs dispensent-ils des soins ?
- Ces structures répondent-elles toujours aux cahiers des charges ?
- Quelle a été l'influence du contexte local lors de la création des PAEJ et des MDA ?
- Comment les dispositifs sont-ils financés ?
- Comment les PAEJ et les MDA ont-ils répondu aux recommandations d'articulation ?
- Comment les autorités régulatrices (ARS et Cohésion sociale) ont-elles assuré le pilotage de ces dispositifs ?
- Comment assurer l'exigence de proximité qui pèse sur ces structures ?
- Quelles sont leurs relations avec les collectivités territoriales ?

Pour réaliser ce travail je me suis appuyé sur la méthodologie suivante :

- Une analyse des textes législatifs et réglementaires (notamment les circulaires de 2002 et 2005 relatives aux PAEJ et le cahier des charges des MDA de 2005) ainsi que plusieurs documents préparatoires (rapport pour la conférence de la famille de 2004, ...)
- Recueil et analyse des rapports d'activités de toutes les MDA et PAEJ bretons pour l'année 2011. Cette partie du travail s'est avérée fastidieuse en raison d'une

⁴ DRJSCS Languedoc-Roussillon, *Etat des lieux du dispositif Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) en Languedoc-Roussillon*, juin 2011

⁵<http://www.fesj.org> : extrait de la plateforme commune issue du 2^{ème} séminaire inter-réseaux du 23 juin 2011, « contribution pour une politique ambitieuse en faveur du bien-être social, psychique et physique des jeunes. »

absence totale d'harmonisation des rapports annuels et ce malgré les dispositions en annexe des circulaires précitées ;

- Observation directe au sein des comités de pilotage de certaines structures ;
- Entretiens semi-directif sur la base d'une grille d'entretien⁶ commune avec les responsables des six MDA et des treize PAEJ. Tous ces entretiens ont été enregistrés pour faciliter les échanges. La durée moyenne des entretiens était de deux heures et ils ont tous été organisés au sein des structures sauf pour les PAEJ du Pays de Saint-Malo (entretien organisé au siège de l'ARS), de Paimpol et Fougères (entretiens téléphoniques). Un entretien semi-directif a été organisé avec le coordonnateur de la MDA de Nantes qui est également secrétaire général de l'association nationale des MDA (ANMDA) ;
- Entretiens avec plusieurs médecins à l'ARS (au siège et dans les délégations territoriales), avec des responsables des collectivités territoriales (Conseil régional de Bretagne, Conseils généraux) et avec des représentants des services déconcentrés de l'Etat (Cohésion sociale et Education nationale).

De ce travail, je retiens principalement que la problématique de l'adolescence en souffrance ne peut être traitée sans adopter une approche populationnelle qui va mobiliser à terme des compétences et des savoir-faire qui concernent à la fois le secteur de la cohésion sociale et celui de la santé. De fait, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale se présente comme un acteur légitime pour proposer des solutions et piloter une démarche globale vis-à-vis de la population adolescente. Ce champ a très clairement été identifié dans la liste non exhaustive des champs communs d'actions entre ARS et Cohésion sociale⁷. L'IASS pourra s'appuyer sur sa connaissance des deux autorités régulatrices. L'objectif serait d'amener les MDA et les PAEJ à travailler plus étroitement ensemble, voire à fusionner les dispositifs, dans le cadre d'une approche globale en lien avec les autres acteurs du champ adolescent. Pour ce faire, il serait nécessaire d'impliquer les autres acteurs institutionnels, et en particulier les Conseils généraux et le Conseil régional. Plus globalement, l'IASS devrait être capable de mobiliser les outils à sa disposition pour mener une démarche transversale et multi-partenariale comme la commission conjointe de coordination des politiques publiques.

Dans une première partie j'expliciterais la notion d'adolescents en souffrance. J'aborderai les enjeux liés à la reconnaissance progressive, au niveau national, des besoins spécifiques de cette population à travers la création des dispositifs d'accueil, d'écoute et

⁶ Voir annexe 1

⁷ Voir l'instruction n°SG/2001/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports

d'accompagnement des adolescents en souffrance (I). Dans une deuxième partie, je ferai le bilan de la mise en œuvre de ces dispositifs en Bretagne en soulignant notamment les disparités infrarégionales et la trop faible gouvernance (II). Enfin, une troisième et dernière partie sera consacrée aux perspectives d'amélioration et aux préconisations (III).

1 Les adolescents en souffrance : un public complexe et divers réclamant une approche pluridisciplinaire et coordonnée

Confrontés au développement du phénomène de souffrance chez certains adolescents (1.2), les pouvoirs publics ont créé successivement les points accueil écoute jeune (1.2) puis les maisons de adolescents (1.3) pour proposer une écoute et un accompagnement adapté aux adolescents dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire.

1.1 Les adolescents en souffrance : définition et réalité du phénomène

Il est difficile de donner une définition précise de l'adolescence dont les contours peuvent varier d'un lieu à l'autre, d'une époque à une autre (1.1.1). Véritable période de transition, l'adolescence constitue un bouleversement qui peut engendrer un mal être, voire une souffrance, chez certains individus (1.1.2). En Bretagne, les données épidémiologiques relatives à ce phénomène sont assez défavorables (1.1.3).

1.1.1 Qu'est-ce que l'adolescence ?

Au plan international, l'Organisation des Nations Unies (ONU)⁸ déclare qu'« est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ». Le principe retenu par l'ONU traduit la difficulté de donner une définition communément acceptée de l'adolescence. Tout d'abord, il est largement reconnu que chaque personne vit cette période différemment en fonction de sa maturité physique, émotionnelle et cognitive, ainsi que d'autres facteurs. Le début de la puberté pourrait apparaître comme une ligne de démarcation claire entre l'enfance et l'adolescence mais celle-ci survient à des moments très différents chez les filles et les garçons et pour chaque personne de même sexe. Le deuxième facteur compliquant toute tentative de définition de l'adolescence réside dans la grande diversité des lois nationales fixant les seuils d'âge minimum de participation à des activités jugées réservées aux adultes, dont le droit de vote, le mariage, le service militaire... Troisième difficulté soulevée par la définition de l'adolescence : quel que soit le seuil légal séparant l'enfance et l'adolescence de l'âge adulte, de nombreux adolescents et jeunes enfants dans le monde se livrent à des activités d'adulte qui les privent de fait de leur enfance et de leur adolescence. La définition retenue par les Nations Unies, fruit d'un compromis entre des Etats avec des cultures très différentes n'est pas très satisfaisante. Pour autant,

⁸ L'UNICEF dans son mandat, fondé sur la Convention relative aux droits de l'enfant, entend par « enfants » les personnes âgées de 0 à 18 ans. Les « adolescents » selon l'UNICEF et ses partenaires sont les personnes âgées de 10 à 19 ans.

le fait de se borner à définir l'adolescence uniquement en s'appuyant sur l'âge des individus n'est pas sans lien avec les débats récurrents au sein des maisons des adolescents sur les critères d'inclusion pour l'accès au dispositif.

Néanmoins, le besoin de données cohérentes et la nécessité de mettre en place des dispositifs spécifiques pour cette population impliquent de délimiter l'adolescence de la façon la moins arbitraire possible. L'âge de 11/12 ans peut être retenu comme seuil de commencement de l'adolescence, car c'est à cette période que la puberté se déclenche. De plus, il est concomitant des débuts de la scolarité dans le secondaire, étape majeure dans le développement intellectuel et social de l'individu.

L'âge de 25 ans peut être retenu comme âge de sortie de l'adolescence ou de l'état d'adulte jeune (le phénomène dit « d'adulescence⁹ » contribue à estomper la frontière entre l'adolescence et l'âge adulte). Dans le cadre de ce travail, j'ai choisi cette borne haute car elle correspond au choix retenu dans le cadre de nombreuses études sur la santé des adolescents comme celle menée par le Haut comité de santé publique en 2000. Aussi, les limites ne sont pas figées. « Actuellement, les épidémiologistes estiment que l'adolescence couvre la période qui va de 10 à 25 ans, alors qu'il y a 20 ans, on prenait en compte la période des 15-20 ans. Sont donc inclus maintenant d'un côté les pré-adolescents, du fait de la précocité plus grande des jeunes d'aujourd'hui, et de l'autre les jeunes adultes, du fait de l'entrée plus tardive dans la vie active et du recul de l'âge du mariage¹⁰ ». Mais surtout cette période de la vie est celle qui a été retenue par le ministère de la cohésion sociale et de la santé pour délimiter le champ d'action des maisons des adolescents et des points accueil écoute jeune. Toutefois, il faut noter que, pour les maisons des adolescents, la réglementation ne définit pas strictement les classes d'âge accueillies qui peuvent varier de 12 à 25 ans. Aussi, nous verrons que le choix fait par la MDA caractérise en général assez bien son approche du travail en réseau avec les PAEJ et son degré de dépendance vis-à-vis de la structure sanitaire à laquelle elle est adossée.

1.1.2 De la crise d'adolescence à l'adolescence en crise

L'adolescence est une période pendant laquelle l'individu doit à la fois abandonner l'enfance et trouver d'autres repères pour accéder à la vie adulte. Si les fondements affectifs sur lesquels s'est construite son enfance sont solides, l'adolescent doit alors pouvoir vivre normalement cette transformation physique, psychique et sociale. Pour autant, cette période de la vie est marquée par une prise de risques beaucoup plus importante chez les individus qui testent leurs propres limites. En France, la majorité des

⁹ Voir l'article de Tony ANATRELLA, « les Adulescents », *Revue Etudes*, 2003/7, T.399, pp. 37-47

¹⁰ Interview de Marie Choquet disponible sur le site www.lamaisondesenseignants.com

jeunes bénéficie d'un bon état de santé physique et mentale¹¹ et les études épidémiologistes qui sont menées depuis une vingtaine d'année ont tendance à relativiser, voire infirmer, les propos parfois alarmistes tenus dans les médias sur la violence des jeunes générations. Pour autant, il ne faut pas occulter les vraies difficultés que rencontrent une partie des adolescents. Confrontés à des bouleversements majeurs sur une période très courte, les adolescents constituent une population particulièrement fragile, au point que la notion de « crise » est fréquemment associée à cette période de la vie. Les adolescents sont alors atteints d'un sentiment de mal-être qu'ils peuvent avoir du mal à expliquer et maîtriser d'où des conduites agressives ou au contraire des formes passives d'inhibition et de retrait de la vie sociale. Ces fragilités sont accentuées par les évolutions sociologiques récentes (individualisme) et par les difficultés individuelles que peuvent rencontrer certains adolescents dans leur environnement (violence scolaire, maltraitance, tensions familiales).

Pathologies psychosomatiques, troubles des conduites alimentaires, consommation de substances psycho-actives, épisodes dépressifs, comportements suicidaires, prises de risque inconsidérées, accès d'angoisse sont autant des manifestations les plus excessives qui peuvent laisser penser que la situation de mal-être peut évoluer vers un état de souffrance des adolescents. Cependant, tous les professionnels s'accordent pour affirmer la difficulté à définir ce type de souffrance qualifiée de psychique¹² par le Haut comité de santé publique en 2000. L'expression, en effet, rassemble deux notions complexes : "souffrance" et "psychique" qui sont des termes flous, allusifs, comme le sont également les expressions "mal-être", "malaise", qui renvoient à une conception existentielle aux contours incertains. Reste un constat : dès lors que l'adolescent s'enferme dans un comportement qui, d'une manière ou d'une autre, lui fait du mal, on peut bel et bien parler d'adolescence problématique.

Si, toute dramatisation de la crise d'adolescence doit être évitée, l'adolescence appelle une attention particulière car la frontière entre certaines conduites jugées « normales » peuvent avoir des effets pathogènes, voire fatales¹³. Certains comportements peuvent présenter un risque de dérive pathologique important et une symptomatologie « normale » peut traduire une souffrance psychique inquiétante (c'est notamment le cas chez certain sujet qui exprime leur souffrance à travers un repli sur soi pouvant passer pour une apparente tranquillité ou par une hyperactivité qui peut donner l'illusion d'une certaine joie de vivre).

¹¹ Danièle SOMMELET, *Rapport au Ministre de la Santé : l'enfant et l'adolescent, un enjeu de société, une priorité du système de soins*, La Documentation Française, 2006

¹² Haut comité de la santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, éditions ENSP, 2000

¹³ L'ivresse dite « festive » est responsable de 10% des décès des adolescents sur la route.

Face aux difficultés pour cerner la question de la souffrance des adolescents il est important de pouvoir s'appuyer sur des études épidémiologiques qui permettent de mesurer la réalité du phénomène.

1.1.3 La réalité du phénomène en France et en Bretagne

En novembre 2007¹⁴, la Défenseure des enfants, Dominique Versini invoque la nécessité d'un effort accru pour détecter et prévenir les conduites à risque. La défenseure constate à l'époque que les recommandations du Haut Comité de Santé Publique visant la réalisation d'une enquête sur les modes de vie et la santé des jeunes n'ont pas été suivies. Elle relève également que « les données épidémiologiques disponibles sont, pour tout dire, insuffisantes, dispersées, certaines centrées sur les enfants de 0 à 18 ans, d'autres sur les 15-25, souvent réparties entre diverses institutions, elles permettent donc difficilement de dresser une vision d'ensemble nécessaire pour fonder des actions ».

En effet, pendant longtemps, personne ne s'intéressait vraiment aux adolescents. Les premières études épidémiologiques sont récentes¹⁵. La première grande étude épidémiologique sur les adolescents en France a été réalisée par l'INSERM en 1993¹⁶. L'objectif de cette enquête était de décrire l'état de santé des adolescents au sens large : santé somatique, psychologique et sociale. Elle portait sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogue, mais aussi sur la tentative de suicide¹⁷ (les faits, en ce domaine, sont sans appel : si les accidents de la route sont la première cause de décès chez les jeunes, le suicide vient en deuxième position), la dépression, la violence, les troubles de conduites alimentaires. Ces travaux ont ensuite intégré un dispositif européen, l'enquête ESPAD¹⁸ (European Survey Project on Alcohol and Other Drugs) réalisée tous les quatre ans. La dernière enquête ESPAD a été réalisée en 2011 et elle confirme les principales tendances sur les conduites à risque des adolescents en France :

¹⁴ Voir note de bas de page n°2

¹⁵ Les premières études sur les conduites à risques des adolescents datent des années 1970 sans qu'il soit possible à l'époque d'interroger les individus sur l'usage de substances illicites

¹⁶ CHOQUET M. et LEDOUX S., *Adolescents. Enquête nationale*, Ed. INSERM, 1994, 346 p.

¹⁷ La France affiche à cet égard des chiffres impressionnants : environ 40 000 tentatives de suicide par an chez les adolescents et jeunes adultes, et plus de 600 décès par suicide

¹⁸ Si lors de la première enquête ESPAD, la France n'intègre pas le dispositif, elle le fera en 1999, - à la seconde vague d'enquête - sous l'impulsion de l'Inserm et avec le soutien financier de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Depuis 2007, l'enquête est réalisée par l'OFDT qui en assure le financement et la coordination sous la responsabilité de Stanislas Spilka (OFDT). Les principaux partenaires institutionnels de l'enquête sont l'Education Nationale avec la Direction Générale de l'Enseignement scolaire, le Bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité (DGESCO), la Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP), le Secrétariat Général à l'Enseignement Catholique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), soit le département " Enquêtes et analyses statistiques " sous la direction de François Beck, l'unité INSERM U669, sous la direction du Pr. Bruno Falissard et le Ministère de l'Agriculture. La cinquième vague d'enquête a été réalisée en avril/mai 2011. Elle intègre 35 pays et repose toujours sur une méthodologie et un questionnaire qui, tout en ayant légèrement évolué, restent identiques à ceux des exercices précédents.

- Hausse des usages récents¹⁹ de tabac, surtout chez les filles. L'usage récent est en hausse nette en 2011, passant de 30 à 38% sur la période 2007-2011. Le tabagisme récent des filles a connu un accroissement relatif de 38 % par rapport à 2007 (la France se situe au-dessus de la moyenne européenne) ;
- La consommation d'alcool reste élevée. La proportion de jeunes usagers récents s'élève à 67%. L'enquête relève qu'après une hausse importante entre 2003 et 2007, la tendance ne s'infléchit pas en 2011 ;
- Une actualisation ponctuelle importante stable mais à un niveau élevé puisque 44% des adolescents français âgés de 15-16 ans déclarent avoir connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle important au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête ;
- En Europe, les adolescents français sont les premiers usagers récents de cannabis. La France se distingue clairement des autres pays d'Europe, en étant le seul pays avec un niveau largement supérieur à 15%. Concernant la consommation de produits illicites autres que le cannabis, la France se situe au deuxième rang en Europe puisque qu'un jeune sur dix, selon l'enquête, déclare avoir consommé au moins un produit psychoactif illicite.

Depuis plusieurs années, les différentes études relèvent l'apparition de nouvelles formes de souffrance psychique : phénomène de « binge drinking », troubles des comportements alimentaires, troubles du sommeil accentués par un usage excessif des technologies de l'information et de la communication²⁰ et cybergépendance.

Grâce aux travaux menés au cours des années 2000 par l'observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB), nous disposons de données concernant la Bretagne²¹ relative à la santé physique et psychique des jeunes scolarisés²². L'enquête indique que les principales tendances constatées dans la région sont similaires à celles relevées au niveau national avec toutefois quelques particularités qui constituent aujourd'hui des marqueurs forts en matière de santé publique. En effet, la Bretagne se singularise, et ce depuis de nombreuses années, par un taux de tentatives de suicide très élevé et bien supérieur à la moyenne française (en 2007, l'enquête révèle que 11% des jeunes ont fait au moins une tentative de suicide). Dans la région, les suicides représentent plus d'un décès sur 4 (26%) chez les jeunes de 15-24 ans contre 15% en France. Selon une

¹⁹ Usage récent signifie au moins une fois au cours des 30 derniers jours

²⁰ Voir les données françaises de l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), Inpes, collec. Etudes santé, 2012

²¹ Des données régionales de l'enquête ESPAD sont disponibles ainsi que plusieurs études réalisées par l'Observatoire régionale de Santé en Bretagne (ORSB)

²² Les principales données qui sont exploitées dans mon mémoire sont issues de l'enquête « santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007 – volet santé physique et psychique ». Cette enquête poursuit une démarche engagée en 2001 et visant à élaborer un diagnostic sur la santé des jeunes bretons.

classification établie par l'ORSB afin de déterminer des profils d'adolescents à partir de signes témoignant d'une souffrance psychique, l'enquête nous apprend que :

- 28% des adolescents déclarent ne s'être jamais sentis déprimés et n'avoir jamais pensé au suicide ;
- 49 % des adolescents reconnaissent des manifestations somatopsychiques négatives sans pour autant avoir pensé au suicide ;
- 14% des adolescents interrogés présentent de forts signes de mal-être (pensées suicidaires, signes dépressifs, sentiment de déprime). Cette classe d'individus concerne davantage les filles qui se plaignent d'un environnement familial difficile ;
- 6% des adolescents sont déclarés en souffrance psychique (perception corporelle négative, mauvaises habitudes alimentaire, tentatives de suicide, sentiments de déprime et de désespoir, insatisfaction scolaire,..) ;
- Enfin 3% des adolescents présentent tous les signes de la souffrance psychique à leur paroxysme.

Face à ces évolutions, la réponse des pouvoirs publics a été multiple et s'est principalement matérialisée à travers différents plans et/ou programmes. A titre d'exemple :

- le programme quinquennal de prévention et d'éducation pour les élèves engagé en 2005, en partenariat entre le ministère de l'Education nationale et le ministère de la santé, afin de mener des actions d'éducation, de prévention et de prendre en compte les difficultés et les troubles psychiques des adolescents ;
- le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) ;
- La stratégie nationale d'actions face au suicide pour la période 2000-2005.

Progressivement, les pouvoirs publics vont prendre conscience de la nécessité de développer des structures adaptées aux adolescents et aux problématiques soulevées par cette population. Les PAEJ et les MDA vont alors avoir pour mission de constituer le réseau national de première ligne.

1.2 La création des points accueil écoute jeune (PAEJ) en 2002 marque une prise de conscience et la nécessité d'impulser une politique pour les adolescents

La création des PAEJ marque la reconnaissance par les pouvoirs publiques d'un besoin d'écoute des jeunes (1.2.1). Nés de l'unification de dispositifs plus anciens (1.2.2) autour d'un cahier des charges précis (1.2.3), les PAEJ constituent un dispositif fragile (1.2.4).

1.2.1 La reconnaissance d'un besoin d'écoute des jeunes et des parents

La genèse des PAEJ remonte aux années 1990. En effet, les premières structures d'accueil et d'écoute des jeunes en difficultés ont vu le jour au début de cette décennie. C'est en partie sur la base des constatations d'un besoin d'écoute généralisé émanant de ces premiers dispositifs portés à la fois par des acteurs sanitaires et sociaux (mission locale, association de chômeurs, association de quartier, intervenants en toxicomanie, professionnels en santé mentale) qu'une réflexion générale sur l'écoute des jeunes va débiter. L'Etat va alors lancer plusieurs études qui vont progressivement amener les pouvoirs publics à prendre conscience du besoin d'écoute exprimé par les jeunes et de la présence de plus en plus importante de jeunes marginalisés. Parmi ces études, le premier rapport interministériel du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale) » tire les conclusions suivantes « un besoin d'accueil spécifique existe et il semble que dès lors que ce dispositif a été mis en place, dans des conditions satisfaisantes, il est utilisé par les personnes (..) A entendre l'ensemble des intervenants sur le terrain, quelles que soient les modalités d'organisation, de financement, d'implication des différents spécialistes, il apparaît que ce qui est offert est d'abord un espace temps qui permet aux usagers qui le souhaitent d'exprimer leur souffrance. Certains parlent de mentalisation de cette souffrance (vous souffrez, je ne peux rien vous offrir pour changer votre situation, mais nous pouvons parler de votre souffrance dit un psychiatre), d'autres parleront d'écoute, voire d'écoute psychologique, d'autres de groupes de paroles, d'autres encore d'expression de soi individuelle ou collective²³ ». Cette demande de lieux d'aide et d'écoute individualisée, à l'écart de la famille et de l'école apparaît également dans les résultats d'une consultation des jeunes en 1995. Face à ces constatations, deux types de structures vont alors voir le jour :

- Les points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans (PAJ)²⁴ dont l'objectif est de répondre au mal-être des adolescents
- Les points écoute pour les jeunes et/ou parents²⁵ dont l'objectif est de proposer des lieux de parole libre, d'expression des problèmes ressentis notamment concernant l'usage de produits toxiques, l'entrée dans la délinquance, le phénomène de bandes.

Présentés comme des dispositifs généralistes centrés sur l'approche d'un mal-être global à destination des jeunes dans leur ensemble, ces dispositifs sont en réalité tournés vers

²³ LAZARUS A. et STOHL, *Rapport du groupe de travail Ville, sante Mentale, Précarité et Exclusion Sociale*, « une souffrance qu'on ne peut cacher », La documentation française, février 1995, p.37

²⁴ Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 du Ministre du travail et des affaires sociales relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans.

²⁵ Circulaire n°97/280 du 10 avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou les parents.

des populations spécifiques avec des problématiques lourdes telles la marginalisation, l'errance, la toxicomanie. Pour autant, on note déjà à l'époque la volonté d'intégrer des missions de prévention. Ce mouvement ne fera que s'accélérer par la suite.

1.2.2 Les PAEJ : dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute

Face au constat accablant réalisé par le Haut Comité de santé publique en 2000, les pouvoirs publics décident en 2002²⁶ de fusionner les dispositifs existants et d'orienter la mission des PAEJ vers une « une prévention primaire globale » qui s'élargit à l'ensemble des problèmes liés aux jeunes et à une prévention globale qui remplace la problématique des toxicomanes. Le dispositif nouvellement créé s'adresse autant aux adolescents qu'aux adultes qui sont très largement ciblés dans la circulaire. Les PAEJ sont définis comme « des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à de situations de risque, et de leur entourage adulte²⁷ ». En 2005, après une première évaluation du dispositif par la DGAS, le ministère prend une nouvelle circulaire²⁸ pour étendre le dispositif qui peine à se développer sur certain territoire. L'objectif est de créer 300 PAEJ répartis sur le territoire national.

1.2.3 Les PAEJ doivent répondre à un cahier des charges précis

La circulaire de 2002 précise les conditions à réunir pour créer et faire fonctionner un PAEJ.

Tout d'abord, la création doit reposer sur un diagnostic partagé, initié par les représentants de l'Etat et du Conseil général. L'objectif est d'identifier les besoins locaux, de déterminer les publics et les zones prioritaires, de valider en commun le constat d'insuffisance ou d'inadéquation des réponses existantes et de définir les modalités d'une coopération avec un réseau de partenaires spécialisés locaux. Ce dernier point est essentiel mais il s'avérera souvent le plus délicat à mettre en œuvre sur le terrain avec des acteurs pas toujours désireux de travailler ensemble. Chaque PAEJ doit donc porter un projet qui peut être différent en fonction des spécificités locales. La circulaire précise que le lieu d'implantation géographique d'un PAEJ doit recueillir l'accord préalable de la DDAS et du Conseil général qui apprécie la cohérence du projet au regard des préconisations du diagnostic. Les PAEJ sont principalement portés par des structures

²⁶ Circulaire DGS/DGAS n°2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

²⁷ Ibidem

²⁸ Circulaire n°DGAS/LCE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 points d'accueil et d'écoute jeunes (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale.

associatives qui peuvent être amenées à gérer d'autres dispositifs intervenant auprès des jeunes.

Pour assurer le fonctionnement, la circulaire de 2002 précise qu'un effectif de 2,5 équivalent temps plein²⁹ paraît être le minimum souhaitable. L'équipe doit avoir un caractère pluridisciplinaire pour être en capacité de répondre à la globalité des préoccupations et attentes des jeunes mais également en tenant compte du projet de la structure. L'équipe doit pouvoir bénéficier d'actions de formation centrées sur la connaissance des problématique des adolescents : souffrance psychique, conduite suicidaires, substances psychoactives.

Par delà les conditions à remplir, le cahier des charges de la circulaire de 2002 précise surtout ce que les PAEJ ne sont pas, à savoir des structures de droit commun. Aussi, la circulaire précise que « les PAEJ assure, si la situation des jeunes le justifie, la préparation personnalisée d'une orientation vers un dispositif de prise en charge spécialisé de soins, d'insertion sociale et/ou professionnelle, de suivi éducatif, d'hébergement ou de logement... ».

Enfin, et c'est un point auquel tous les PAEJ sont très attachés, le dispositif doit proposer une écoute qui doit se faire dans le respect des règles de la confidentialité, du libre choix et du respect de l'anonymat.

Malgré l'intérêt porté à ces structures, les pouvoirs publics vont très vite être amenés à constater la fragilité du dispositif.

1.2.4 Les PAEJ constituent un dispositif fragile

L'état des lieux réalisé en 2004³⁰ va révéler la fragilité de certaines structures.

La première difficulté vient de la définition du projet lui-même. Le rapport de 2004 note que certains projets ont dû fermer parce qu'ils étaient « trop connotés ou instrumentalisés par certains partenaires, par exemple dans une logique de santé mentale ou d'insertion professionnelle » ou que le diagnostic préalable était mal posé ou que la capacité à travailler avec les acteurs locaux était insuffisante.

La deuxième difficulté est financière. Pour fonctionner normalement un PAEJ a besoin d'un budget avoisinant les 100 000 euros. Beaucoup de structures peinent à réunir un tel budget et ne sont donc plus capable de proposer des prestations adéquates dans le cadre d'une couverture horaire suffisante. La situation financière des PAEJ ne s'est pas améliorée depuis 2004 et ce malgré la volonté affichée dans la circulaire de 2005.

Les PAEJ sont financés en moyenne à hauteur de 50 % par les collectivités territoriales et à 50 % par l'État, les organismes publics (CAF, Assurance maladie) et les politiques

²⁹ Cette recommandation sera revue à la baisse dans la circulaire de 2005 puisqu'elle ne préconise que deux équivalents temps plein

³⁰ DGAS, *Etat des lieux des points d'accueil et d'écoute des jeunes au 15 janvier 2004*, 2004.

transversales (CUCS, MILDT). La baisse constante des financements alloués dans le cadre des dispositifs « cohésion sociale » entraîne des effets en cascade sur les autres financements puisque ces derniers sont conditionnés à ceux de la « cohésion sociale ». En 2010, les financements au titre de la « cohésion sociale » atteignaient 9,7 millions d'euros. En 2011, ils ont chuté à 7,4 millions d'euros et à 5 millions d'euros en 2012. Ainsi, en trois ans, les crédits alloués par l'Etat ont baissé de 50 %. Financés au titre du programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » qui devait faire face, au même moment, à d'autres priorités et notamment à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes sans abris et à leur accès au logement, les PAEJ ont directement été impactés³¹.

Sans remettre en cause l'existence des PAEJ, les pouvoirs publics vont décider d'aller plus loin sous l'impulsion de la défenseure des droits et avec le soutien de nombreuses personnalités.

1.3 Les maisons des adolescents (MDA) en 2004 : une structure novatrice visant à adapter les institutions aux problématiques des adolescents

Le concept de maison des adolescents renvoie à une structure pluridisciplinaire (1.3.1) qui a ouvert ses portes au Havre en 1999. Cette première expérience a bénéficié d'une large promotion à travers notamment plusieurs rapports de la première Défenseure des enfants en 2001 et 2003³². La Conférence de la famille 2004 consacrée à l'adolescence en a préconisé le développement et le concept a également bénéficié d'un soutien important des pouvoirs publics (1.3.2) sans que cela se traduise par une unicité du dispositif (1.3.3).

1.3.1 La MDA propose une approche et une aide pluridisciplinaire

Les MDA ont vocation à réunir des dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. Le développement de ces structures fait l'objet de la proposition n°7 du rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004. Pour les auteurs du rapport, « afin de favoriser la prise en compte des souffrances de l'adolescent qui refuse un suivi thérapeutique ou plus généralement qui ne considère pas « qu'il va mal », il conviendrait d'encourager le développement de lieux d'accueil et d'écoute pour les adolescents qui ne seraient ni

³¹ Dès 2013, les PAEJ seront financés au titre du programme 106 « actions en faveur des familles vulnérables ». Le montant prévu dans la loi de finances pour 2013 est de 5 millions d'euros.

³² Défenseur des enfants, *Les maisons des adolescents, pourquoi ? Comment ?*, 2003

« étiquetés » ni « connotés » négativement du fait qu'il relève de la psychiatrie ou de la psychologie, voire tout simplement du milieu médical, mais qui seraient au contraire des lieux pluridisciplinaires³³ ».

Les MDA ont pour mission d'informer, conseiller, accompagner (d'où la dimension réseau qui est essentielle) les adolescents mais aussi leurs familles et l'ensemble des acteurs au contact des adolescents. Les MDA sont des lieux polyvalents où la santé est considérée dans toutes ses dimensions physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative. De part cette mission, les MDA doivent nouer des partenariats avec de nombreux acteurs pour favoriser la synergie et la mise en œuvre de prises en charges pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles. Les MDA doivent être en capacité de répondre aux objectifs suivants :

- apporter une réponse de santé et, plus largement, prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes ;
- fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie ;
- favoriser l'accueil en continu par des professionnels divers ;
- garantir la continuité et la cohérence des prises en charges ;
- constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence.

Les MDA se doivent d'assurer un accueil généraliste. « A ce titre, elles n'ont pas vocation à se spécialiser « exclusivement » dans la prise en compte de certains publics adolescents. Leur mission généraliste est leur essence même, ce qui ne leur interdit pas, en fonction de leur implantation, d'avoir un regard plus aigu sur certaines modalités d'expression adolescentes ou sur certaines populations aux caractéristiques plus spécifiques³⁴ ».

1.3.2 Le concept a bénéficié depuis 2005 d'un soutien important pour son développement

A l'issue de la conférence de la famille 2004, l'Etat a pris l'engagement d'ouvrir une MDA par département et d'affecter cinq millions d'euros pendant cinq ans à cet objectif en complément de financements apportés par les collectivités locales, l'Assurance maladie ainsi que d'autres partenaires qui ont un intérêt direct à l'existence et au bon

³³ RUFO Marcel (président) et JOYEUX Henri (rapporteur), *Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004 : Santé, adolescence et famille*, Ministère délégué à la famille, 2004, p. 96

³⁴ Article 7 de la Charte de l'association nationale des maisons des adolescents votée le 13 mars 2009

fonctionnement de ce type de structure (c'est le cas notamment de la protection judiciaire de la jeunesse qui met du personnel à disposition de certaines MDA).

Pour être retenus, les promoteurs doivent répondre aux dispositions du cahier des charges annexé à la circulaire de 2005. Deux éléments déterminants sont pris en compte au stade de l'instruction du dossier :

- la mise en place d'un réseau de collaboration associant les principaux partenaires de la santé des adolescents : professionnels de santé (institutionnels et libéraux), Etat (santé, action sociale, avec notamment les Points accueil et écoute jeunes, Education nationale, Justice, avec notamment la protection judiciaire de la jeunesse), collectivités locales ... ;
- la présence de financeurs multiples démontrant leur volonté partagée de mettre en commun leurs moyens.

Les financements prévus pour accompagner le développement et le fonctionnement des MDA sont de plusieurs natures :

- des financements mobilisables pour l'investissement (aide au démarrage octroyée par le DGAS pouvant aller jusqu'à 350 000 euros et aide de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France qui varie de 10 000 à 655 000 euros³⁵ ;
- des financements non pérennes mobilisables pour l'exploitation (financement au titre du FIQCS en général de 53 000 euros sans que tous les projets puissent en bénéficier et mise à disposition de personnel par les différents partenaires)
- des crédits pérennes pour le fonctionnement octroyés dans le cadre de l'ONDAM hospitalier pour un montant en général de 156 000 euros.

Malgré ce soutien mis en place, le programme de création des MDA a rencontré des difficultés liées à une pénurie de promoteurs en raison du modeste intérêt manifesté par certaines collectivités départementales et par le milieu associatif. La première conséquence est le quasi monopole des établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés³⁶ ce qui n'est pas sans avoir des effets néfastes sur la qualité de l'articulation avec les autres partenaires, notamment avec les PAEJ, comme je le verrai un peu plus loin dans ce document.

1.3.3 Le cahier des charges ouvert aux spécificités locales a entraîné une forte hétérogénéité des structures

L'ouverture aux spécificités locales prévue dans le dispositif est une nécessité pour inscrire le projet de maison des adolescents dans son environnement, pour tenir compte

³⁵ Cette aide ne concerne pas tous les projets. En Bretagne, les MDA de Lorient et de Rennes ont bénéficié de cette aide.

³⁶ En Bretagne, toutes les MDA sont portées par des établissements spécialisés.

de la présence, parfois de longue date, d'autres acteurs intervenant auprès des adolescents. En refusant de s'appuyer sur les spécificités locales, les promoteurs prennent le risque de ne pas réussir à mobiliser les partenaires et de courir à l'échec.

Aussi, comme le souligne Patricia LONCLE, titulaire de la chaire de recherche sur la jeunesse à l'EHESP : « au-delà du label et des objectifs communs des Maisons des Adolescents, une grande variété de modalités de pris en charge des jeunes existe au sein de ces dispositifs, de même qu'une grande diversité dans leurs axes d'intervention³⁷ ».

Dr. Marie Rose MORO reconnaît également l'hétérogénéité qui caractérise les MDA qui, par définition, « s'adaptent aux situations dans lesquelles elles naissent, prennent place, mais aussi au contexte où on sait jamais où mettre les adolescents : du côté des enfants ? Oui, mais ils sont plus grands. Du côté des adultes ? Oui, mais ils ne le sont pas encore tout à fait. Qui doit s'en occuper et qui va donner les budgets pour le faire ? Un véritable « art de négociation des MDA est en jeu...³⁸ ».

En réalité, il existe plusieurs types de MDA et, il faut bien le reconnaître, ce n'est pas toujours aisé d'identifier ce qui les rassemble.

Pour le Dr. Alain FUSEAU, qui a créé la première Maison de l'adolescent au Havre en 1999, il existe trois types de MDA : les MDA plutôt à versant sanitaire, qui sont plutôt sur des financements d'Etat et très appuyées sur le monde hospitalier ; des MDA plutôt très sociales, très appuyées sur le Département ; et puis il y a des MDA que je qualifierais de mixtes (...) parce qu'elle intègre le monde associatif, somatique, psychiatrique, les collectivités locales³⁹ ».

Sans vouloir remettre en cause cette pluralité, les acteurs ont tout de même ressenti la nécessité de se regrouper au sein d'une association nationale des maisons des adolescents (ANMDA). Le rapport de D. VERSINI en 2007 les invitait d'ailleurs à « créer une fédération des MDA pour donner une pleine dynamique au label, développer des formations, animer des rencontres inter-équipes, et impulser des recherches actions⁴⁰ ».

Dans sa charte, l'ANMDA reconnaît que les missions des MDA peuvent varier d'une structure à une autre. Pour autant, elle note qu'il est indispensable de retrouver dans chaque MDA un minimum de corpus commun :

- Une plate-forme d'évaluation des manifestations adolescentes ;

³⁷ LONCLE Patricia, « « Spécificités territoriales ». L'exemple de Bobigny », *Adolescence*, 2012/2 n°80, p.339

³⁸ MORO Marie-Rose, « Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? », *Adolescence*, 2012/2 n°80, p. 291

³⁹ FUSEAU Alain, « Souffrance des adolescents et Maisons des adolescents : articuler la prise en charge » in Association Elus, Santé Publique et Territoires, *Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux ?*, le 2 octobre 2008, à Saint-Denis, ESPT, 2008, p.50

⁴⁰ La défenseure des enfants, *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge*, rapport thématique, 2007, p. 113

- La possibilité de dispenser, au moins à court terme, des soins somatiques et psychiques et, si un suivi au long cours est impossible, la possibilité d'une orientation rapide et adaptée.

1.4 Un objectif d'articulation entre les dispositifs toujours réaffirmé par les pouvoirs publics mais difficile à mettre en œuvre sur le terrain

Selon la circulaire de 2005, les MDA ont vocation à constituer une véritable « tête de réseau » (1.4.1). En réalité, sur le terrain, l'articulation avec les autres dispositifs est difficile (1.4.2).

1.4.1 Faire de la maison des adolescents la « tête d'un réseau »

L'un des objectifs voulus par les concepteurs des maisons des adolescents est de faire de ce dispositif la tête d'un réseau réunissant les points accueil écoute jeunes et l'ensemble des professionnels et institutions intervenant dans la vie des jeunes.

Pour Claire BRISSET, « l'objectif d'une maison des adolescents n'est pas d'ajouter une structure ou un dispositif à ceux déjà existants. Au contraire, il s'agit d'utiliser toutes compétences des institutions pour les mettre en réseau et le rendre complémentaires⁴¹ ».

Parmi les partenaires naturels envisagés pour entrer dans le réseau mis en place autour des MDA on trouve bien évidemment les acteurs de droit commun qui interviennent auprès des adolescents mais aussi les PAEJ ainsi que les réseaux d'écoute, d'accompagnement et d'appui des parents (REAAP). En effet, dans le premier cahier des charges arrêté en 2005, il est précisé que, dans le cadre des actions en direction des adolescents, les MDA « sont organisées en articulation avec les structures intervenant en faveur des jeunes, notamment les points accueil écoute jeunes (PAEJ) et les espaces santé jeunes⁴² ». Pour ce qui est des actions en direction des familles, les MDA sont invitées « à s'organiser en articulation avec les réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), ainsi qu'avec les Points info familles (PIF)⁴³ ».

La circulaire du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 points d'accueil et d'écoute jeunes (2005-2007) dispose que « les PAEJ ont vocation à inscrire systématiquement leur action dans un réseau, dont celui des Maisons des adolescents, là

⁴¹ Défenseur des enfants, *Les maisons des adolescents, pourquoi ? Comment ?*, 2003, p. 11

⁴² Cahier des charges des maisons des adolescents p.4

⁴³ Ibidem

ou il existe, et dont ils peuvent constituer une expression avancée en direction de jeunes non pris en compte dans le contexte actuel⁴⁴ ».

1.4.2 Sur le terrain, les dispositifs peinent à s'articuler

A l'évidence, l'articulation des deux dispositifs PAEJ et MDA peine à devenir réalité sur le terrain. Plusieurs études récentes réalisées dans différentes régions françaises constatent le manque ou l'absence d'articulation entre ces structures malgré leur complémentarité évidente. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la DRJSCS souligne que « bien que leurs missions soient proches et complémentaires, l'articulation du dispositif PAEJ avec les maisons départementales des adolescents reste à faire⁴⁵ ».

Dans une étude publiée en juin 2011, la DRJSCS du Languedoc-Roussillon partage un constat similaire : « ainsi, idéalement ces deux structures semblent pouvoir se compléter (...) dans la réalité, là où leurs activités semblent pouvoir se compléter, il semble qu'il y ait un risque de doublon entre ces deux structures. L'articulation effective entre ces deux dispositifs doit être aujourd'hui entendue comme prioritaire⁴⁶ ».

Les entretiens réalisés et les écrits traduisent les relations souvent difficiles qu'entretiennent les MDA et les PAEJ. Les premiers ne reconnaissent pas forcément la mission et les actions réalisées par les seconds qui eux-mêmes n'ont pas toujours compris l'intérêt de développer des MDA dans tous les départements alors qu'une offre existait. Les MDA ont bénéficié d'un soutien financier non négligeable et d'une très bonne communication au moment où les PAEJ ont commencé à rencontrer des difficultés. Mais surtout, il apparaît qu'un fossé culturel existe entre ces deux dispositifs. Le PAEJ, porté par une structure associative qui disposent souvent d'une longue expérience en tant qu'acteur social sur le terrain se retrouve à devoir intégrer un réseau dont « la tête » est assurée par une MDA qui est quasiment toujours portée par un établissement sanitaire. Les logiques professionnels, l'approche des problématiques adolescentes, les pratiques peuvent être différentes, voire conflictuelles.

Comme je l'ai signalé plus haut, ce débat existe entre les MDA elles-mêmes qui ont des difficultés à se retrouver sous le même label. Dans un entretien donné à la revue *Lien social* en 2004, le Dr Xavier POMMERAU⁴⁷ constate et assume parfaitement cette réalité (voir l'encadré ci-dessous).

⁴⁴ Circulaire N°DGAS/LCE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (2005 -2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale, p.3

⁴⁵ DRJSCS Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Les points d'accueil et d'écoute des jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur au 31 décembre 2009*, Zoom sur, n°1, septembre 2011, p.3

⁴⁶ DRJSCS de Languedoc-Roussillon, *Etat des lieux du dispositif point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) en Languedoc-Roussillon*, Préfecture de la Région Languedoc-Roussillon, juin 2011, p.27

⁴⁷ Xavier POMMERAU est psychiatre. Il dirige le pôle aquitain de l'adolescent au centre Abadie à Bordeaux

Si, on imagine aisément qu'il ne peut pas exister un modèle unique de MDA, il est important que les liens avec les autres dispositifs soient universels.

Encadré n°1

Revue *Lien Social*, Publication n°694 du 29 janvier 2004

Les Maisons de l'adolescent n'ont pas toutes le même fonctionnement.

Xavier Pommereau est psychiatre, psychanalyste et directeur de la Maison de l'adolescent à Bordeaux. La structure hospitalière qu'il dirige depuis peu se distingue nettement de la Maison de l'adolescent du Havre. Son équipe ne propose pas un lieu de parole à des jeunes en mal-être, mais une palette complète de soins à des adolescents à risque avec hospitalisation comprise. Un distinguo auquel il tient. Il y aura donc, à l'avenir, selon Xavier Pommereau, des formes très diverses de Maisons de l'adolescent et il aurait préféré pour son établissement le nom de Pôle aquitain de l'adolescence.

Le fonctionnement de la structure que vous dirigez est-il identique à celui de la Maison de l'adolescent du Havre ?

Non, nous sommes étiquetés Maison de l'adolescent mais notre fonctionnement n'a rien à voir avec les Maisons de l'adolescent comme celle du Havre. Cette dernière est amenée à ne faire que des consultations. Or, nous, nous avons des lits d'hospitalisation. Nous nous reconnaissons plus dans l'appellation de Pôle aquitain de l'adolescence, lequel est un ensemble d'unités hospitalières qui se sont concertées et en quelque sorte fédérées, pour essayer d'offrir des soins à la fois complémentaires et adaptés aux problèmes rencontrés par des adolescents en difficulté et en souffrance.

Votre structure n'est donc pas ouverte à tous les adolescents cherchant un lieu de parole ?

Effectivement, nous ne sommes pas un « lieu de parole » comme certains Points jeunes ou comme la Maison de l'adolescent du Havre mais une structure hospitalière. Nous ne sommes pas dans une sorte de bricolage pour accueillir des jeunes qui ont envie de venir... On fonctionne dans quatre structures hospitalières qui sont réunies en un même centre, en l'occurrence le centre Abadie ; j'en dirige deux : l'une qui s'occupe d'adolescents suicidaires, et une autre, qui prend en charge des adolescents anorexiques graves. Mon collègue, Bouvard, en dirige une autre, et centre sa pratique plus particulièrement sur des adolescents qui souffrent de troubles mentaux. Nous développons ensemble une consultation polyvalente qui permet l'accès à des soins somatiques, comme la gynécologie, la dermatologie, la nutrition etc. ainsi que des soins psychologiques. Nous ne sommes donc pas du tout dans une dynamique ressemblant à

un Point jeunes ou un lieu de parole pour jeunes... Nous nous occupons uniquement des adolescents à risques.

Justement, en vous restreignant aux adolescents à risques n'allez-vous pas les stigmatiser ?

Il y a 85 % des adolescents qui vont bien. Les 15 % qui vont mal justifient qu'on s'en occupe le plus rapidement possible. Notre objectif est de donner des soins adaptés et à ces jeunes-là qui présentent des conduites à risques à travers la consommation de produits toxiques et de psychotropes, mais également des troubles alimentaires tels que la boulimie et l'anorexie, et cela s'aggrave de façon inquiétante, vu les récentes enquêtes menées en cette matière.

Où se situent les priorités thérapeutiques pour ces adolescents en souffrance ?

Notre priorité a été de faire en sorte que les adolescents au lieu de se balader d'un site à l'autre, avec des interventions pas forcément cohérentes, se retrouvent sur un même lieu, avec une prise en charge globale. Par exemple, on vient de recevoir une petite jeune fille qui consultait pour une IVG, et nous nous sommes aperçus que finalement elle était hautement suicidaire. Sa grossesse précoce était une conduite à risques tout à fait majeure, précédée de fugues et d'errance... Et au lieu d'être proménée du service gynécologique à un autre, elle a pu intégrer notre service et faire un bilan approfondi, pas seulement de son problème gynécologique, mais également pour ses problèmes psychologiques. C'est un moyen d'éviter une prise en charge fragmentée des adolescents qui comme on le sait peuvent s'exprimer d'une manière très morcelée.

Quels types de professionnels interviennent dans votre structure ?

Notre personnel est à 100 % hospitalier et à l'intérieur de nos équipes pluridisciplinaires se trouvent des assistantes sociales. Mais également tous les professionnels amenés à intervenir dans une prise en charge de ce type (psychiatres, psychologues, orthophonistes endocrinologue, etc.). Je pense donc qu'il faut éviter de se livrer à de la démagogie et faire croire qu'il suffirait d'améliorer certains Points jeunes pour s'occuper de l'adolescence à risques.

Propos recueillis par Guy Benloulou

Après avoir posé le cadre national des dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance, nous allons nous intéresser à la mise en œuvre de ces politiques en Bretagne à travers un diagnostic réalisé essentiellement à partir d'entretiens et d'une analyse des rapports d'activités des structures.

2 Les dispositifs PAEJ et MDA en Bretagne : une offre réelle mais très hétérogène et peu articulée

A priori, la Bretagne semble disposer d'une offre conséquente. En réalité, il faut souligner les fortes disparités infrarégionales entre les PAEJ (2.1) et une très faible harmonisation des pratiques et des moyens pour les MDA (2.2). La situation dans le Finistère mise à part, l'articulation entre les deux dispositifs est peu développée (2.3). Aussi, la faible coordination entre les acteurs institutionnels participe au cloisonnement entre ces dispositifs (2.4).

Figure 1

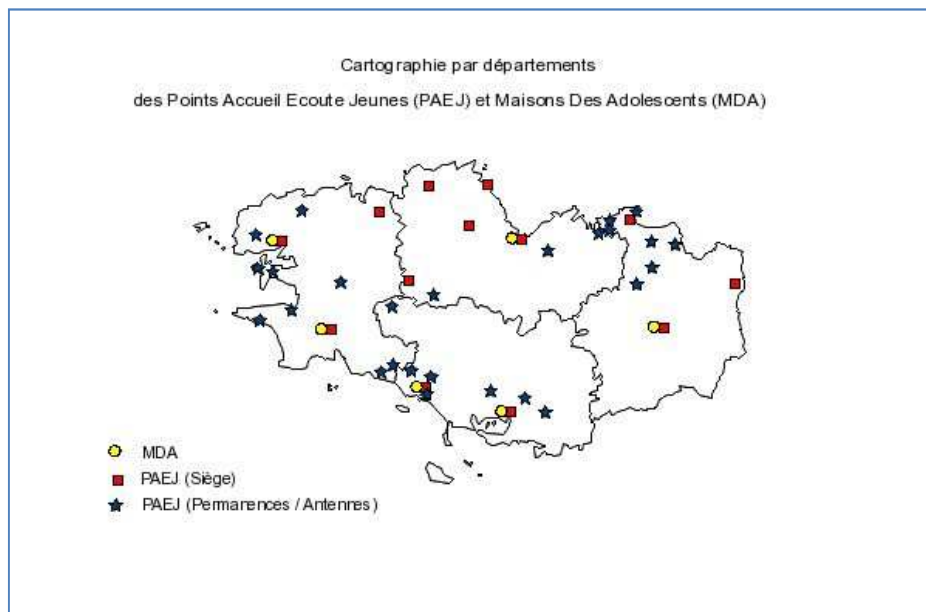
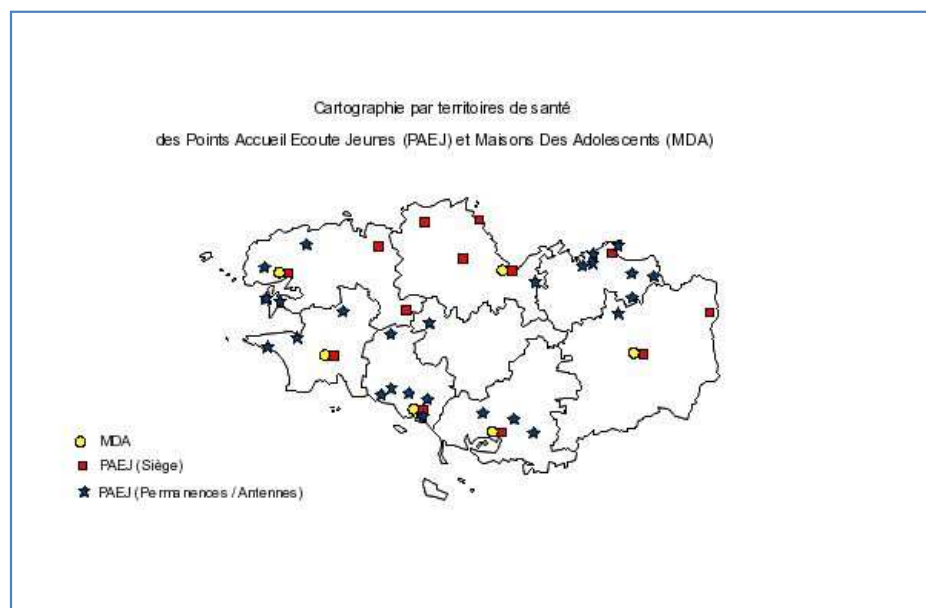


Figure 2



2.1 De fortes disparités infrarégionales entre les PAEJ

L'hétérogénéité des PAEJ apparaît dès la lecture des rapports d'activité⁴⁸. La diversité des associations porteuses (2.1.1), leur expérience préalable en écoute, l'histoire de la création du PAEJ, le diagnostic préalable, le projet porté par l'association, la formation du personnel sont autant d'éléments qui orientent l'activité du PAEJ (2.1.2), le public reçu, la visibilité de la structure et la qualité des relations avec les autres acteurs du champ de l'adolescence (2.1.3). Par contre, tous les PAEJ souffrent d'un manque de financements pérennes (2.1.4).

2.1.1 Présentation générale des PAEJ bretons

On compte 13 PAEJ en Bretagne qui ont été créés pour beaucoup d'entre eux après 2005⁴⁹ : PAEJ du Pays de Fougères, PAEJ du Pays de Saint Malo (permanences à Cancale, Combourg, Dinard, Dol de Bretagne, Pleine-Fougères, Pleurtuit, Ploubalay, Tinténiac), PAEJ Le SâS au CRIJ à Rennes, PAEJ du Pays de Vannes (permanences à Elven, Grand-Champ, Questembert), PAEJ du Pays de Lorient (permanences à Hennebont, Riantec et Pont-Scorff), PAEJ du Pays du Centre Ouest Bretagne à Carhaix (permanences à Gourin, Pleyben et Rostrenen), PAEJ de Cornouaille (permanences à Audierne, Douarnenez, Moëlan-sur-Mer, Quimperlé), PAEJ du Pays de Brest/hors Brest (permanences à Camaret-sur-mer, Crozon, Lesneven, Saint Renan), PAEJ de Morlaix, PAEJ de Paimpol, PAEJ de Lannion, PAEJ à Guingamp, PAEJ de Saint Briec (antenne à Lamballe).

Les PAEJ sont essentiellement portés par des associations qui gèrent également d'autres structures sociales et/ou médico-sociales dans le champ de l'enfance⁵⁰. Trois structures associatives sont très investies et concentrent les deux tiers des dispositifs : l'association SeSAM (PAEJ de Lorient, de Morlaix, du COB et de Guingamp), l'association Beauvallon (PAEJ de Lannion et St Briec) et l'association des PEP 29 (PAEJ de Cornouaille et du Pays de Brest/hors Brest). Deux PAEJ sont portés par des foyers de jeunes travailleurs (PAEJ de Fougères et de Vannes). La PAEJ de Rennes est portée par le CRIJ de Bretagne ce qui signe sa singularité.

Dans un premier temps, l'implantation géographique peut sembler satisfaisante avec au moins 3 PAEJ par département et plusieurs permanences. Pour autant, ce premier constat ne résiste pas à une analyse plus fine au regard des moyens alloués aux

⁴⁸ Pourtant la circulaire du 12 mars 2002 propose un cadre type pour la rédaction du rapport annuel d'activité

⁴⁹ Ils ont souvent été créés dans le cadre du plan triennal (2005-2007)

⁵⁰ C'est le cas de l'association Beauvallon qui porte deux PAE et qui gère notamment un foyer d'hébergement ainsi que d'autres structures dans le département des Côtes d'Armor. On peut également citer l'association des PEP 29 qui porte également deux PAEJ et qui gère beaucoup d'autres structures dont plusieurs centres médico-psycho-pédagogiques.

structures, de leur capacité à nouer des partenariats avec les autres acteurs sur le territoire et des conséquences sur leur capacité à agir réellement et efficacement. Aucun PAEJ ne dispose d'un effectif de 2,5 ETP tel que prévu par la circulaire de 2002⁵¹. Il est donc souvent difficile de répondre à une demande parfois très éclatée sur les territoires ruraux ou sur un périmètre très large (ex : PAEJ du Pays de Saint Malo) et de réaliser des actions de communication pour se faire connaître. Sur les 13 PAEJ bretons, 4 fonctionnent avec un seul intervenant (Saint Malo, Fougères, Vannes, Paimpol) ce qui ne permet pas d'assurer une activité régulière toute l'année et pose question concernant l'isolement des écoutants eux-mêmes. Aussi, alors que nombre de PAEJ communiquent sur de nombreuses permanences sur leur territoire, ils ont en réalité beaucoup de difficultés pour répondre à leurs engagements. Lorsque le PAEJ annonce une multitude de permanences, il s'agit souvent de rencontres organisées sur la base d'une prise de rendez-vous. Les permanences en milieu rural, pourtant essentiels, sont très chronophages pour les équipes et pas toujours adaptées (que ce soit en terme de lieu pour les entretiens comme au niveau des horaires) à la mission qui est confiée à ce dispositif.

Les disparités infrarégionales sont très fortes lorsque l'on rapporte les dispositifs à la population qui constitue le public cible des PAEJ (voir tableau 1). Le département d'Ille-et-Vilaine apparait comme fortement sous doté au regard des individus de 10-24 ans qui vivent sur son territoire. En effet, on compte trois PAEJ dans ce département mais deux d'entre eux sont fortement sous dotés en personnel (un ETP par PAEJ pour Saint-Malo et Fougères). Il n'existe pas de PAEJ dans le sud du département et le PAEJ de Vitré a été fermé. Bien évidemment, ce département peut compter sur un nombre important de professionnels de santé et de structures médico-sociales (on compte 8 CMPP en Ille-et-Vilaine) qui peuvent prendre en charge les adolescents. Pour autant, il apparait évident que les zones les plus rurales sont très largement dépourvues alors même que la MDA de Rennes ne propose pas d'accueil généraliste (voir partie 2.2).

Tableau 1 : population des 10-24 ans en Bretagne le 1^{er} janvier 2010

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
de 10 à 14 ans	35 435	53 645	62 053	44 193	195 326
de 15 à 19 ans	32 282	52 959	64 730	40 861	190 832
de 20 à 24 ans	27 553	49 258	72 112	35 480	184 403
<i>Total</i>	95 270	155 862	198 895	120 534	570 561
%	17	27	35	21	100

Source Insee

Ces disparités infrarégionales concernent également des territoires qui connaissent des difficultés bien connues en termes de démographie médicale. A ce titre, on peut citer le

⁵¹ La circulaire de 2005 a ramené le seuil à deux ETP.

cas du territoire de santé n°8 sur lequel la présence des PAEJ et des MDA est quasiment inexistante.

2.1.2 L'activité globale des PAEJ

Les prestations proposées, apparemment identiques à tous les PAEJ peuvent, en réalité être très variable en fonction de la posture et des pratiques du personnel et du projet de la structure. En particulier la présence au sein de l'équipe d'un temps de psychologue ou professionnel de santé dans le secteur de psychiatrie peut avoir une influence sur l'approche avec les adolescents et sur la nature de l'accompagnement. On retrouve essentiellement deux types de prestations dans toutes les structures : l'écoute et les actions collectives.

L'écoute individuelle

Tableau 2 : synthèse de l'activité des PAEJ en 2011 (source : document réalisé à partir de rapports annuels d'activité 2011 des structures)

PAEJ	Nombre de jeunes accueillis en entretiens individuels	moyenne d'entretiens / jeunes	Filles (%)	Garçons (%)	Moins de 15 ans (%)	15-18 ans (%)	plus de 18 ans (%)	âge inconnu (%)	nombre de parents rencontrés	rapport adolescents/parents	Effectif total (en ETP)	effectif psycho (en ETP)
RENNES	653	N/D	53	47	2,8	36	47,5	9,3	30	15,1	1,6	0,5
ST MALO	126	2,5	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	37	3,4	1	1
ST BRIEUC	387	3,9	65	35	12,4	43,6	44	0	N/D	N/D	2,18	1,08
GUINGAMP	187	3,5	72	28	26	29	26	19	71	2,6	2	2
MORLAIX*	7	2,1							5	1,5	1,2	0
PAIMPOL	107	7,2	56	44	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	1	1
BREST/ HORS BREST	161	2,6	71	29	62	33	5	0	35	4,6	1,2	0,5
QUIMPER	158	2,1	59	41	32	32	32	4	49	3,2	1,5	0,5
LORIENT	121	3,9	57	43	34	30	28	8	91	1,3	0,9	0,9
VANNES	41	N/D	N/D	N/D	0	30	70	0	44	0,9	1	0
COB	117	2,8	50	50	41	27	26	6	N/D	N/D	1,7	
LANNION*	36	1,55	72	28	28	64	8	0	18	2	1,65	0,8
FOUGERES	142	1,35	67	33	13	43	44	0	N/D	N/D	0,8	0,8

* Ouverture en septembre 2011 (activité présentée sur 4 mois)

N/D : pas de données ou données incomplètes

Tous les PAEJ de la région sont d'abord des espaces d'accueil ouverts, qui se veulent libre d'accès, non stigmatisant et tournés vers l'écoute qui doit être inconditionnelle, confidentielle et gratuite. Cet accueil concerne les adolescents mais également les

parents qui constituent plus de 50% du public de certains PAEJ. Les objectifs de ces entretiens sont multiples :

- restaurer l'image positive de l'adolescent, développer la confiance en soi, la connaissance de soi-même (ses propres besoins, valeurs...);
- initier un lien social entre l'adolescent et l'adulte en lui proposant une écoute neutre, bienveillante, sans jugement ;
- restaurer le dialogue entre parents et adolescents (rôle de médiateur) ;
- soutenir les parents dans leur fonction parentale et dans leur rôle éducatif ;
- maintenir et prolonger le partenariat avec les professionnels du secteur en contact avec les jeunes et les familles.

A cours de ces entretiens, les problématiques abordées sont sensiblement les mêmes dans tous les PAEJ. En premier lieu, les adolescents font état de difficultés en lien avec leur famille (communication difficile, rupture familiale, difficultés à trouver sa place au sein de familles recomposées). Le deuxième thème le plus abordé par les adolescents concerne l'insertion scolaire et/ou professionnelle (réflexions autour de l'orientation, difficultés à se projeter). La problématique des addictions est abordée par environ 10% des publics reçus mais elle apparaît secondaire, à l'exception du PAEJ le SâS à Rennes qui est la seule structure à accueillir en son sein une consultation jeune consommateur (CJC) animée par le CSAPA l'Envol. 35% des entrées dans ce PAEJ se font par le biais de la problématique relative à consommation de produits (à noter que les deux écoutantes sont animatrices de préventions à 50% sur le PAEJ et 50% sur le dispositif Prév'en ville⁵²).

Concernant le nombre d'entretiens par adolescent les chiffres qui sont évoqués par les structures dans les rapports d'activités font état de situations très diverses, ce qui ne permet pas de confirmer des pratiques communes. On note toutefois que les PAEJ situés en zones rurales et qui disposent de psychologues assurent un suivi en interne plus long. Ce constat concerne plus particulièrement les PAEJ installés dans le département des Côtes-d'Armor. La souffrance psychique est plus souvent abordée par les adolescents dans cette zone. Pour ces jeunes, l'accompagnement est plus long, en moyenne 5 à 6 entretiens. Les responsables de ces PAEJ relèvent que le nombre moyen d'entretiens par adolescent est en augmentation. « Les difficultés avec lesquelles les jeunes se présentent sont de plus en plus complexes. Cela nécessiterait bien souvent un travail de concert avec les partenaires extérieurs. Cependant, nous assistons à la saturation des services de prises en charge de ces situations qui nous les renvoient sans que nous ayons de possibilités d'orientation hormis vers des professionnels libéraux. Cela pose une question éthique par rapport aux missions des PAEJ. De plus, comme nous n'avons pas de relais

⁵² Prév'en ville est un dispositif de prévention et de réduction des risques en milieu festif. Le dispositif est porté par un collectif dont l'un des membres est le CRIJ Bretagne également structure porteuse du PAEJ « le SâS ».

possibles pour ces situations, les adolescents et jeune adultes demandent à être accompagnés plus longuement. Ne sommes nous pas, alors, dans les limites des missions des PAEJ ?⁵³ ». Cette interrogation soulève des difficultés importantes au regard des dispositions de la circulaire du 12 mars 2002 qui souligne que les PAEJ « doivent être en mesure de faire prendre rapidement le relais par des structures médicales ou sociales de droit commun⁵⁴ ».

Comme nous l'avons déjà constaté le public est à la fois constitué d'adolescents et de parents. Le public cible concerne les jeunes de 12-25. Certains PAEJ accueillent des situations jusqu'à 30 ans. Cependant la tranche d'âge la plus représentée est celle des 15-18 ans. Les filles sollicitent beaucoup plus les PAEJ que les garçons. Des écarts entre PAEJ peuvent toutefois exister en raison du caractère urbain/rural, du projet interne de l'association porteuse et du partage de compétences entre les acteurs sur un même territoire comme c'est le cas pour le PAEJ de Vannes qui se focalise sur l'accueil des personnes qui ne relèvent pas des critères d'inclusion de la MDA de Vannes⁵⁵. On ne peut pas parler de public spécifique pour les PAEJ. Les publics précaires ne sont pas majoritairement représentés dans la file active de ces dispositifs. Au contraire, plusieurs structures relèvent que les plus défavorisés bénéficient peu des services des PAEJ. La plupart des adolescents sont scolarisés et ne rencontrent pas de difficultés d'hébergement. La question du positionnement géographique et de l'accessibilité des structures se pose.

Les actions collectives

Toutes les structures proposent des actions collectives dont la fréquence dépend à la fois du personnel disponible et de la qualité des partenariats noués par le PAEJ avec les autres acteurs en contact avec les adolescents sur son territoire, en particulier les établissements scolaires. Ces actions collectives, qui ont essentiellement lieu à l'extérieur de la structure, sont de trois types :

- des actions de communications pour présenter les services et mieux repérer les structures ;
- des groupes de paroles ou interventions collectives qui s'organisent principalement suite à une demande d'un établissement scolaire pour aborder une thématique liée au bien-être, à l'estime de soi ou suite à un événement traumatisant (ex : suicide ou tentative de suicide d'un élève de l'établissement) ;
- des actions de préventions en santé publique. Ces opérations s'inscrivent généralement dans le cadre d'un partenariat avec l'établissement scolaire et

⁵³ Extrait du rapport d'activité 2011 du PAEJ du Pays de Guingamp, p. 16

⁵⁴ Circulaire du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre du dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes, p.5

⁵⁵ La MDA de Vannes reçoit les adolescents jusqu'à 18 ans. Le public reçu par le PAEJ de Vannes n'est constitué de mineurs que pour 14% des personnes accueillies.

peuvent être réalisées avec l'appui d'autres structures (ex : CSAPA) et/ou professionnels de santé. A titre d'exemple, on peut citer les actions menées par le PAEJ le SâS à Rennes à travers l'organisation de visites guidées pour des groupes de jeunes au cours desquelles sont abordés des thèmes liés à la santé et à la prévention (46 visites guidées ont été organisées pour 646 jeunes en 2011).

2.1.3 Le personnel et les partenaires extérieurs des PAEJ

Pour mettre en œuvre toutes ces prestations, les PAEJ s'appuient sur un personnel motivé mais en quantité très modeste au regard des objectifs fixés par la circulaire de 2002. Une seule structure (le PAEJ de Saint Brieuc) répond à l'objectif de 2 ETP. Au cours de mes entretiens, j'ai également pu constater la fatigue physique et morale de certains personnels qui rencontraient de réelles difficultés pour répondre aux sollicitations en augmentation et qui vivaient une forme d'isolement. Le turnover est important parmi les personnels des PAEJ. Les conditions de travail décrites brièvement ci-dessus expliquent en partie cette réalité mais c'est surtout la précarité des structures qui engendre cette situation. Les incertitudes qui pèsent sur la pérennité des dispositifs (en raison notamment de la fragilité des financements) n'incitent pas les personnels à la quiétude alors même qu'ils ont consacré un temps assez long ces dernières années à monter des dossiers de subventions auprès des multiples financeurs. Les PAEJ accueillent des situations de plus en plus complexes et cela nécessite d'être suffisamment « armé » pour y répondre. Certains des écoutants se sentent insuffisamment formés pour réaliser pleinement leur mission.

Les PAEJ ne peuvent se passer de l'appui des partenaires locaux à la fois pour se faire connaître auprès des publics visés et surtout pour rendre opérante leurs actions. Les difficultés des écoutants sont d'autant plus grandes lorsque le PAEJ n'a pas pu ou su développer des partenariats avec des acteurs socio-éducatifs, médico-sociaux et sanitaires qui peuvent prendre le relais. La majorité des cas rencontrés par les écoutants ne nécessitent pas une orientation extérieure et bien souvent la réponse sera trouvée en interne à l'issue d'un processus plus ou moins long basé sur des entretiens. Dans certaines situations, la souffrance dont est victime l'adolescent nécessite un accompagnement ou une prise en charge qui relève d'une autre structure (mission locale, CMPP, formation,...) et qui implique que les responsables des dispositifs continuent de faire vivre et développent ces partenariats. Dans quelques rares cas les partenaires interviennent directement et régulièrement au sein même du PAEJ. Le PAEJ Le SâS à Rennes propose ainsi chaque semaine une consultation jeune consommateur (CJC) animée par une professionnelle du CSAPA l'Envol ainsi qu'une permanence « vie affective et sexuelle » animée par une conseillère conjugale du Planning familial. En

amont, les établissements scolaires constituent les principaux partenaires qui vont orienter les jeunes vers les dispositifs. Tous les PAEJ déclarent entretenir des liens avec une structure de l'Education Nationale non sans difficulté. En effet, le constat est assez saisissant mais ces relations sont très rarement formalisées à travers une convention et elles n'impliquent jamais l'inspection académique. Les relations entre PAEJ et établissements scolaires et de formations reposent uniquement sur des démarches volontaristes de directeurs, d'infirmières scolaires ou d'une démarche proactive du PAEJ. D'un avis général, les institutions scolaires sont plutôt demandeuses de ce type d'écoute car le personnel scolaire manque de moyens et de savoirs pour répondre aux besoins exprimés par les jeunes et les familles.

2.1.4 L'absence de financements pérennes est source de fragilité

Tableau 3 : les principaux financeurs des PAEJ en 2012 (*source : entretiens avec les structures*)

PAEJ	Conseil Généraux	Cohésion sociale	ARS	Conseil régional
RENNES *	0	11000	9000	20000
ST MALO	0	11000	9000	20000
ST BRIEUC	53500	38950	9000	20000
GUINGAMP	42500	43376	9000	20000
MORLAIX	30000	25000	9000	20000
PAIMPOL (1)	0	0	0	20000
BREST/HORS BREST*	30000	30000	9000	20000
QUIMPER	30000	30000	9000	20000
LORIENT	0	20000	9000	20000
VANNES	0	20000	9000	20000
COB	21000	36000	20000	20000
LANNION	18000	20034	9000	20000
FOUGERES	0	11 000	9000	20000
TOTAL	225000	296 360	119000	260000

(1)⁵⁶

*Concernant la participation des Conseils généraux, les montants indiqués ne tiennent pas compte de la valorisation du personnel mis à disposition par le Conseil général du Finistère au PAEJ Brest/hors Brest et les interventions des partenaires du PAEJ le SâS pour animer les entretiens spécifiques comme la conseillère conjugale du Planning familial.

⁵⁶ La fondation Bon Sauveur de Bégard, structure sanitaire qui porte le PAEJ, a bénéficié de financements publics et privés lors de sa création pour la partie investissement. Depuis, la structure porteuse n'a pas réellement cherché à mobiliser les cofinanceurs potentiels. Cette situation semble résulter des interrogations qu'avaient les partenaires potentiels quant à un projet de PAEJ porté par un établissement de santé mentale. Depuis 2008, ces craintes semblent avoir disparu sans que pour autant la Fondation ne manifeste la volonté de disposer d'un soutien. Dans le cadre de sa politique volontariste, le Conseil régional a intégré le PAEJ de Paimpol dans sa démarche et a décidé de lui allouer une subvention de 20 000 euros comme à tous les autres PAEJ. Il est important de noter que ce PAEJ intervient dans le territoire où le taux de suicide est le plus élevé de la région. C'est d'ailleurs dans le cadre du plan de lutte contre le suicide que le PAEJ y a été développé par la Fondation Bon Sauveur.

On peut estimer à 100 000 euros les ressources minimales dont a besoin un PAEJ pour fonctionner selon les orientations et les principes prévus dans la circulaire de 2002. La majorité des PAEJ bretons ne dispose pas de ces ressources. Seuls quatre structures sur treize disposent d'un tel budget. Les subventions versées par les cofinanceurs ne sont que très rarement proportionnelles à l'activité et au coût de fonctionnement des structures. Pourtant, les PAEJ ruraux qui assurent des permanences dans différents lieux ont des coûts plus importants (transport, local de permanence).

La Cohésion sociale reste le premier financeur malgré les diminutions constatées ces dernières années. Cependant, la contribution est très inférieure aux objectifs visés dans la circulaire de 2002 qui prévoyait un financement Etat consolidé au plus égal à 50%. En 2011, la part de l'Etat était inférieure à 40%. Elle se maintient à ce niveau en 2012 grâce à l'appui que l'Agence régionale de santé a décidé de proposer aux structures. Du côté des collectivités locales, le diagnostic fait apparaître des disparités fortes qui s'expliquent par la situation financière délicate que vivent certains conseils généraux (exemple de l'Ille-et-Vilaine) mais aussi par la volonté des certaines collectivités départementales de ne pas financer le dispositif PAEJ en choisissant d'accompagner et de promouvoir d'autres réponses. Ainsi, le Conseil général du Morbihan n'apporte aucun soutien financier aux PAEJ qui proposent des services sur son territoire mais préfère s'engager auprès de la maison des adolescents du Morbihan.

D'autres financeurs, souvent des acteurs locaux, interviennent à des niveaux inférieurs (communes, la MILDT, la politique de la ville, les caisses d'allocations familiales) mais leur participation financière et/ou leur mise à disposition de locaux traduisent le bon développement des partenariats.

Aujourd'hui, les PAEJ bretons sont globalement sous dotés financièrement. La plupart des dispositifs sont déficitaires et continuent à fonctionner grâce aux associations porteuses qui financent sur leurs fonds propres. Cette situation est préoccupante dans le département d'Ille-et-Vilaine où on assiste depuis deux ans à une baisse à la fois des crédits de la cohésion sociale et un retrait du Conseil général. Aussi, les PAEJ de Rennes et du Pays de Fougères ne peuvent continuer à fonctionner que grâce au financement des déficits par les structures porteuses (le CRIJ Bretagne et la mission locale de Fougères).

Dans ce contexte, la politique volontariste du Conseil régional est bien accueillie par les PAEJ qui pourront désormais compter sur un financement de 60 000 euros sur 3 ans à partir de 2012. Le Conseil régional a pris publiquement l'engagement de soutenir les PAEJ dans le cadre de la Charte d'engagement pour les jeunes en Bretagne »⁵⁷ Cette

⁵⁷ Engagement n°13 : parce qu'il considère que les PAEJ constituent un maillon essentiel parmi les acteurs de santé pour la jeunesse, à même de répondre au besoin d'écoute des jeunes sur
Jean-Christophe CANLER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

participation financière n'est pas sans contrepartie : le PAEJ s'engage notamment à animer ou participer à l'animation d'interventions collectives de prévention, en lien avec les partenaires du territoire. Financièrement, la contribution du Conseil régional (comme celle de l'ARS) permet simplement de combler une partie de la diminution des crédits de la Cohésion sociale et des Conseils généraux.

2.2 Les MDA en Bretagne : une bonne couverture territoriale mais une faible harmonisation des structures qui rend difficile une évaluation du dispositif

Fin 2011, 92 MDA avaient été financées par une aide au démarrage en France et 84 étaient effectivement ouvertes⁵⁸. Six de ces MDA sont installées en Bretagne ce qui fait de cette région une des mieux dotées du pays⁵⁹. Tous les départements bretons peuvent désormais s'appuyer sur un dispositif MDA. Deux départements (Le Morbihan et le Finistère) ont même chacun deux MDA. Tous les dispositifs sont installés en milieu urbain et aucune de ces MDA ne dispose d'antennes mais certaines d'entre-elles ont développé des équipes mobiles (Rennes et Lorient notamment). Toutes les MDA bretonnes sont « adossées » à un établissement sanitaire et reçoivent un financement au titre de l'ONDAM (environ 150 000 euros/an) et de l'ancien FIQCS (environ 50 000 euros/an)⁶⁰. Juridiquement le dispositif s'appuie sur une convention entre les principaux partenaires (ARS, la structure porteuse, le Conseil général et l'Etat).

Face à la l'hétérogénéité des MDA⁶¹, il ne me semble pas pertinent de retenir une présentation thématique des dispositifs. Aussi, le diagnostic sera présenté par structure ou groupe de structures :

- un premier groupe, le plus important composé des MDA de Brest, Quimper, Vannes et saint Briec (2.2.1) ;
- la MDA de Lorient (2.2.2) ;
- enfin, la MDA de Rennes dont l'activité est très spécifique (2.2.3)

Il faut garder à l'esprit que chaque MDA va proposer un projet qui s'appuie sur la situation sur le territoire au moment de sa création et sur la qualité des partenariats noués par le dispositif avec les autres acteurs.

l'ensemble du territoire breton, le Conseil régional de Bretagne souhaite participer au confortement des PAEJ. Afin de sécuriser l'environnement financier des PAEJ, il appellera l'Etat et l'Agence régionale de santé à se mobiliser pour garantir la pérennité de ces structures en apportant des financements pluriannuels nécessaires à leur maintien.

⁵⁸ DGCS/DGOS, *Maison des adolescents, bilan du programme 2005-2010*, décembre 2011, p.4

⁵⁹ Voir les figures 1 et 2 page 23 du présent document.

⁶⁰ En 2011, l'ARS Bretagne a intégré les crédits au titre du FIQCS dans la dotation annuelle de financement.

⁶¹ A titre d'exemple, la MDA de Lorient, qui exerce essentiellement sa compétence sur l'ouest du département du Morbihan, a accueilli 1096 situations en 2011 contre 148 à la MDA de Rennes qui exerce sa compétence sur tout le département d'Ille-et-Vilaine.

2.2.1 Les MDA de Quimper, Brest, Vannes et Saint-Brieuc inscrivent leurs activités autour des « missions obligatoires » prévues par le cahier des charges

Le premier groupe, le plus important, comprend les MDA de Brest, de Quimper, de Saint-Brieuc et de Vannes. Ces 4 structures partagent plusieurs caractéristiques :

- Elles ont structuré leurs activités autour des missions « obligatoires » confiées aux MDA. Par « missions obligatoires » il faut comprendre les activités qui constituent le socle commun à toutes les MDA de France et qu'il est indispensable de retrouver au sein des dispositifs⁶². Ces activités sont au nombre de trois : un accueil généraliste qui a pour fonction d'écouter la demande de l'adolescent, des parents ou du professionnel, une fonction d'évaluation et de consultation (on parle également d'activités de deuxième ligne qui consistent en une prise en charge médicale ou psychologique de courte durée/et ou accompagnement socio-éducatif), une fonction de coopération dans le cadre du réseau multi-partenarial (activités de réseau : accueil téléphonique de professionnel, réunions de partenariat, régulations,...) ;
- Bien qu'adosées à des structures sanitaires (établissements de santé mentale), ces MDA développent une forme d'indépendance vis-à-vis du porteur. Autrement dit, ces MDA ne veulent pas apparaître comme un service de l'établissement pour ne pas donner une connotation trop psychiatrique aux dispositifs. Par exemple à Vannes, la MDA que gère l'EPSM du Morbihan n'a pas intégré le nouveau centre psychothérapeutique pour enfants et adolescents (CPEA). Elle souhaite rester un lieu d'accueil ouvert et spontané pour le jeune public. L'objectif est également de rassurer les différents partenaires des MDA qui ont longtemps craint que l'adossement à une structure sanitaire prive les MDA de leur mission généraliste. Pour autant, ces MDA ne sont pas coupées de la structure porteuse. Elles ont des liens institutionnels, juridiques, financiers mais surtout les MDA cherchent à être l'interface entre l'hôpital et l'extérieur. L'objectif est double : faire du réseau intra-hospitalier et extrahospitalier. Le portage par l'hôpital implique malgré tout de faire le réseau à l'intérieur de l'hôpital auprès de tous les services préexistants. Ces MDA ont vocation à créer le réseau interne (création d'une filière hospitalière de soins psychiques pour les adolescents). Si les MDA de Brest et de Vannes ont atteint une forme de maturité vis-à-vis de ces objectifs, ce n'est pas le cas à Saint-Brieuc où la MDA peine à trouver le bon rythme avec le

⁶² ANMDA, *Charte des MDA votée le 13 mars 2009*, p.2

porteur. Quant à Quimper, si les objectifs sont bien ceux-là, il est trop tôt pour émettre un jugement puisque la MDA vient à peine de démarrer ses activités ;

- Elles s'appuient sur des moyens humains et financiers très proches. Les crédits alloués au titre de l'ONDAM et du FIR pour le fonctionnement ne permettent pas de couvrir la totalité des dépenses mais ces MDA peuvent compter sur la mise à disposition de temps de personnel (éducateur spécialisé) par les Conseils généraux et/ou la protection judiciaire de la jeunesse. Les équipes sont composées de 4 à 7 ETP avec des temps de psychiatres et/ou de pédopsychiatres, de psychologues, d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers et de professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue, diététicien) en fonction du degré de pluridisciplinarité du projet. Le coût de fonctionnement est d'environ 300 000 euros/an (coût du personnel directement pris en charge par le dispositif auquel il convient d'ajouter la valorisation du personnel mis à disposition par des partenaires).

En termes d'activités, des disparités existent entre ces 4 MDA. Elles s'expliquent par les critères d'inclusion retenus dans le projet (la plupart des MDA accueillent officiellement les adolescents à partir de 12 ans et jusqu'à 18-20 ans mais les MDA du Finistère ont fixé la borne haute à 25 ans), à la qualité de l'articulation avec les PAEJ sur le territoire (cette question sera abordée dans partie 2.3) et à la reconnaissance dont bénéficie la MDA auprès des autres acteurs du champ de l'adolescence. Sur les 4 MDA qui nous intéressent (la MDA de Quimper a réellement débuté ses activités au cours du premier semestre 2012), celle de Saint-Brieuc est atypique au sens où son activité apparaît beaucoup plus faible. Cette structure souffre d'un diagnostic préalable à sa création imparfait qui a insuffisamment pris en compte les dispositifs déjà présents sur le territoire. Lors de la création de la MDA, il a été très difficile de trouver une structure qui accepte de porter le dispositif dans les Côtes d'Armor. C'est finalement le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu qui a été retenu mais qui continue à s'interroger aujourd'hui sur la pertinence du projet au regard du cahier des charges et des attentes des différents partenaires.

Comme le montre le tableau n°4 ci-dessous, l'activité de première ligne est très faible à Saint-Brieuc alors qu'elle est sensiblement identique à Brest et Vannes. Ce tableau ne traduit pas toute l'activité des MDA puisqu'il n'intègre pas les activités de deuxième et troisième lignes⁶³.

⁶³ En 2011, la MDA de Brest a comptabilisé plus de 1500 actes de deuxième ligne et environ 200 actions de troisième ligne.

Tableau 4 : nombre de situations individuelles accueillies dans le cadre des activités de
1^{ère} ligne (source : rapports d'activités 2011)

MDA	accueil de 1er niveau (nombre de situations différentes de jeunes)
Saint-Brieuc	57
Brest	565
Vannes	598

2.2.2 La MDA de Lorient propose une prise en charge sanitaire plus qu'un accompagnement

J'ai choisi de traiter le cas de la MDA de Lorient à part car son approche est différente. Le dispositif a bien évidemment des points communs avec les 4 premières MDA que je viens de présenter : accueil généraliste et activités de réseau. Mais la MDA de Lorient se veut être un dispositif plus large où le volet sanitaire de prise en charge est beaucoup plus lourd. A Brest, Quimper, Saint-Brieuc et Vannes, les MDA se considèrent comme des avant-postes des structures spécialisés et non des structures équivalentes. L'un de mes interlocuteurs précisait que « ce n'est pas le rôle des MDA de proposer du médico-psychologique. Ce qui est un souci pour les MDA, c'est de ne pas laisser entendre aux usagers qu'on fait la même chose ».

La MDA de Lorient est un point d'entrée pour les adolescents. Le dispositif a été élaboré au moment où la structure sanitaire porteuse, l'EPSM J.M. Charcot préparait son projet d'établissement. L'EPSM s'est appuyé sur la création de la MDA pour organiser la prise en charge des adolescents qui étaient souvent « mal accueillis » dans des structures inadaptées parce qu'elles ne prenaient pas suffisamment en compte les spécificités du public adolescent. A la MDA de Lorient on considère qu'il « ne faut pas ajouter de la rupture à la rupture ». Un interlocuteur me précisait que « lorsqu'on accueille un jeune, il veut être entendu. On est dans une dynamique d'évaluation et on cherche à régler le problème. On accueille, on accompagne dans le réseau et on prend en charge en ambulatoire ». Aussi, la MDA de Lorient intègre en réalité deux sous-ensemble : un centre médico-psychologique et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

De fait, les ressources humaines et financières du dispositif n'ont rien à voir avec les moyens dont dispose par exemple la MDA de Vannes dans le même département. En 2011, l'effectif théorique de la MDA de Lorient était de 15,5 ETP (13,5 ETP en réel). 8094 actes ont été réalisés pour une file active de 1096 individus. A ces éléments, il convient d'ajouter l'activité réalisée par l'équipe mobile mise en place en 2011 pour répondre à la non-demande et pour des adolescents qui ne peuvent se déplacer à la MDA. 79 individus ont été rencontrés par l'équipe mobile qui a réalisée 358 actes en 2011. L'action menée par la MDA s'inscrit donc souvent dans le long terme : 60% des situations vont engendrer au moins 4 actes et 22,6% plus de 10 actes. Pour atteindre ses objectifs, le financement

prévu par la circulaire de 2005 (environ 200 000 euros/an) ne peut suffire. L'EPSM Charcot assume sur sa dotation globale une partie importante des dépenses de la MDA qui s'élève à plus d'un demi-million d'euros par an. Fin 2011, la MDA de Lorient était l'une des mieux dotées de France⁶⁴.

2.2.3 La MDA de Rennes n'assure pas d'accueil généraliste

La MDA de Rennes est la plus ancienne de Bretagne (mise en place en octobre 2005), elle également la plus atypique au regard du cahier des charges. L'idée de créer une MDA à Rennes est apparue peu de temps après la naissance de la maison de l'adolescent du Havre. L'impulsion a d'abord été donnée par le Conseil général qui a mobilisé les services de la Défenseur des enfants dès 2001-2002⁶⁵. Lors de la phase de réflexion sur le projet, plusieurs voix se sont fait entendre sur la nécessité de ne pas créer une nouvelle structure à Rennes qui viendrait mettre à mal les initiatives et les projets existants. Aussi, le projet de la MDA s'est construit à partir des préoccupations partagées par le Conseil général, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et le Centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR) au sujet des adolescents les plus en difficultés. Dès lors, les différents échanges avec les partenaires ont abouti à repousser à plus tard la question d'un accueil généraliste à la MDA de Rennes. A l'heure actuelle, la question d'un tel accueil est toujours en suspend.

La MDA de Rennes cible donc un public très spécifique⁶⁶ par rapport à l'évolution du cahier des charges national. Le dispositif est d'abord un espace de concertation et de coordination professionnelles. Aussi, la MDA est essentiellement interpellée par les professionnels et les parents. La rencontre avec l'adolescent est envisagée dans un second temps. « Cette rencontre a pour objectif de replacer l'adolescent au centre de sa prise en charge. Elle est réalisée avec le professionnel qui a saisi la MDA. Par la suite, une fois le lien créé, des rencontres avec l'adolescent et son entourage pourront être organisées, si cela s'avère opportun, soit à la MDA soit sur leurs lieux de vie⁶⁷ ». L'équipe de la MDA a la possibilité d'intervenir directement auprès du public grâce à la création d'une équipe d'appui.

En théorie, la MDA dispose des moyens suivants :

⁶⁴ 78% des MDA comptent moins de 10 ETP (source ANMDA)

⁶⁵ Mme Claire BRISSET, première Défenseuse des enfants, a notamment participé à une réunion organisée par le Conseil général d'Ille-et-Vilaine en avril 2002 à Pacé

⁶⁶ Les adolescents sont dans deux grands types de situations :

- L'une où ils vivent reclus à leur domicile, en rupture de toute insertion sociale, scolaire et professionnelle, enfermés dans un repli et une passivité les rendant inaccessibles ;
- L'autre où, du fait de passages à l'acte transgressifs itératifs, ces adolescents ont une trajectoire institutionnelle marquée par des ruptures répétées au point que les professionnels concernés se sentent dans l'impossibilité d'élaborer un projet de prise en charge reposant sur leur seul champ de compétence.

⁶⁷ MDA d'Ille-et-Vilaine, *Bilan d'activité de l'année 2011*, p.5

- Un bâtiment mis à disposition par le Conseil général ;
- 6,5 ETP (dont 2 postes plein temps d'infirmier psychiatrique, un poste mi-temps de psychiatre et un poste de psychologue à 80%).

L'effectif réel a rarement été celui-là ces dernières années en raison de postes laissés provisoirement vacants par certains partenaires (en particulier des postes qui concernaient des professionnels des champs social et éducatif).

En termes d'activités, le bilan 2011 fait état de 148 situations (dont 56 nouvelles) qui ont fait l'objet, pour 81 d'entre-elles, de 636 interventions. La moyenne d'âge des adolescents suivis est de 17,3 ans et les garçons représentent 61% des situations. Une analyse plus précise nous montre rapidement que le public concerné par la MDA est plus complexe que dans les autres MDA de la région :

- 44% des adolescents suivis vivent en famille d'accueil ou en foyer ;
- dans la majorité des cas (55,4%) ce sont les services sociaux ou éducatifs dépendant du conseil général qui font appel à la MDA ;
- plus de la moitié des jeunes qui font l'objet d'un suivi ne sont pas inscrits dans un parcours scolaire ou professionnel ;
- plus de 60% des adolescents dont les situations ont été présentées à la MDA de Rennes en 2011 ont été victimes de violences intra familiales.

La MDA d'Ille-et-Vilaine est très marquée par sa dimension médico-psychologique et psychiatrique. Au-delà de la volonté des principaux partenaires, ce dispositif très marqué s'explique également par le choix initial de choisir le CHGR pour porter le projet. Aussi, le directeur de la MDA tire toutes les conclusions de cette situation dans le rapport d'activités 2011 : « pour coordonner un accueil généraliste, il serait nécessaire que le porteur de projet ne soit pas le CHGR. De même, c'est à un professionnel formé à la gestion de réseau que la responsabilité d'un tel dispositif devrait être confiée. A notre avis, la psychiatrie publique peut et doit être partenaire d'un tel réseau mais elle doit s'y situer au même titre que les autres partenaires ; ceci afin d'éviter une psychiatrisation des adolescents qui y seraient pris en charge⁶⁸ ».

2.3 Une articulation entre les dispositifs MDA et PAEJ qui est très faible voire inexistante à l'exception notable de l'approche dans le Finistère

Le degré d'articulation entre les deux dispositifs est très variable en fonction des départements. De part sa spécificité, la MDA de Rennes n'a prévu aucun mode d'articulation avec les PAEJ (2.3.1). Dans le Morbihan, les approches sont différentes entre les MDA de Vannes et Lorient (2.3.2) alors que dans les Côte d'Armor, malgré une

⁶⁸ Ibidem p.33

ouverture généraliste, la MDA n'a pas pu ou su devenir un véritable partenaire des PAEJ (2.3.3). Seul le département du Finistère a orienté et/ou réorienté les dispositifs en ayant le souci d'assurer une plus grande complémentarité (2.3.4).

2.3.1 Aucune articulation en Ile-et-Vilaine

Le département qui accueille sur son territoire une grande partie de la jeunesse bretonne⁶⁹ ne dispose pas d'un dispositif articulé PAEJ/MDA. Le positionnement de la MDA explique en grande partie ce phénomène.

2.3.2 Des constats différents dans le Morbihan entre les territoires de santé

La MDA de Vannes peut être qualifiée de « mixte » : ouverture large et généraliste, des partenariats importants avec le milieu scolaire et des structures médico-sociales (organisation d'une consultation jeune consommateur par le CSAPA Douar Nevez à la MDA). L'articulation avec le PAEJ repose principalement sur deux éléments :

- Un temps de psychologue de la MDA auprès du PAEJ au bénéfice de l'unique écoutante qui est éducatrice. La psychologue ne reçoit pas les adolescents mais assure une forme de supervision ;
- Un partage d'activité : la MDA reçoit les adolescents jusqu'à 18 ans et le PAEJ de 18 à 30 ans.

Cette articulation qui est réelle est toutefois très faible. Les moyens du PAEJ sont extrêmement limités (pas de participation du Conseil général) et la MDA est beaucoup mieux armée pour répondre à la demande. Une répartition territoriale serait sans doute plus justifiée.

A Lorient la situation est différente. La MDA est dotée de beaucoup de moyens. L'EPSM Charcot met beaucoup de personnels à la disposition de la MDA qui est plus « sanitaire » que « mixte » même si nous ne sommes pas dans la situation de Rennes. L'articulation avec le PAEJ de Lorient se fait à travers un temps du personnel du PAEJ (0,1ETP) à la MDA. D'abord confié à une éducatrice, ce temps est aujourd'hui occupé par une psychologue, ce qui semble davantage convenir au directeur-coordonateur de la MDA. On note toutefois un manque de reconnaissance réciproque entre les deux structures au regard des pratiques et de l'approche avec les adolescents.

2.3.3 Dans les côtes d'Armor, une MDA « mal née »

Fallait-il ouvrir une MDA à Saint Briec ? La question est volontairement provocante mais l'étude sur le terrain soulève de nombreuses questions sur le dispositif dans ce

⁶⁹ Voir tableau n°1 p.25

département. Contrairement au Morbihan, la confiance du Conseil général s'exprime davantage envers les PAEJ que vers la MDA. Ce territoire se singularise par la grande ancienneté de certaines structures d'accueil et d'écoute qui disposent d'une solide expérience et d'une forte légitimité. Pour ces structures, la création de la MDA a été perçue comme l'arrivée d'un « concurrent » bénéficiant d'un soutien élevé et pérenne mais sans légitimité sur le terrain.

Les relations sont toujours complexes. La MDA n'a pas réussi à développer un véritable accueil de premier niveau et s'est alors recentrée sur des actions dites de troisième niveau (travail de réseau). Globalement, le niveau d'articulation entre la MDA et les PAEJ est aujourd'hui extrêmement faible.

2.3.4 L'articulation MDA/PAEJ dans le Finistère est la plus aboutie

A l'évidence, le Finistère présente la situation la plus intéressante au regard de l'articulation MDA/PAEJ. Pour mieux comprendre la situation actuelle, il faut revenir sur la genèse du dispositif. La mise en place des PAEJ dans le Finistère est récente hormis pour le PAEJ de Carhaix qui préexistait à la MDA de Brest (les autres PAEJ ont vu le jour en même temps ou après la MDA de Brest). Dans un premier temps, lors de la phase de réflexion sur le projet d'une MDA à Brest, le Conseil général du Finistère s'était retiré de la discussion au motif qu'il qualifiait le projet de « sanitaire » et donc qu'il ne relevait pas de ses compétences. Dès lors, le Conseil général a pris la décision de développer des PAEJ. Plusieurs événements vont amener la collectivité départementale à évoluer à partir de 2009 : la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, le positionnement de la MDA de Brest (MDA qu'on peut qualifier de « mixte » selon la classification proposée par Alain FUSEAU) et des changements de personnel au sein de la collectivité. Le Conseil général va reconnaître à la MDA sa mission de prévention⁷⁰ et donc l'intérêt pour lui de s'appuyer sur ce dispositif pour prévenir la dégradation de certaines situations. L'objectif va être de constituer un réseau Ecoutes jeunes en Finistère composé des PAEJ (cofinancés par le Conseil général), des deux MDA (création de la MDA de Quimper en 2012) et de la permanence téléphonique assurée par l'association Parentel⁷¹. Les PAEJ et les deux MDA vont s'entendre pour la mise en place d'une organisation commune de l'implantation territoriale sur le département : les deux MDA assurent un premier niveau du type PAEJ pour Quimper et Brest et les PAEJ déploient leurs activités hors des deux agglomérations (d'où la dénomination PAEJ de Brest/hors Brest).

⁷⁰ Dans son 4^{ème} schéma enfance-famille-jeunesse, le Conseil général du Finistère s'engage à intensifier les actions de prévention auprès des jeunes, des enfants et des familles en privilégiant les initiatives partenariales et complémentaires.

⁷¹ L'association Parentel a développé depuis 1999 plusieurs dispositifs pour les parents et les adolescents. Son action centrale, subventionnée par les pouvoirs publics, est la permanence téléphonique, ouverte tous les soirs (sauf le samedi), de 20h à 23h, soit 18 heures par semaine, assurée par une équipe de 4 psychologues et accessible par téléphone, MSN, mail et texto.

Cette articulation va au-delà d'un simple accord sur la répartition territoriale puisque :

- une convention entre le Conseil général et la MDA de Brest prévoit la mise à disposition d'un 0,5 ETP d'éducateur spécialisé du PAEJ vers la MDA de Brest financé par le Conseil général (dispositif identique mis en place en 2012 sur Quimper) ;
- des temps d'analyses de pratiques en équipe réunissant les écoutants PAEJ et les professionnels de la MDA sont régulièrement organisés ;
- les différentes structures organisent des partenariats sur des actions communes auprès des professionnels et/ou du public cible.

Les différents entretiens organisés dans le Finistère au cours de cette étude ont montré que cette articulation n'était pas vaine et qu'une véritable complémentarité était possible entre les PAEJ et les MDA si les structures se prêtaient une attention mutuelle en s'appuyant sur un cadre clinique et territorial commun.

2.4 La faible coordination des acteurs institutionnels a accentué le cloisonnement des dispositifs

L'articulation entre les PAEJ et les MDA a pâti de la faible coordination entre les acteurs institutionnels dont les intérêts peuvent diverger. La multiplication des financements participe également au clivage sanitaire/sociale. La séparation ARS/Cohésion sociale a souvent eu pour effet de diviser la gouvernance et la mise en cohérence des dispositifs (2.4.1). La démarche très volontariste du Conseil régional bouscule les équilibres initialement prévus entre les acteurs (2.4.2) alors que les conseils généraux souhaitent se concentrer sur la situation des adolescents dits « incasables » (2.4.3).

2.4.1 Les difficultés de suivi et de mise en cohérence des dispositifs se sont renforcées avec la séparation ARS/cohésion sociale

Les deux dispositifs MDA et PAEJ ont pris naissance sous l'égide des DDASS/DRASS. Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales se sont beaucoup mobilisés pendant la phase de réflexion et de démarrage des dispositifs. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce document, après la conférence de la famille en 2004, plusieurs plans nationaux ont eu pour objectif d'accélérer le déploiement des MDA⁷² comme des PAEJ⁷³. Les services de l'Etat, sous l'impulsion des préfets, ont essayé de mobiliser les acteurs locaux pour monter les projets et mobiliser les aides au démarrage (en particulier pour les MDA). A ce stade, les services ont été plus présents (phase de

⁷² Circulaire CAB/FC/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents

⁷³ Circulaire N°DGAS/LCE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (2005 -2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale.

diagnostic, choix du porteur, accord entre les acteurs institutionnels concernés) que dans la phase de suivi. Il n'est pas rare qu'aucun représentant de l'Etat ne soit présent à l'occasion des comités de pilotage des différentes structures.

Mais surtout, et malgré les bonnes intentions inscrites dans les différentes circulaires, beaucoup des interlocuteurs rencontrés considèrent que ces dispositifs n'ont pas été pensés globalement. La promotion des MDA à partir des 2005 aurait dû amener le ministère à s'interroger sur la nécessité de conserver deux dispositifs distincts. Le fait que les deux dispositifs relevaient de deux directions générales différentes⁷⁴ n'est sans doute pas étranger au clivage qui a prévalu assez rapidement. Ce clivage a été renforcé par la nature des financements qui ont participé à connoter tel et tel dispositif.

La création des ARS et le partage des activités entre cette nouvelle entité et les services de la cohésion sociale ont eu comme effet de renforcer la séparation entre les dispositifs. La difficulté a rapidement été soulignée et les pouvoirs publics ont tenté d'y remédier à travers diverses instructions dont celle du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les ARS et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports⁷⁵. Cette circulaire invite les différents protagonistes à « développé des collaborations privilégiées dans tous les domaines d'actions communes dont la prise en compte des besoins de santé des jeunes (dont ceux suivis par les missions locales et ceux suivis par les MDA)⁷⁶ ». La DRJSCS de Bretagne est également membre des deux commissions de coordinations des politiques publiques, instances qui devraient être des lieux privilégiés pour aborder l'articulation des dispositifs MDA et PAEJ.

A ce jour, la coordination est insuffisante.

2.4.2 Le Conseil régional a engagé une démarche volontariste et personnelle vis-à-vis des PAEJ

Le Conseil régional de Bretagne a accompagné le développement des PAEJ depuis leur création à travers le soutien aux logiques de prévention qui guidaient le Groupement régional de santé publique (GRSP). Le financement prévu par le Conseil régional était dégressif sur 3 ans. Les difficultés financières rencontrées par les PAEJ et la volonté du Conseil régional de développer et d'afficher une politique volontariste en matière de santé publique⁷⁷ vont avoir pour effet de donner une place beaucoup plus grande à cette

⁷⁴ La DGAS a porté les PAEJ alors que les MDA relevaient de la DGOS

⁷⁵ Instruction n°SG/2011/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports

⁷⁶ Ibidem p.3

⁷⁷ Extrait de la Charte d'engagement pour les jeunes en Bretagne, engagement jeunesse n°13 : « parce qu'il considère que les PAEJ constituent un maillon essentiel parmi les acteurs de santé pour la jeunesse, à même de répondre au besoin d'écoute des jeunes sur l'ensemble du territoire breton, le Conseil régional de Bretagne souhaite participer au confortement des PAEJ. Afin de

collectivité à compter de 2012⁷⁸. Le Conseil régional souhaite conforter les PAEJ mais dans le cadre d'une approche axée sur la prévention et la promotion de la santé. Pour lui, l'entrée généraliste ne doit pas être une entrée « jeune en souffrance ». Le Conseil régional dit ne pas vouloir revendiquer une position de leader sur la gouvernance et le pilotage des PAEJ mais en même temps il constate le besoin de gouvernance des PAEJ au sein de la région. Cet engagement réciproque du Conseil régional et des PAEJ se matérialise dans une convention qui prévoit notamment des « axes complémentaires à la fonction d'accueil et d'écoute des jeunes ». Ces axes relèvent essentiellement de la participation des PAEJ à des actions collectives de prévention mais aussi à une contribution au fonctionnement d'« Espaces santé » au sein des établissements de formation dans le cadre d'une expérimentation conduite sur ce thème par la région. La démarche du Conseil régional a été bien accueillie par les PAEJ même si certains d'entre eux s'interrogent sur la nouvelle orientation proposée. Une plus grande implication de la collectivité régionale au moment où l'intervention financière de l'Etat diminue devrait naturellement avoir des conséquences sur la gouvernance du dispositif PAEJ au niveau régional.

2.4.3 Les Conseils généraux sont globalement focalisés sur les « incasables »

L'implication des conseils généraux est très variable. Certains sont en retrait des deux dispositifs PAEJ et MDA. D'autres ont choisi d'accompagner tel type de structure plutôt que tel autre. Nous l'avons vu, il existe une forte hétérogénéité au niveau régional. Ce qui semble rencontrer l'intérêt des 4 conseils généraux c'est la situation des adolescents désignés sous le qualificatif « d'incasables ». Perturbés et perturbateurs, des adolescents -en petit nombre- mettent à l'épreuve les institutions de justice, d'éducation et de soin dans lesquelles ils sont placés. Les institutions gérées par le Conseil général sont souvent en première ligne du fait des compétences détenues par la collectivité départementale au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Les conseils généraux sont à la recherche de solutions pour les cas les plus difficiles qui focalisent leur attention. Ce constat concerne surtout le département d'Ille-et-Vilaine qui a souhaité que la MDA du département privilégie ce public. Mais en réalité, tous les départements bretons abordent le sujet avec la même approche à l'occasion des réunions périodiques Conseils généraux/ARS. Loin d'imaginer une solution immédiate à la situation des « incasables », il semble qu'une meilleure articulation des PAEJ et des MDA, en lien avec les autres acteurs du champ de l'adolescence, puisse contribuer à une meilleure prévention de ces situations.

sécuriser l'environnement financier des PAEJ, elle appellera l'Etat et l'ARS à se mobiliser pour garantir la pérennité de ces structures en apportant les financements pluriannuels nécessaires à leur maintien ».

⁷⁸ A compter de cette date le Conseil régional s'est engagé à accorder un financement de 20000 euros/an pour chaque PAEJ pendant 3 ans.

Au total, le diagnostic fait apparaître les insuffisances des dispositifs mais aussi celles de la gouvernance. L'absence d'une approche globale de la question adolescente et le « saucissonnage », auquel on assiste, nourrissent les clivages au détriment des adolescents.

3 Les préconisations pour une meilleure articulation des dispositifs en Bretagne

Les propositions visent :

- à modifier l'approche retenue pour aborder le sujet adolescent dans sa dimension santé (3.1) en s'appuyant sur une meilleure expertise de la situation dans la région grâce à la création d'un observatoire régional (3.3) ;
- à inviter les dispositifs eux-mêmes à se saisir des problématiques qui les concernent (3.2) ;
- à adapter les dispositifs pour les amener à mieux répondre aux besoins dans le respect des cahiers des charges (3.4) ;
- à proposer le groupement d'intérêt public (GIP) comme principal outil pour porter les MDA (3.5) ;
- à améliorer l'accessibilité des dispositifs (3.6) ;
- à améliorer la gouvernance en renforçant l'articulation entre les acteurs institutionnels (3.7) et en s'appuyant sur l'expertise des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) (3.8).

3.1 Proposition n°1 : développer une approche populationnelle pour construire un parcours de santé pour les adolescents au sein du PRS Bretagne

Il apparaît souhaitable de s'appuyer sur une approche populationnelle et pluridisciplinaire, centrée sur la personne, permettant de conjuguer le médical, le social et le psychologique. Ce travail pourrait déboucher sur la formalisation d'un parcours de santé pour les adolescents au sein du projet régional de santé de Bretagne⁷⁹.

L'approche populationnelle présente 3 grands intérêts :

- mettre en perspective tous les déterminants de santé ;
- partager un diagnostic et une stratégie avec l'ensemble des acteurs concernés ;
- construire un parcours de santé qui constitue un continuum d'interventions.

⁷⁹ La lettre de mission pour l'année 2012 du Directeur général de l'ARS précise que « la priorité doit être clairement donnée aux politiques de prévention, que vous (le Directeur général) menez ou que vous coordonnez en lien avec d'autres départements ministériels (Education nationale – rectorats, Travail – Direccte, et Environnement – DREAL, en particulier), les collectivités locales, l'assurance maladie...L'objectif est de mener une politique plus massive sur les déterminants de santé et de développer des approches populationnelles, telles que la santé des jeunes ou la santé au travail, pour lesquelles l'ARS a toute sa légitimité, même si elle n'en maîtrise pas tous les leviers.

En 2007, Le Professeur Danièle POMMELET écrivait « en dehors des plans successifs de périnatalité, l'enfant demeure orphelin d'une vision globale de l'organisation de sa politique de santé. Celle-ci n'est envisagé que verticalement autour de certaines thématiques ; quand il s'agit d'une « politique » transversale (par exemple prévention, éducation pour la santé, santé mentale, prise en charge du handicap...), l'enfant/adolescent ne parvient à avoir une place spécifique qu'à la faveur de l'action complémentaire des professionnels de sa santé dans les groupes de travail réunis en amont des décisions. Ceci est valable au niveau national comme au niveau local et aggravé par l'insuffisance de relations entre ces deux niveaux et la multiplication des instances consultatives ou décisionnelles. La population a besoin de repères dans le parcours de santé qui doit être mis à la disposition de ses enfants. Les professionnels de santé doivent pouvoir s'investir dans une prise en charge globale portant sur la prévention, les dépistages, les soins, l'environnement socio-familial et, en fonction de leurs compétences, travailler en lien et en complémentarité avec les acteurs désignés par leurs savoirs spécifiques ». Le Professeur POMMELET poursuit avec cet avertissement : « il ne suffit pas d'écrire un programme ou un plan de ce qu'on devrait faire faire, mais il importe aussi de préciser quel(s) groupe(s) d'acteurs doit (doivent) faire quoi (organisation et coordination) »⁸⁰. Aussi, une approche globale doit permettre d'assurer un continuum entre prévention et soins, intégrant tous les partenaires concernés et s'inscrivant dans un travail en réseau, pluri-institutionnel et pluridisciplinaire. Les structures PAEJ et MDA doivent prendre leur place à l'intersection entre les champs sociaux et sanitaires.

En Bretagne, le projet régional de santé (PRS) n'aborde pas de manière globale la santé des adolescents. L'ARS identifie des prises en charges transversales mais qui sont uniquement thématiques comme les addictions. La seule approche populationnelle identifiée comme telle dans ce document de planification concerne les personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie. Concernant la fiche relative à la prise en charge transversale en santé mentale elle ne concerne que l'offre sanitaire et médico-sociale (l'un des objectifs est de fluidifier les parcours entre le sanitaire et le médico-sociale). Les aspects de promotion de la santé mentale d'une part et de prévention plus ciblée sur le suicide d'autre part, ont fait l'objet d'une autre fiche spécifique du schéma de prévention. Le rôle des PAEJ n'est pas abordé dans cette fiche transversale. Quant aux MDA, le plan d'action santé mentale prévoit uniquement « leur pérennisation comme lieu de coordination des acteurs et de prises en charge, notamment en venant en appui aux coordinations de proximité⁸¹ ».

Concrètement, dans un premier temps, il conviendrait de s'attacher à identifier les points de rupture dans le parcours de santé des adolescents. L'absence ou l'insuffisante

⁸⁰ Danièle POMMELET, *Rapport au ministre de la santé : l'enfant et l'adolescent, un enjeu de société, une priorité du système de soins*, La Documentation Française, 2007, p.24

⁸¹ ARS Bretagne, *Projet régional de santé*, 2012, p.198

coordination entre les acteurs, amplement soulignée dans ce document, constitue indéniablement un de ces points de rupture. Pour mener à bien cette réflexion, il faut mobiliser au-delà des institutions sanitaires et médico-sociales. L'Education nationale, les collectivités locales, la PJJ, les services de la cohésion sociale, les professionnels de santé, les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'ARS doivent collectivement réfléchir. Il sera sans doute nécessaire de lever des obstacles qui existent au sein même de ces institutions et sans doute bousculer quelques « réflexes identitaires ».

Quelques régions ont amorcé la construction de parcours de santé pour les adolescents au sein des PRS. L'exemple de la région Languedoc-Roussillon a notamment retenu mon attention car sa rédaction à mobiliser une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'agents de l'ARS et de la DRJSCS. Ce document qui s'intitule « parcours de santé mentale des adolescents⁸² » identifie trois enjeux : deux qui relèvent de la prévention et un de l'accompagnement. Aussi, le document s'efforce de décloisonner et de clarifier le rôle des uns et des autres pour que le parcours de santé ne devienne pas un parcours « du combattant ».

En Bretagne, la démarche est initiée et le travail sur le sujet est entamé depuis plusieurs années. Pour autant, aucun accord cadre entre les différentes institutions concernées n'a été conclu. Le sujet a, de nouveau, été débattu lors d'une récente séance de la Commission de coordination des politiques publiques. A l'évidence, focalisés sur la question des adolescents dits « incasables », les acteurs peinent à orchestrer une réflexion globale pour la santé des adolescents.

3.2 Proposition N°2 : favoriser la constitution d'une plateforme régionale des PAEJ et des MDA

Les PAEJ et les MDA pourraient être invités à constituer une plateforme commune régionale en s'appuyant sur l'exemple de la plateforme commune nationale intitulée « contribution pour une politique ambitieuse en faveur du bien-être social, psychique et physique des jeunes⁸³ » issue du 2^{ème} séminaire inter-réseaux qui s'est tenu le 23 juin 2011⁸⁴. Trop souvent, au cours de ce travail, j'ai constaté une méconnaissance voire une défiance entre les différents dispositifs au plan local et ce alors même que les associations nationales se réunissent pour réfléchir ensemble aux évolutions actuelles concernant les politiques publiques à l'égard des différents dispositifs.

Aujourd'hui, les MDA du Grand Ouest (les MDA de Bretagne et de Loire-Atlantique) organisent des rencontres tous les six mois. Une réflexion est en cours au sein des PAEJ bretons pour organiser des rencontres similaires. L'organisation d'une telle plateforme

⁸² Source : site internet de l'ARS Languedoc-Roussillon

⁸³ Source : site internet de l'association nationale des PAEJ : www.anpaej.fr

⁸⁴ Voir annexe 3

permettrait à la fois aux acteurs de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques, de formaliser une trame commune pour les rapports d'activités et de réfléchir à une meilleure articulation des dispositifs mais également de constituer une force capable de parler d'une seule voix aux pouvoirs publics. Cette plateforme pourrait également se pencher sur la formation nécessaire des écoutants, en particulier sur la psychologie de l'adolescent et le repérage des signes d'alerte.

3.3 Proposition n°3 : mettre en place un observatoire régional de l'adolescence

Il est proposé de créer un observatoire régional de l'adolescence. Cette demande émane directement des acteurs sur le terrain pour qui le sujet adolescent reste trop mal connu. Cet observatoire pourrait notamment s'appuyer sur les PAEJ et les MDA qui disposent de données importantes concernant la santé des adolescents et leurs modes de vie à l'échelle des territoires de santé. Un tel observatoire permettrait d'associer les chercheurs et les acteurs de terrain afin de permettre une meilleure connaissance des problématiques des adolescents et une meilleure réactivité pour adapter les dispositifs. Cet observatoire pourrait également s'appuyer sur les travaux de la chaire de recherche sur la jeunesse qui vient d'être créée à l'EHESP⁸⁵ avec le soutien de plusieurs partenaires dont la DRJSCS Bretagne et la Région Bretagne.

3.4 Proposition n°4 : adapter la MDA de Rennes conformément au cahier des charges de 2005 et à la charte de l'association nationale des MDA (ANMDA)

Cette proposition ne vise pas à remettre en question la qualité du travail accompli par la MDA. Mais forcé de constater que la MDA de Rennes ne répond ni au cahier des charges proposé en 2005, ni à la Charte des MDA de l'ANMDA. « Les MDA sont un lieu généraliste s'adressant à tous les publics adolescents. A ce titre, elles n'ont pas vocation à se spécialiser « exclusivement » dans la prise en compte de certains publics adolescents. Leur mission généraliste est leur essence même, ce qui ne leur interdit pas, en fonction de leur implantation, d'avoir un regard plus aigu sur certaines modalités d'expression adolescentes ou sur certaines populations aux caractéristiques plus spécifiques⁸⁶ ». Globalement, la situation des dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance en Ille-et-Vilaine doit être

⁸⁵ Mme Patricia LONCLE est titulaire de la chaire. Parmi ces activités, on peut notamment citer l'actuelle mission d'évaluation de la Maison des adolescents de Loire-Atlantique

⁸⁶ Point 7 de la charte de l'ANMDA

réexaminée : le sud du département est sous doté, les PAEJ de Saint Malo et de Fougères sont très fragiles et il n'existe aucune articulation entre les deux dispositifs.

3.5 Proposition n°5 : privilégier la formule du groupement d'intérêt public (GIP) pour porter les MDA

Le portage actuel des MDA en Bretagne n'est pas satisfaisant et ce constat ne concerne pas uniquement cette région. Le portage juridique des MDA par des structures sanitaires et plus particulièrement par des établissements publics et privés de santé mentale ne participe pas à proposer un accueil généraliste et à fédérer les partenaires potentiels (collectivités locales, Education nationale, Etat, Assurance Maladie). L'adossement de la MDA à une structure sanitaire n'implique pas forcément que le portage du projet se fasse par la dite structure sanitaire. Aussi, je propose de privilégier la formule du groupement d'intérêt public (GIP) et je reprends ainsi à mon compte les propositions de Messieurs Buisson et Salle qui écrivaient récemment : « si cela s'avère indispensable pour des raisons de gouvernance délicates, nous recommandons la formule du groupement d'intérêt public (GIP) d'une grande souplesse, formule intermédiaire entre l'établissement public et le statut associatif. D'un fonctionnement simple, il permet des mises en commun de moyens financiers ou en nature et son Conseil d'administration élit en son sein un Directeur qui peut être le « chef d'orchestre » qu'unanimement tous nos interlocuteurs consultés considèrent indispensables. Pour permettre la participation personnelle de personnes physiques, la voie d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) sera recherchée⁸⁷ ».

Dès 2003, la possibilité de s'appuyer sur le GIP pour la MDA de Rennes s'est posée. Cette solution avait été proposée par le chargé de mission auprès de la Défenseure des enfants lors de la phase de réflexion. L'idée avait finalement été écartée au motif que « cela conduirait à alourdir le dispositif entre d'une part les conventions entre les différents partenaires et d'autres part la constitution éventuelle d'une instance de coordination⁸⁸ ». Rétrospectivement, ce jugement me semble un peu rapide au regard des difficultés de positionnement que rencontrent la MDA de Rennes. Plusieurs départements ont choisi de constituer un GIP pour gérer la MDA locale, c'est notamment le cas en Loire-Atlantique. Le projet de MDA dans ce département a été impulsé essentiellement par le Conseil général qui s'est également interrogé sur la structure juridique pour porter le réseau entre une association loi 1901, la régie directe, le groupement de coopération sociale et médico-sociale (mais les décrets d'application n'étaient pas encore parus) et le GIP à

⁸⁷ BUISSON Marc et SALLES Francis, *Les maisons des adolescents*, Ministère de la santé et des sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, février 2009, p.18

⁸⁸ GILLETTE K., *Contexte, objectifs et enjeux de la création d'une maison des adolescents dans le bassin rennais*, mémoire de l'ENSP, 2003, p.64

gestion déconcentré. C'est ce dernier outil qui a été choisi pour les avantages liés à la souplesse de gestion et à l'acquisition de la personnalité juridique. Aujourd'hui, la MDA de Loire-Atlantique peut s'appuyer sur un consensus local fort qui lui permet de disposer de moyens importants pour assurer une présence sur le territoire départemental.

La constitution d'un « GIP Ados » dans chacun des départements bretons permettrait de réunir dans un même cadre tous les acteurs institutionnels qui sont concernés par les objectifs poursuivis par les maisons des adolescents. On devrait tout naturellement retrouver L'Etat (Education nationale, Cohésion sociale, ARS,...), le Département, la Région Bretagne, les autres collectivités du territoire concerné (villes et intercommunalités), l'Assurance Maladie mais également les structures sanitaires qui portent actuellement les MDA et sur lesquelles les futurs dispositifs continueront à s'adosser. Cette liste n'est bien évidemment pas limitative. Chaque GIP devrait être ouvert à des acteurs qui œuvrent à la prévention et à la prise en compte de la santé des adolescents. Sur le plan des moyens, le GIP s'appuierait sur les contributions des membres (participations financières, mise à disposition de personnels, mise à disposition de biens immobiliers, mise à disposition de matériels ou d'équipements).

3.6 Proposition n°6 : transformer les PAEJ en relais de proximité des MDA et développer les équipes mobiles pour améliorer l'accessibilité et répondre à la non demande

Cette proposition n'a d'intérêt que si les MDA proposent réellement un accueil et une écoute de première ligne, ce qui devrait normalement être le cas. En suivant l'approche retenue dans le département du Finistère pour les missions qui relèvent de la première ligne, je propose que les dispositifs réfléchissent à une répartition géographique du rayon d'actions : les PAEJ ayant vocation à intervenir sur les territoires semi-urbains ou ruraux tandis que les MDA cibleraient davantage les principales agglomérations. Idéalement, la fusion des dispositifs assurerait encore plus de cohérence et limiterait les risques d'isolement constaté dans plusieurs PAEJ.

De même, il serait souhaitable que chaque MDA dispose d'une équipe mobile pour aller vers les adolescents qui ne se rendent pas auprès des structures. Plusieurs MDA, dont celle de Rennes, ont déjà mis en place des dispositifs semblables qui pourraient être généralisés à toute la région.

3.7 Proposition n°7 : améliorer la coordination entre les acteurs institutionnels intervenant dans le champ de l'adolescence

Le cloisonnement des dispositifs est très largement alimenté par la faible coordination des acteurs institutionnels. De part sa composition et les missions qui sont les siennes, il serait souhaitable que la commission conjointe de coordination des politiques publiques de santé se saisisse de ce dossier. Cette commission conjointe (elle réunit les deux commissions de coordination des politiques publiques pour la prévention et le médico-social) est compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions menées par ses membres. A noter que tous les partenaires institutionnels des PAEJ et des MDA sont membres de cette commission.

Ce nouveau dispositif créé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) peine à se mettre en place. Les membres ne se sont pas encore saisis de toutes les potentialités qu'offre un tel dispositif. Le niveau de représentation y est souvent trop faible pour que cette instance puisse être décisionnelle. Pourtant, ce lieu unique nous paraît devoir jouer un rôle essentiel alors que dans le champ de la santé en général, et dans celui de la jeunesse en particulier, l'éclatement des compétences entre les acteurs est manifeste.

Pour le sujet qui nous concerne, la commission conjointe de coordination des politiques publiques pourrait assurer un rôle de comité de suivi d'un projet qui aurait pour objectif de définir un plan d'actions pour les adolescents en souffrance en Bretagne.

3.8 Proposition n°8 : s'adjoindre l'expertise des I ASS

Pour mener ce projet, il me semble pertinent de s'adjoindre l'expertise des I ASS qui sont positionnés à la fois dans le secteur cohésion sociale et dans celui de la santé. Comme j'ai essayé de le démontrer tout au long de ce mémoire, la problématique de l'adolescence en souffrance impose de poser un regard plurisectoriel pour élaborer les meilleures réponses. Les I ASS sont des interlocuteurs privilégiés dans le champ social et dans celui de la santé. Ils disposent de cette double lecture qui leur permet de dépasser les clivages. Après la période complexe de la création des ARS et de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat (REATE), les ARS et services déconcentrés de la cohésion sociale doivent absolument développer des liens privilégiés compte tenu de l'importance des problématiques sociales dans les déterminants de santé et dans l'accès aux soins. Les I ASS ont vocation à être des acteurs majeurs de cette articulation pour construire une culture commune. Aussi, le pilotage du projet régional sur les adolescents en souffrance pourrait être confié à un binôme de deux I ASS, tous deux référents « parcours de santé pour adolescents » au sein de l'ARS et de la DRJSCS de Bretagne

Conclusion

En définitive, les constats de souffrance d'une partie des adolescents réitérés depuis de nombreuses années et confirmés régulièrement par de nouveaux rapports, soulignent la nécessité d'intervenir le plus en amont possible des « situations de crises » en s'appuyant sur des structures comme les PAEJ et les MDA. Ces structures doivent être capables de répondre aux besoins des adolescents qui se présentent à elles - ou pas – en proposant une approche pluridisciplinaire qui soit centrée sur les spécificités du public adolescent. L'offre en Bretagne est réelle, et plutôt plus importante que dans d'autres régions. Mais cette offre est fragile et les conséquences du déploiement des MDA n'ont pas été suffisamment prises en compte par les acteurs.

Le diagnostic réalisé et les propositions nous montrent que la question de l'adolescence en souffrance ne peut relever d'une approche purement sanitaire ou au contraire uniquement sociale. Le thème abordé dans ce mémoire fait directement écho à la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la santé à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Aussi, à travers la réalisation de ce mémoire, j'ai eu confirmation du rôle principal qui incombe à un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) : un rôle d'« assembler » et de passeur pour dépasser les clivages entre les acteurs. De part la complexité des situations, la réponse ne peut pas être unique. La transversalité et le décloisonnement, qui sont les maîtres mots au sein des ARS, doivent trouver une traduction dans l'élaboration des différents outils comme par exemple les parcours de santé pour adolescents. Nul doute que dans le cadre de mes futures fonctions d'IASS en charge des missions transversales à la direction de l'offre de soins de l'ARS Nord-Pas-de-Calais j'aurai l'occasion d'inscrire mon action dans ce sillon.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)

Circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 du Ministre du travail et des affaires sociales relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans.

Circulaire n°97/280 du 10 avril 1997 du Ministre de l'aménagement du territoire, de la ville et de l'intégration relative à la mise en place de points écoute pour les jeunes et/ou les parents.

Circulaire DGS / DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

Circulaire CAB/FC/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents

Circulaire N°DGAS/LCE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (2005 -2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale

Circulaire DHOS du 4 août 2005 relative aux modalités de financement des maisons des adolescents

OUVRAGES

BEDIN V. et all., *Qu'est ce que l'adolescence ?*, éd. Sciences Humaines, 2009, 255 p.

CHOQUET M. et RUFO M., *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution sa diversité*, Ed. A. Carrière, 2007, 528 p.

Haut comité de la santé publique, *la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, éditions ENSP, 2000, 132 p.

JEAMMET P., *Pour nos adolescents, soyons adultes*, Ed. O. Jacob, Paris, 2008, 320 p.

JEAMMET P. et BOCHEREAU D., *La souffrance des adolescents*, Ed. La Découverte, 2007, 224 p.

LE BRETON D. et MARCELLI D. *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*, Ed. PUF, 2010, 992 p.

MNASM, *Maison des adolescents : les étapes d'une construction difficile*, Pluriels n°77, février 2009, 8 p.

MORO M.-R., *Les ados expliqués à leurs parents*, Ed. Bayard, 2010, 304 p.

TORDJMAN S. et GARCIN V., *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, Ed. Masson, 2010, 170 p.

ARTICLES

BELLONCLE Vincent et FUSEAU Alain, « Les maisons des adolescents et le « réseau » : du secret à la confusion », *Perspectives Psy*, 2011/3 vol.50, pp. 288-291

BIRRAUX Annie, « L'adolescence face aux préjugés de la société », *Adolescence*, 2012/2 n°80, pp. 297-306

CHAN CHEE C. et al., « Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2012, vol.60, pp. 31-39

GILLOOTS Marie, « de quelle maison ont besoin les adolescents ? A propos du projet de maison des adolescents pour les Hauts-de-Seine », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2006/1 n°63, pp. 55-59

KONE Djakaridja, « Clinique des adolescents : pour un accueil et une écoute préventive », *Vie sociale et traitements*, 2006/3 n°91, pp. 109-115

LONCLE Patricia, « « Spécificités territoriales ». L'exemple de Bobigny », *Adolescence*, 2012/2 n°80, pp 337-347

MAILLARD Isabelle, « lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé Publique*, 2011/HS vol.23, pp. 127-139

MILLE Christian et al., « Impact et impasses du « politique » dans les institutions soignantes pour adolescents en souffrance », *Adolescence*, 2009/2 n°68, pp.469-485

MORO Marie-Rose, « les maisons des adolescents, un nouveau concept ? », *Adolescence*, 2012/2 n°80, pp. 287-295

MORO Marie-Rose, « Manifeste pour l'adolescence », *Le Monde*, 30 août 2010

PIONNIE-DAX Nancy et al., « « Anthropologie et clinique » : réflexion à partir de deux dispositifs », *Adolescence*, 2012/2 n°80, pp. 325-336

POITOU Pierre et al., « « Va à la MDA ». Ou l'art de favoriser une confrontation sécurisée », *Adolescence*, 2012/2 n°80, pp. 349-357

RAPPORTS

BUISSON M. et SALLES F., *Les maisons des adolescents*, Ministère de la santé et des sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, février 2009, 58 p.

BRISSET C., *Les maisons des adolescents, pourquoi ? Comment ?*, Défenseur des enfants, 2003, 19 p.

DGAS, *Etat des lieux des points d'accueil et d'écoute des jeunes au 15 janvier 2004*, 2004, 19 p.

DGCS/DGOS, *Maison des adolescents, bilan du programme 2005-2010*, décembre 2011, 8 p.

DRJSCS de Bretagne, *Synthèse sur l'enquête régionale sur les PAEJ*, 2011, 4 p.

DRJSCS de Languedoc-Roussillon, *Etat des lieux du dispositif point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) en Languedoc-Roussillon*, Préfecture de la Région Languedoc-Roussillon, juin 2011, 44 p.

GODEAU E., NAVARRO F., ARNAUD C. dir., *La santé des collégiens en France/2010. Données française de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*, Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.

LAZARUS A. et STOHL, *Rapport du groupe de travail Ville, sante Mentale, Précarité et Exclusion Sociale, « une souffrance qu'on ne peut cacher »*, La documentation française, février 1995, 58 p.

RUFO Marcel (président) et JOYEUX Henri (rapporteur), *Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004 : Santé, adolescence et famille*, Ministère délégué à la famille, 2004, 108 p.

SOMMELET Danièle, *Rapport au Ministre de la Santé : l'enfant et l'adolescent, un enjeu de société, une priorité du système de soins*, Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 951 p.

SPIELKA Stanislas et LE NEZET Olivier, *Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, mai 2012, 17p.

VERSINI D., *Adolescents en souffrance, plaidoyer pour une véritable prise en charge*, rapport thématique 2007, défenseur des enfants, 2007, 122 p.

MEMOIRES

GILLETTE Karine, *Contexte, objectifs et enjeux de la création d'une maison des adolescents dans le bassin Rennais*, mémoire de l'ENSP, 2003, 80 p.

Module interprofessionnel de santé publique, *Prévention de la santé des jeunes en région : quelles réalités, quelles limites ?*, EHESP, 2012, 27 p.

Module interprofessionnel de santé publique, *La santé mentale des jeunes adultes aujourd'hui : réalités, perceptions, prise en charge*, EHESP, 2010, 36 p.

CONFERENCE

Association Elus, Santé Publique et Territoires, *Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux ?* », le 2 octobre 2008, à Saint-Denis, ESPT, 2008, 115 p.

SITES INTERNET

Association nationale des MDA (ANMDA) : www.derpada.com/anmda/anmda.php

Association nationale des PAEJ (ANPAEJ) : www.anpaej.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : www.inpes.sante.fr

Institut national de la statistique et des études économique (INSEE) : www.insee.fr

Marie-Rose MORO : www.marierosemoro.fr

Unité Inserm 669 : www.u669.idf.inserm.fr

AUTRES

Rapports d'activités 2011 des maisons des adolescents de Rennes, Lorient, Vannes, Brest et St Brieuc

Rapports d'activités 2011 des point accueil écoute jeune de Rennes, Saint-Malo, Fougères, Carhaix, Guingamp, Brest, Quimper, Morlaix, Saint-Brieuc, Lannion, Lorient, Vannes et Paimpol

Liste des annexes

- Annexe 1 Grille d'entretien utilisée avec les responsables de PAEJ et de MDA
- Annexe 2 Liste des personnes enquêtées
- Annexe 3 Plateforme commune issue du 2ème séminaire inter-réseaux, le 23 juin 2011 à Paris

ANNEXE 1 : Grille d'entretien utilisée avec les responsables de PAEJ et de MDA

Non de la structure :

Personne (s) rencontrée (s) :

Date de la rencontre :

I les caractéristiques de la structure

Quelles ont été les conditions de mise en place de votre structure ? :

- réalisation d'un diagnostic territorial partagé ?
- mobilisation des partenaires potentiels ?
- Avez-vous constaté des réticences des certains acteurs institutionnels ?
- intérêt manifesté par les acteurs et les professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence ?

Au stade de la création, une réflexion sur le portage juridique a-t-elle été menée ?

De quelles ressources disposiez-vous au moment de la création? Aujourd'hui ? Sont-elles suffisantes ?

Pouvez-vous me décrire votre équipe et les missions de chacun des membres ?

Quelles sont les prestations proposées aux adolescents et aux parents par votre structure ?

II Insertion de la structure sur le territoire

Comment votre structure est-elle insérée au sein du territoire (relations, partenariats, coopération avec les différents acteurs institutionnels, les professionnels de santé,...) ?

Votre activité s'inscrit-elle dans le cadre d'un plan départemental et/ou régional d'aide et d'accompagnement des adolescents ?

Votre structure est-elle membre d'une association nationale ? Si oui, qu'en attendez-vous ?

III L'articulation des MDA et des PAEJ

Pour-vous, quel est le rôle d'une maison des adolescents ? (si la question s'adresse à un PAEJ) / Pour vous, quel est le rôle d'un PAEJ ? (si la question s'adresse à une MDA)

Sur votre territoire, avez-vous des relations avec la maison des adolescents ? Avec les PAEJ ?

Quels sont les dispositifs mis en place au sein de votre territoire pour assurer la coordination des PAEJ avec les MDA ?

Sur votre territoire, la MDA joue-t-elle un rôle de « tête de réseau » comme cela est suggéré dans le cahier des charges des MDA ?

Comment peut-on améliorer l'articulation entre les différents dispositifs ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE 2 : liste des personnes enquêtées

- Dr. J. PERNES, médecin inspecteur de santé publique à la délégation territoriale des Côtes d'Armor de l'ARS Bretagne
- M. O. CHAZY, Direction Générale de la Cohésion sociale, Ministère des affaires sociales et de la santé
- Mme N. DUPUIS BELAIR, Conseillère technique régionale en travail social, DRJSCS de Bretagne
- Dr. O. JOSEPH, médecin inspecteur de santé publique, Conseiller médical au siège de l'ARS Bretagne
- Mme F. POUPAULT-CHAMBERT, DDCSPP d'Ille-et-Vilaine
- Dr. A. MEVEL, médecin inspecteur de santé publique à la Délégation territoriale du Finistère, ARS Bretagne
- Mme M. PERRIN-LACOUR, référent santé/handicap à la DRJSCS du Languedoc-Roussillon
- Dr. L. JOUSNI, coordonateur de la MDA de Brest
- Dr. E. LEHUEDE, coordonateur de la MDA de Rennes
- Dr. HOUANG, coordonnateur de la MDA de Lorient
- Mme C. PERESSE, coordonnatrice de la MDA de Vannes
- Mr. P. RICHEBOEUF, psychologue clinicien à la MDA de Vannes
- M. D. MERRIEN, coordonnateur de la MDA de Saint Briec
- M. T. LE CLEC'H, coordonnateur de la MDA de Quimper
- M. P. COTTIN, coordonateur de la MDA de Loire-Atlantique, Secrétaire général de l'association nationale des MDA (ANMDA)
- M. E. MORPAIN, directeur de l'association SeSAM
- M. J. LEGRAND, directeur de la mission locale du Pays de Fougères
- Mme C. HERMMANN-LEHUEDE, coordonatrice du PAEJ de Lorient
- M. D. STRASSER, directeur de l'association Beauvallon
- Mme E. FEGAR, coordonatrice du PAEJ de Guingamp
- M. F. MORTREUX, directeur de l'association des PEP 29, coordonateur des PAEJ du Pays de Brest/hors Brest et du Pays de Cornouaille
- M. C. COQUELIN, coordonnateur du PAEJ de Paimpol
- Mme M.H. LE GOFF, coordonatrice du PAEJ de Vannes
- Mme N. BOUHADDI-LIGIER, coordonatrice du PAEJ « le SäS » à Rennes
- Mme F. POIRIER, coordonatrice du PAEJ du Pays de Saint Malo
- M. V. MENORET, responsable de service à l'association SeSAM, coordonateur des PAEJ du Pays du COB et de Morlaix
- M. M. RAULT, responsable du pôle « politique régionale de santé » au Conseil régional de Bretagne
- Mme G. HERRY, chargée de mission à la protection de l'enfance au Conseil général d'Ille-et-Vilaine

ANNEXE 3 : Plateforme commune issues du 2^{ème} séminaire inter-réseaux, le 23 juin 2011 à Paris



« Contribution pour une politique ambitieuse en faveur du bien-être social, psychique et physique des jeunes. »

PLATEFORME COMMUNE Issue du 2^{ème} SEMINAIRE INTER-RESEAUX 23 juin 2011 à Paris

Depuis plusieurs mois, les Associations Nationales représentatives des Points Accueil Écoute Jeunes (ANPAEJ), des Espaces Santé Jeunes (Fédération des ESJ), des Maisons des Adolescents (ANMDA), et des Boutiques Solidarité (Fondation Abbé Pierre) se réunissent pour réfléchir ensemble aux évolutions actuelles concernant les politiques publiques à l'égard des différents dispositifs en charge d'accueillir, de prévenir et de prendre en charge le « mal être » de la jeunesse, quel que soit son expression : souffrance sociale, éducative, psychique, ou somatique.

Malgré l'accent mis sur la prévention dans les discours politiques, certains des financements dédiés à cette prévention et aux dispositifs d'accompagnement des jeunes sont remis en question. Le discrédit porté sur ces politiques, les discours lénifiants ne peuvent plus masquer ce que chacun des acteurs peut constater sur les territoires : fermetures ou disparition de dispositifs majeurs pour la cohésion sociale et la bonne santé des jeunes.

Les constats de mal-être d'une partie des jeunes¹ réitérés depuis de nombreuses années et confirmés régulièrement par de nouveaux rapports, soulignent la nécessité d'intervenir le plus en amont possible des « situations de crises » en s'appuyant sur des propositions d'accueil faciles d'accès et non stigmatisant.

Issus de ces constats, les PAEJ, puis les ESJ et enfin les MDA ont tous, chacun pour ce qui le concerne, la mission de prendre en compte cette nécessité d'accessibilité et d'accueil généraliste des adolescents. Porté de manière hétérogène, par des textes de faible opposabilité, les initiant et les règlementant, leur création a toujours été inscrite dans une histoire partenariale sur un territoire donné. Leurs financements diversifiés proviennent pour une part des crédits d'État (DGCS et DGOS) et d'autre part des collectivités territoriales (Conseil Général, ville...).

Aujourd'hui, le contexte de réduction (de suppression dans plusieurs régions) des crédits spécifiquement alloués aux PAEJ², la réorganisation des ministères concernés affecte la lisibilité de certains financements (FIQCS³ notamment) ; les contraintes budgétaires des collectivités territoriales et les restrictions qui les accompagnent, inquiètent et alertent associations et structures portant ces différents dispositifs.

Leurs associations nationales représentatives revendiquent une expérience et une expertise de l'accueil, de l'accompagnement des jeunes et du soutien à la parentalité. Elles soutiennent ainsi le bien-fondé des propositions faites aux jeunes par nos dispositifs, leur articulation et leurs complémentarités dans ce que nous nommons « un continuum d'accueil et d'accompagnement des jeunes de la Prévention aux Soins ».

¹ Le dernier rapport de la défenseure des enfants.

² 4 régions n'ont pas bénéficié d'enveloppe PAEJ au titre de 2010.

³ Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

Elles soutiennent une approche globale centrée sur la personne, reposant sur une interdisciplinarité qui conjugue le social, l'éducatif, le psychologique et le médical.

Elles soutiennent la nécessité d'un maillage territorial qui rend aisée l'accessibilité et la réponse de proximité pour le jeune et/ou sa famille.

Elles soutiennent le rôle majeur que chacune des structures (PAEJ, ESJ, MDA, BS) joue dans ce « continuum Prévention-Soins », seul susceptible de répondre à l'ensemble des besoins des jeunes en situation de mal-être.

À partir de nos expériences, de nos pratiques et compétences, nous avons une aspiration légitime à revendiquer, pour la jeunesse, le droit au maintien et au développement de lieux d'accueil, d'écoute, d'accompagnement et de soins :

- **Pour prendre en compte et répondre à la diversité des besoins des jeunes**, à la complexité des situations et aux intrications des difficultés sociales, psychiques, médicales, nous offrons des dispositifs eux-mêmes diversifiés, complémentaires, permettant aux jeunes et aux parents une entrée à partir des difficultés ou symptômes exprimés... des plus simples aux plus graves.
- ... **en assurant un « continuum entre Prévention et Soins »**, intégrant les partenaires concernés et s'inscrivant dans un travail en réseau, pluri institutionnel et pluri disciplinaire. Facilement accessibles, nos dispositifs proposent un accueil généraliste, sans préjugé, inconditionnel et gratuit, susceptible d'entendre les multiples expressions du mal-être des jeunes ; lieux ouverts, prenant en compte le sujet dans la globalité de son environnement familial, social, amical, scolaire ; lieux d'élaboration clinique et d'accompagnement pluri-professionnels permettant le maintien des jeunes dans le droit commun (famille, établissement scolaire ...). La diversité de l'ensemble de ces lieux prend en compte la complexité des situations des adolescents grâce à une articulation optimale, permettant à chacun de se situer dans un parcours d'accompagnement et de prise en charge cohérent où il aura la garantie de pouvoir rencontrer l'interlocuteur le plus adapté à la situation qui est la sienne.
- ... **en proximité, sur des territoires clairement identifiés**. Un maillage territorial lisible pour tous, jeunes, parents, professionnels, est indispensable afin d'assurer à l'ensemble de la population, quelle que soit sa difficulté à se déplacer sur le territoire, un accès aisé à ces lieux, incluant la mobilité des équipes, dans un souci d'égalité et de solidarité...
- ... proposant en leur sein, de manière également clairement identifiée, **des espaces d'informations, d'accueil et d'orientation** pour chaque territoire, dans une logique de coordination entre professionnels et entre dispositifs, en lien avec les acteurs locaux...
- ... **et considérant l'évaluation tant quantitative que qualitative comme une nécessité** pour assoir de manière cohérente et durable une politique et sa mise en œuvre : évaluation à laquelle nous demandons à être associés.

Pour atteindre l'ensemble de ces objectifs, nous demandons « **une politique ambitieuse en faveur du bien-être des jeunes** », **affirmée dans un texte unique, interministériel, équilibré du social au sanitaire** ; source d'un socle de financement pérenne et cohérent ; déclinée par les pouvoirs publics locaux (État et collectivités territoriales) et mise en œuvre par les acteurs locaux.

Marc LERAY
Président
ANPAEJ

Max DANIEL
Président
FESJ

Alain FUSEAU
Président
ANMDA

CANLER

Jean-Christophe

Mars 2013

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2011-2013

Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents en souffrance : freins et leviers à la mise en place d'une approche globale en Bretagne

Résumé :

L'adolescence n'est pas une maladie et la plupart des adolescents vont plutôt bien. Tous les adolescents ne traversent pas cette période intermédiaire de la même façon et environ 900 000 individus en France de 11 à 18 ans présentent des signes tangibles de souffrance psychique exprimée dans une grande diversité de comportements. L'approche ne peut pas être que sanitaire car nous ne sommes pas dans la situation où cet état serait toujours synonyme d'une pathologie. Aussi, les pouvoirs publics ont choisi de répondre par une politique qui s'appuie essentiellement sur deux dispositifs pluridisciplinaires et de proximité, qui sont au croisement du sanitaire et du social : d'abord les points accueil écoute jeune puis les maisons des adolescents.

La région Bretagne accueille six maisons des adolescents sur son territoire et compte également treize points accueil écoute jeunes qui disposent de nombreuses antennes et/ou permanences. Le diagnostic réalisé fait apparaître les insuffisances des dispositifs mais aussi celles de la gouvernance. L'absence d'une approche globale de la question adolescente et le « saucissonnage » des dispositifs, auquel on assiste, nourrissent les clivages au détriment des adolescents.

Des améliorations sont possibles pour améliorer l'articulation des dispositifs et la cohérence des politiques menées par les pouvoirs publics.

Mots clés :

adolescent, point accueil écoute jeunes, Maison des adolescents, parcours de santé, Bretagne, réseau

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.